

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Y LOGOPEDIA

Programa de Doctorado en Psicogerontología:

Perspectiva del Ciclo Vital



UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y REMINISCENCIA EN PERSONAS CON DEMENCIA PARA INTERVENIR EN FUNCIONES EJECUTIVAS

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR:

Gema Soria Urios

DIRIGIDA POR:

Dra. Encarnación Satorres Pons

Dr. Jesús González Moreno

València, Mayo 2024

*M'he estimat molt la vida,
no com a plenitud, cosa total,
sinó, posem per cas, com m'agrada la taula,
ara un pessic d'aquesta salsa,
oh, i aquest ravenet, aquell all tendre,
què dieu d'aquest lluç,
és sorprenent el fet d'una cirera.*

*M'agrada així la vida,
aquest got d'aigua,
una jove que passa pel carrer
aquest verd
aquest pètal
allò
una parella que s'agafa les mans i es mira als ulls,
i tot amb el seu nom petit sempre en minúscula,
com aquest passarell,
aquell melic,
com la primera dent d'un infant.*

Vicent Andrés Estellés

A mis padres, Fina y Modesto, por su impulso y apoyo incondicional, gracias a ellos he llegado hasta aquí.

A Víctor y Mario, ser su tía es de las mejores cosas que se puede ser.

A mis hermanos, José Miguel y Víctor y a mis cuñadas. Tener dos hermanos mayores siempre ha sido una suerte para mí.

A Jorge, por ser el mejor compañero que he podido encontrar.

A Chloe, Carrie y Fidel, por su compañía sin condiciones.

A mis compañeras de La Llimera, gracias por ser familia.

A mis amigas y amigos, los de siempre y los que han llegado en los últimos años. Por su presencia, apoyo, risas y acompañamiento.

A todas las personas que se dedican a mejorar la calidad de vida de las personas con demencia y sus familias, en especial a las compañeras y compañeros que de manera desinteresada han colaborado en este proyecto.

A mis directores Encar y Jesús, por ser inspiración, por compartir su conocimiento y por su apoyo durante estos años.

Y en especial, a las personas mayores participantes de este estudio, este trabajo es para ellas y sin ellas, no hubiese sido posible.

ÍNDICE

Prólogo.....	1
Capítulo 1. Del envejecimiento normal a la demencia.....	5
1. Introducción.....	7
2. Envejecimiento normal y exitoso. Neurociencia cognitiva del envejecimiento.....	9
2.1. Neurociencia cognitiva del envejecimiento.....	9
2.2. Envejecimiento saludable o exitoso	16
3. Envejecimiento patológico: deterioro cognitivo leve y demencias	19
3.1. Deterioro cognitivo leve	19
3.2. Las demencias	27
3.2.1. Clasificación de las demencias.....	31
3.2.2. Demencias más habituales y sus características.....	33
3.2.2.1. Demencia a causa de la Enfermedad de Alzheimer.....	33
3.2.2.2. Demencia vascular.....	43
3.2.2.3. Demencia con Cuerpos de Lewy	49
3.2.2.4. Demencia a causa de la degeneración lobar frontotemporal	53
3.2.3. Diagnóstico diferencial de la demencia.....	62
3.2.4. Factores de riesgo de demencia.....	64
4. Resumen	67
Capítulo 2. Terapias No Farmacológicas en las Demencias	69
1. Introducción.....	71

2. Concepto, clasificación y tipos de terapias no farmacológicas en las demencias	73
2.1. Terapias no farmacológicas para la reducción de alteraciones conductuales.....	75
2.1.1. Musicoterapia	76
2.1.2. Estimulación sensorial.....	80
2.1.3. Terapia lumínica.....	81
2.1.4. Terapia de presencia simulada	81
2.1.5. Arteterapia	82
2.1.6. Actividades basadas en la horticultura y la jardinería	83
2.1.7. Terapia con animales	84
2.1.8. Intervenciones conductuales.....	86
2.2. Terapias no farmacológicas para la reducción de alteraciones emocionales	88
2.2.1. Terapia psicológica.....	88
2.3. Terapias no farmacológicas para el mantenimiento o mejora de la capacidad funcional	90
2.3.1. Intervenciones basadas en el ejercicio físico.....	91
2.3.2. Estimulación cognitiva	93
2.3.3. Intervenciones basadas en el uso de la reminiscencia	108
2.4. Intervenciones multimodales y otras aproximaciones terapéuticas.....	111
2.4.1. Intervenciones multimodales.....	111
2.4.2. Modelo de Atención Centrada en la Persona	112
2.4.3. Otras terapias no farmacológicas	114
3. Resumen	115
Capítulo 3. Funciones Ejecutivas y Reminiscencia	117
1. Introducción.....	119
2. Funciones Ejecutivas	121

2.1. FFEE en las demencias.....	134
2.1.1. FFEE y Enfermedad de Alzheimer	135
2.1.2. FFEE y Demencia Vascular	137
2.1.3. FFEE y Demencia con Cuerpos de Lewy	138
2.1.4. FFEE y Demencia a causa de la Degeneración Lobar Frontotemporal ..	139
2.1.4. FFEE y otros tipos de demencia.....	140
3. Reminiscencia.....	142
3.1. Tipos y funciones de reminiscencia	145
4. Estimulación cognitiva de las FFEE.....	151
5. Intervenciones sobre la Reminiscencia.....	160
5.1. Efectos de las intervenciones sobre la reminiscencia en personas adultas mayores	165
5.2. Efectos de intervenciones sobre la reminiscencia en personas con demencia ..	169
6. Efectos de la EC y la reminiscencia sobre otras variables psicológicas.....	171
6.1. Satisfacción vital	172
6.2. Resiliencia	175
6.3. Estado de ánimo	177
7. Resumen.	180
Capítulo 4. Método.....	181
1. Objetivos e hipótesis.....	183
2. Muestra	188
2.1. Muestra total.....	190
2.2. Grupo control.....	192
2.3. Grupo experimental	194
3. Instrumentos	195

4. Desarrollo de la intervención.....	205
4.1. Programa de intervención.....	205
4.1.1. Objetivos del programa	206
4.1.2. Fundamentación y características del programa	206
4.1.3. Metodología del programa	209
4.1.4. Estructura general de las sesiones y del programa	210
4.1.5. Organización de las sesiones, descripción de los tipos de actividades y materiales	211
4.2. Formación de evaluadores y profesionales implementadores del programa.....	221
4.3. Cronograma y plan de trabajo	222
5. Análisis	223
Capítulo 5. Resultados.....	225
1. Análisis descriptivo de las variables demográficas	227
2. Resultados de la intervención	229
2.1. Resultados en las variables cognitivas	229
2.2. Resultados en las variables psicológicas	233
2.3. Resultados en las variables de reminiscencia	237
Capítulo 6. Discusión	247
1. Cognición global.....	251
2. Funciones ejecutivas.....	255
2.1. Flexibilidad cognitiva.....	256
2.2. Velocidad de procesamiento.....	258
2.3. Memoria de trabajo.....	260
2.4. Capacidad de planificación.....	263
2.5. Inhibición.....	265

2.6. Fluidez verbal	267
3. Variables psicológicas	271
3.1. Satisfacción con la vida	272
3.2. Resiliencia	275
3.3. Estado de ánimo	278
4. Funciones de reminiscencia.....	284
4.1. Funciones de reminiscencia positivas	285
4.2. Funciones de reminiscencia negativas.....	288
4.3. Funciones de reminiscencia prosociales.....	291
5. Limitaciones y propuestas de futuro.....	294
Capítulo 7. Conclusiones.....	297
Capítulo 8. Referencias	303
Anexo. Manual del Programa de EC y Reminiscencia	367

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de demencias neurodegenerativas primarias y su base molecular y genética.....	32
Tabla 2. Criterios diagnósticos del NIA-AA.....	42
Tabla 3. Clasificación de las demencias vasculares	44
Tabla 4. Criterios diagnósticos del DSM-5 del TNC vascular mayor o leve.....	47
Tabla 5. Criterios revisados para el diagnóstico clínico de DLB probable o posible	52
Tabla 6. Criterios de diagnóstico clínico de las 3 variantes de APP	59
Tabla 7. Clasificación de las principales TNF	75
Tabla 8. Trastornos disejecutivos.....	133
Tabla 9. Tabla de corrección de las puntuaciones del MEC según edad y escolaridad	197
Tabla 10. Herramientas del protocolo de evaluación	205
Tabla 11. Plan de trabajo	222
Tabla 12. Pruebas de contraste sociodemográficos de sexo y edad	227
Tabla 13. Tabla de contingencia y prueba de contraste de la variable estado civil.....	228
Tabla 14. Tabla de contingencia y prueba de contraste de la variable escolaridad.....	228
Tabla 15. Tabla de contingencia y prueba de contraste de la variable tipo de residencia....	228
Tabla 16. Table de contingencia y prueba de contraste de la variable con quien viven	228
Tabla 17. Efectos principales y de la interacción de las variables cognitivas.....	229
Tabla 18. Medias y <i>DE</i> de las interacciones significativas de las variables cognitivas	230

Tabla 19. Efectos principales y de la interacción de las variables psicológicas	233
Tabla 20. Medias y <i>DE</i> de las interacciones significativas de las variables psicológicas....	233
Tabla 21. Efectos principales y de la interacción de las variables de reminiscencia	237
Tabla 22. Medias y <i>DE</i> de las interacciones significativas de las variables de reminiscencia	238

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de envejecimiento exitoso de Rowe y Kahn	18
Figura 2. Diagrama de flujo para el diagnóstico de los subtipos de DCL.....	21
Figura 3. Conceptualización del DSM-5 desde la cognición normal al TNC mayor severo .	25
Figura 4. Diagrama de flujo de diagnóstico diferencial de las demencias degenerativas primarias	63
Figura 5. Factores influyentes en la efectividad de la musicoterapia.....	77
Figura 6. Terapias No Farmacológicas y su ámbito de efectividad	115
Figura 7. Modelo jerárquico de Stuss y Benson.....	124
Figura 8. Modelo heurístico de los componentes de reminiscencia.....	144
Figura 9. Modelo de funciones de reminiscencia y salud mental en personas mayores	150
Figura 10. Distribución de participantes en grupos y momentos de evaluación.....	189
Figura 11. Distribución por género y estado civil de la muestra total de participantes	190
Figura 12. Distribución de la muestra total de participantes según escolaridad, nivel de ingresos, tipo de vivienda y con quién comparten dicha vivienda	191
Figura 13. Distribución por género y estado civil del grupo control	192
Figura 14. Distribución del grupo control según escolaridad, nivel de ingresos, tipo de vivienda y con quién comparten dicha vivienda	193
Figura 15. Distribución por género y estado civil del grupo experimental.....	194

Figura 16. Distribución del grupo experimental según escolaridad, nivel de ingresos, tipo de vivienda y con quién comparten dicha vivienda	195
Figura 17. Ejemplo de materiales para la actividad de inhibición	213
Figura 18. Ejemplo de materiales para la actividad de velocidad de procesamiento	214
Figura 19. Medias de los grupos en Go-No go	231
Figura 20. Medias de los grupos en Dígitos inversos	232
Figura 21. Medias de los grupos en Evocación categorial semántica	233
Figura 22. Medias de los grupos en Satisfacción con la vida	234
Figura 23. Medias de los grupos en BCRS	235
Figura 24. Medias de los grupos en CES-D	236
Figura 25. Medias de los grupos en Identidad	239
Figura 26. Medias de los grupos en Solución de problemas	240
Figura 27. Medias de los grupos en Preparación para la muerte.....	241
Figura 28. Medias de los grupos en Revivir la amargura.....	241
Figura 29. Medias de los grupos en Reducción del aburrimiento	242
Figura 30. Medias de los grupos en Mantenimiento de la intimidad	243
Figura 31. Medias de los grupos en Conversación.....	244
Figura 32. Medias de los grupos en Enseñar/Informar	245

ÍNDICE DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

ADAS-Cog: *Alzheimer's Disease Assessment Scale*.

AIVD: Actividades instrumentales de la vida diaria.

APA: *American Psychiatric Association*.

APP: gen de la proteína precursora de β -amiloide.

APOE- ϵ 4: alelo épsilon4 del gen de la Apolipoproteína E.

AVD: Actividades de la vida diaria.

CEAFA: Confederación Española de Alzheimer.

CPF: Córtex prefrontal.

CST: *Cognitive Stimulation Therapy*.

CRUNCH: *Compensation related utilization of neural circuits hypothesis*.

DE: Desviación estándar.

DCL: Deterioro cognitivo leve.

DECHA: *The default-executive coupling hypothesis of aging*.

DFT: Demencia frontotemporal.

DLB: Demencia con cuerpos de Lewy (*Dementia with Lewy Bodies*).

DLFT: Degeneración lobar frontotemporal.

DSM: *The diagnostic and statistical manual of mental disorders*.

EA: Enfermedad de Alzheimer.

ELA: Esclerosis lateral amiotrófica.

ELSA: *Early-to-late shift in aging*.

FFEE: Funciones ejecutivas.

FCR: Figura Compleja de Rey.

GC: Grupo control.

GE: Grupo experimental.

GGBB: Ganglios basales.

HAROLD: *Hemispheric asymmetry reduction in older adults.*

NIA-AA: *National Institute of Aging y Alzheimer's Association.*

NICE: *National Institute for Health and Care Excellence.*

NIND-CSN: *National Institute of Neurological Disorders-Canadian Stroke Network.*

NORMACODEM: Normalización de instrumentos cognitivos y funcionales para la evaluación de la demencia.

MACP: Modelo de Atención Centrada en la Persona.

MEC: Mini-Examen Cognoscitivo.

MT: Memoria de trabajo.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OR: Orientación a la realidad.

PASA: *Posterior-anterior shift in aging.*

PDD: *Parkinson's disease dementia.*

PET-FDG: tomografía por emisión de positrones con fluorodesoxiglucosa.

PSEN1: presenilina 1.

PSEN2: presenilina 2.

RFS: *Reminiscence Functions Scale.*

RM: Resonancia magnética.

SCB: Síndrome corticobasal.

SAS: Sistema atencional supervisor.

SEN: Sociedad Española de Neurología.

SPCD: Síntomas psicológicos y conductuales de las demencias.

SPECT: Tomografía computarizada por emisión de fotón único.

TBR: Test Barcelona Revisado.

TC: Tomografía computarizada.

The FAB: *The Frontal Assessment Battery*.

TMT: *Trail Making Test*.

TNC: Trastorno neurocognitivo.

TNF: Terapias no farmacológicas.

vcDFT: Demencia frontotemporal variante frontal.

VICCCS: *Vascular Impairment of Cognition Classification Consensus Study*.

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

WAIS: *Wechsler Adults Intelligence Scale*.

WMS-R: *Wechsler Memory Scale Revised*.

Las terapias no farmacológicas aplicadas en la práctica clínica diaria aportan resultados positivos en las personas participantes que son descritos por las familias y por las propias personas afectadas como, por ejemplo, una elevada motivación en la participación de las actividades, un mejor estado de ánimo o una mayor conexión con la realidad. De manera cualitativa, es posible observar cómo las personas con demencia partícipes de terapias no farmacológicas disfrutaban de las intervenciones y de esta manera, en la medida de lo posible, se está promoviendo un control de la progresión del deterioro cognitivo y funcional.

La presente tesis titulada “Programa de Estimulación Cognitiva y Reminiscencia para personas con demencia para intervenir en Funciones Ejecutivas” surge de la necesidad de llevar a cabo un estudio a través del cual ofrecer evidencia científica sobre las intervenciones que son implantadas en los Centros de atención a personas con demencia. Para ello, se propuso un programa específico de estimulación cognitiva y reminiscencia, por ser dos de las terapias no

farmacológicas más extendidas, tanto en la práctica clínica como en la investigación, y que además resultan satisfactorias para las personas participantes.

En el campo de estudio de las personas con demencia es común encontrar trabajos que hacen referencia a la cognición global y a diferentes funciones cognitivas concretas. En el presente trabajo se tomó como proceso cognitivo a estudio las Funciones Ejecutivas ya que se trata de un grupo de funciones superiores fundamental para un buen desempeño global en el día a día puesto que permiten a la persona llevar a cabo acciones ajustadas a sus necesidades propias y las del entorno. Dada la naturaleza de la progresión de las diferentes demencias, las Funciones Ejecutivas se encuentran afectadas ya en fases iniciales, incluso cuando el deterioro cognitivo es leve, comprometiendo su autonomía.

De manera complementaria, se propuso evaluar la repercusión del programa sobre diferentes variables psicológicas relacionadas con el bienestar psicológico de las personas mayores: la satisfacción vital, la resiliencia y el estado de ánimo. Además, al tratarse de un programa donde se interviene a través de la reminiscencia, también se estudiaron las funciones de reminiscencia, para poder observar el efecto del programa sobre las mismas puesto que guardan relación con la salud mental y el bienestar.

Además, el continuo estudio del efecto de las intervenciones para personas con deterioro cognitivo es fundamental dada la realidad social actual, donde el porcentaje de personas mayores se mantiene en continuo crecimiento y, por tanto, se requieren acciones que promuevan su calidad de vida y bienestar.

La presente tesis incluye una introducción teórica en la que se enmarcan los temas tratados. Un primer capítulo donde se recoge información sobre el envejecimiento, desde el envejecimiento normal, pasando por el deterioro cognitivo leve, hasta llegar a los diferentes tipos de demencias. El segundo capítulo expone de manera amplia las diferentes terapias no farmacológicas más extendidas y su efecto sobre las necesidades de las personas con demencia,

haciendo referencia de manera más amplia a las dos terapias aplicadas en el presente trabajo: estimulación cognitiva y reminiscencia. En el tercer y último capítulo teórico se tratan los conceptos y teorías específicos de las Funciones Ejecutivas y de las reminiscencias, los tipos de intervenciones que pueden ser aplicados en ambos aspectos y su utilidad. Además, en este último capítulo, se hace referencia a las variables psicológicas incluidas en el estudio.

Tras la introducción teórica, se exponen los aspectos metodológicos de la tesis, con los objetivos e hipótesis, características de la muestra, instrumentos utilizados y procedimiento llevado a cabo, exponiéndose la metodología del programa aplicado. El programa, que puede ser consultado de manera completa en el anexo, consiste en un programa multicomponente que incluye actividades de estimulación cognitiva y de reminiscencia, con una duración de 8 semanas con dos sesiones semanales. El programa fue planteado para ser aplicado en grupos de máximo 6 personas y la estructura general de las sesiones fue siempre la misma: bienvenida, orientación a la realidad, presentación y desarrollo de las actividades y cierre. Tras la exposición de la metodología, se muestran los resultados obtenidos en las variables cognitivas, psicológicas y de reminiscencia y por último se discuten estos resultados, haciendo referencia a los objetivos e hipótesis planteados de manera inicial, estableciendo las conclusiones generales de este estudio como cierre del mismo.

CAPÍTULO 1
DEL ENVEJECIMIENTO
NORMAL A LA DEMENCIA

1. Introducción

La conceptualización del envejecimiento supone una tarea compleja dada la gran variedad de teorías y definiciones presentes en la literatura ya que se trata de un término asociado tanto a aspectos biológicos, psicológicos como sociales. Se puede afirmar que el envejecimiento es un proceso continuo presente a lo largo de todo el ciclo vital, desde el inicio de la vida hasta la muerte, es heterogéneo, universal e irreversible y se ve afectado por múltiples factores como la genética o el contexto social (Alvarado y Salazar, 2014). El proceso de envejecer supone un conjunto de cambios morfológicos, psicológicos y funcionales que de manera general conllevan un deterioro funcional que tiene como fase final la muerte. Este hecho puede llevar a una visión negativa y estereotipada del envejecimiento, donde destaca la decadencia y la enfermedad, pero en realidad existen diferentes tipos de envejecimiento, pudiendo ser normal, patológico o con éxito (Rowe y Khan, 1987).

De manera general, el envejecimiento normal es el proceso natural que se da a causa del paso del tiempo en el cual se producen cambios progresivos a nivel biológico, psicológico y social, los cuales son inevitables e intrínsecos (González Moreno, 2020) y durante el cual la persona mantiene su autonomía y no padece ninguna enfermedad de gravedad, aunque presenta riesgo de padecerla (Rowe y Khan, 1987). En el caso de que la persona padezca alguna enfermedad crónica y de gravedad, tal y como indican Meléndez et al. (2009), junto con la aparición de un determinado grado de dependencia, supondría que se hablara de un envejecimiento patológico.

Respecto al término envejecimiento con éxito, empezó a utilizarse en 1961 por Havighurst, quien identificó el envejecimiento exitoso relacionándolo con la satisfacción vital y la felicidad y posteriormente Rowe y Khan (1987), en su identificación de los diferentes tipos de envejecimiento, concretaron que las personas que presentaban un envejecimiento con éxito, mostraban alto funcionamiento y además de no presentar enfermedad tenían un bajo riesgo de padecerla, definición que completaron en 1997 con el modelo multidimensional de tres componentes: baja probabilidad de enfermar y de presentar discapacidad, alto funcionamiento cognitivo y físico y alto compromiso con la vida. De este modo se deja de lado la dicotomía entre envejecimiento normal y patológico y se abren posibilidades de intervención de cara a promover diferentes estrategias para promover el envejecimiento con éxito centrándose en los diferentes componentes que lo integran (Petretto et al., 2016).

Dada la situación demográfica en la que se encuentra la población mundial el porcentaje de personas mayores es cada vez más elevado a causa del aumento de la esperanza de vida y a las bajas tasas de natalidad, siendo un total de 9.310.828 las personas mayores de 65 años en España según los datos publicados en el Padrón Continuo del INE a 1 de enero de 2022, representando un 19,65% de la población total (Pérez Díaz et al., 2022). Se estima que en 2035 el porcentaje de personas mayores puede superar el 26%, hecho que evidencia más si cabe la

necesidad de establecer estrategias para promocionar el envejecimiento con éxito y proporcionar recursos e intervenciones para mejorar la calidad de vida de las personas con un envejecimiento patológico y sus familias.

Hablar de envejecimiento patológico, tal y como se comentaba anteriormente, supone la presencia de una enfermedad crónica y de gravedad que implica un determinado grado de dependencia. Existen numerosos síndromes geriátricos que conllevan un envejecimiento patológico, pero sin duda, uno de los que más preocupación general supone es la demencia, dada su frecuencia y sus implicaciones tanto a nivel económico como social. En la actualidad se estima que en España el número de personas con demencia supera las 700.000 y se espera que dicha cifra se duplique en 2050 (Fillat Delgado, 2020), cifra que justifica la necesidad de promover intervenciones dirigidas a mejorar los procesos cognitivos y por ende la calidad de vida de dicha población.

2. Envejecimiento normal y exitoso. Neurociencia cognitiva del envejecimiento

2.1. Neurociencia cognitiva del envejecimiento

El paso del tiempo conlleva una serie de transformaciones en la persona produciendo cambios en los diferentes órganos y sistemas que afectan a su funcionamiento, de este modo con el envejecimiento se produce en el cerebro una pérdida de tejido en regiones específicas que puede afectar a diferentes procesos cognitivos siendo posible que se vea comprometida la funcionalidad de la persona (Raz et al., 2005), pero por otro lado también cabe destacar que otros procesos se mantienen, pudiendo incluso mejorar a edades avanzadas (Park y Reuter-Lorenz, 2009).

La afectación cognitiva asociada a la edad se ha evidenciado en diversos estudios, está ampliamente demostrado que se produce una reducción y adelgazamiento del córtex en varias

áreas del cerebro, en especial en los lóbulos frontales (Posner y DiGirolamo, 2000; Raz et al., 2005;) y también en la sustancia blanca, en áreas encargadas de interconexiones con el neocórtex (Sullivan y Pfefferbaum, 2006). Dichas alteraciones tienen consecuencias en el modo en que el cerebro funciona, produciéndose cambios en la conectividad y en la activación de las diferentes áreas cerebrales (Díaz y Pereiro, 2018) y de este modo, lleva a que de manera habitual las personas mayores presenten mayores dificultades en memoria episódica, memoria de trabajo y atención, afectándoles de mayor manera el efecto de la interferencia y mostrando una menor velocidad de procesamiento (Grady, 2012). Pero, de la misma manera que se producen cambios, también existen procesos cognitivos y sus correspondientes estructuras cerebrales que se mantienen preservadas o con menor afectación, como son el córtex sensorial y las estructuras encargadas de sostener la memoria semántica (Park y Reuter-Lorenz, 2009; Raz et al., 2005).

El envejecimiento, como proceso heterogéneo que es, es vivido por cada persona de manera diferente y en el caso del envejecimiento a nivel cognitivo se puede observar cómo existe una gran variabilidad, desde el envejecimiento patológico hasta el envejecimiento exitoso pasando por el envejecimiento normal. Centrándose en el envejecimiento normal y en el envejecimiento exitoso, existen diversas teorías y modelos que intentan explicar qué ocurre en el cerebro para que se mantenga un buen nivel de funcionamiento pese a los cambios morfológicos que se producen.

Una metodología útil para establecer los cambios en el cerebro de las personas mayores es la utilizada en los trabajos centrados en comparar las diferencias en la actividad cerebral entre personas jóvenes y personas mayores. Dichos trabajos han podido demostrar que los cerebros de ambos grupos funcionan de manera diferente, mostrando en el caso de las personas mayores una activación en áreas diferentes a las habituales o una sobreactivación. Respecto a este hecho, Spreng et al. (2010) en su metaanálisis mostraron que las personas mayores presentaban una mayor actividad cerebral en el córtex prefrontal dorsolateral en la realización

de diversas tareas cognitivas (percepción, memoria y funciones ejecutivas), resultados respaldados por otras revisiones como la de Grady et al. (2010). Frente a estas diferencias en activación cerebral se han propuesto varias teorías explicativas, como es la “teoría de la compensación” y la “teoría de la desdiferenciación”. La teoría de la compensación, propuesta por Reuter-Lorenz y Cappell (2008), aboga por que las personas mayores intentan compensar el déficit dedicando un mayor esfuerzo a la realización de la tarea, independientemente del rendimiento en la ejecución, pese a que una mayor sobreactivación suele correlacionar con un buen rendimiento. En cuanto a la teoría de la desdiferenciación, el planteamiento parte de que se produce una generalización en el funcionamiento cerebral, perdiéndose la especialización funcional de las diferentes áreas del cerebro y llevando a una sobreactivación neuronal (Grandi y Tirapu Ustárroz, 2017). Ambas teorías no son excluyentes y resulta totalmente aceptable que ambos hechos se den a la vez en el proceso de envejecimiento cognitivo. Para tratar de explicar estos hechos se han propuesto diversos paradigmas explicativos del envejecimiento cognitivo en personas mayores sanas que se exponen a continuación.

1) Modelo de reducción de la asimetría hemisférica (*Hemispheric asymmetry reduction in older adults. HAROLD*).

Este modelo, planteado por Cabeza (2002), propone que cuando la persona mayor se enfrenta a una determinada tarea se puede observar como el córtex prefrontal presenta un patrón de activación bilateral, mientras que en las personas jóvenes dicha activación es asimétrica, se encuentra diferenciada. Según este patrón de activación las personas mayores activan tanto hemisferio derecho como izquierdo independientemente del tipo de tarea, del proceso cognitivo implicado, del material (verbal o visual) y de la complejidad de la misma, de manera que se estarían compensando los déficits asociados a la edad para la correcta resolución de la tarea, tratándose por tanto de un proceso de compensación (Grandi y Tirapu Ustárroz, 2017). En cuanto al rendimiento, los estudios que evidenciaron un patrón de funcionamiento HAROLD

indicaron a su vez que las personas mayores que mostraban esta sobreactivación bilateral obtenían mejores resultados (Cabeza et al., 2004).

2) Modelo de activación anterior-posterior (*Posterior-anterior shift in aging. PASA*).

El modelo PASA se fundamenta en que el cerebro de las personas mayores tiende a disminuir su actividad en áreas occipitotemporales (posteriores) para aumentar la actividad en zonas anteriores, las cuales se encargan de actividades cognitivas propias de las funciones superiores como la planificación, mientras que las áreas posteriores están implicadas en procesos cognitivos más básicos como la percepción visual (Davis et al., 2008). De esta manera, tal y como indican Davis y colaboradores, el cerebro estaría llevando a cabo un mecanismo de compensación de nuevo, independientemente de la dificultad y del tipo de tarea y consiguiendo resultados satisfactorios.

3) Modelo de compensación basado en circuitos neurales (*Compensation related utilization of neural circuits hypothesis. CRUNCH*).

El modelo CRUNCH presupone que las personas mayores reclutan un mayor número de áreas cognitivas para resolver una tarea, llevando a una mayor activación cerebral que una persona joven a la hora de realizar una misma tarea. En este caso se contempla la posibilidad de que se dé la situación de “sobrecarga del sistema”, donde las exigencias de la tarea podrían sobrepasar la capacidad de la persona y, por tanto, la sobreactivación no sería efectiva y se obtendrían malos resultados (Reuter-Lorenz y Cappell, 2008).

4) Modelo de transición neuronal (*Early-to-late shift in aging. ELSA*).

Este modelo, descrito por Dew et al. (2012), se centra en la temporalización de las respuestas ante la tarea en cuanto a activación cerebral se refiere. En este caso los autores indican que las personas mayores activan sus cerebros de manera más tardía en comparación a cómo lo hacen los adultos jóvenes, hecho que se evidencia en sus respuestas más lentas pero

seguras. Del mismo modo que en los paradigmas HAROLD, PASA y CRUNCH, se hace referencia a la compensación ya que, a través de este patrón de activación, las personas que lo muestran también obtienen un mejor rendimiento en comparación con las personas que no lo presentan (Dew et al., 2012).

Estos modelos basados en aspectos neuroanatómicos y neurofuncionales han dado paso a modelos más integrativos donde se intenta unir los aspectos cognitivos observados y los cambios descritos a nivel cerebral.

5) *Hipótesis de la combinación de redes predeterminadas y redes ejecutivas (The default-executive coupling hypothesis of aging. DECHA).*

Esta teoría, propuesta por Spreng y Turner (2015) parte del hecho de que con la edad aparecen problemas de control ejecutivo que contrastan con el conocimiento semántico, el cual se encuentra preservado e incluso puede seguir aumentando con el paso de los años. Estos autores denominan a este hecho la *semantización de la cognición*, la cual afecta a numerosos procesos cognitivos (Spreng y Turner, 2019). Con esta teoría estos autores predicen que la ejecución en una determinada tarea estará más influenciada por los conocimientos previos de la persona que por el declive en el control ejecutivo, aspecto que ocurre a la vez que se produce un aumento de la activación de regiones prefrontales. La diferencia entre esta teoría y las descritas anteriormente radica en que se le da un papel importante a las exigencias cognitivas de la tarea y los conocimientos previos de la persona, planteando un continuo con el cual se justifican las pérdidas y ganancias en el envejecimiento cognitivo, ya que si para resolver la tarea resulta útil el acceso a los conocimientos previos se obtendrá un resultado satisfactorio pero si dichos conocimientos no son relevantes pueden llevar a una mayor distracción y por tanto a una disminución en el rendimiento (Spreng y Turner, 2019; Turner y Spreng, 2015). Estos autores hipotetizan que este hecho se debe a un cambio en el proceso cognitivo ante la resolución de una determinada tarea ya que durante la juventud las personas tienden a la

exploración de opciones novedosas, pero en edades avanzadas se produce una mayor explotación de los conocimientos previos propios (Spreng y Turner, 2019).

Este proceso de cambio de la exploración a la explotación ha empezado a ganar peso en los últimos años, planteándose como un modelo sobre el cambio de modo cognitivo que tiene en consideración tanto aspectos cognitivos y neuronales como emocionales (Spreng y Turner, 2021). Estos autores se basan en lo expuesto sobre la teoría de la combinación de redes predeterminadas y redes ejecutivas en la que se produce una disminución en los procesos de control ejecutivo y un aumento en los conocimientos previos y su influencia en la resolución de tareas, pero tomando en consideración el tener en cuenta las metas afectivas.

Tras la revisión de todos estos modelos de funcionamiento cognitivo y cerebral a edades avanzadas, se puede resumir que con el paso de los años el cerebro sufre cambios estructurales y funcionales que afectan de manera diferente a cada persona en base a numerosos aspectos. Los cambios estructurales se verán compensados de una manera u otra tal y como se ha descrito en párrafos anteriores y los cambios funcionales estarían relacionados con la reserva cognitiva (Grandi y Tirapu Ustárroz, 2017).

En 2002, Stern planteó los conceptos de reserva cerebral y reserva cognitiva como aspectos diferenciados. La reserva cerebral hace referencia a un umbral en el cerebro a partir del cual aparecerá el deterioro cognitivo, tratándose por tanto de la cantidad de daño cerebral que el cerebro puede sostener antes de que aparezca la sintomatología. En cuanto al concepto de reserva cognitiva consiste en la capacidad del cerebro para maximizar su rendimiento cognitivo ante una determinada patología cerebral evitando que aparezca sintomatología cognitiva, mediante el uso de redes cerebrales alternativas o mediante determinadas estrategias cognitivas (Calderón-Rubio et al., 2022; Stern, 2002;). Esta capacidad del cerebro está mediada tanto por la capacidad innata de la persona como por variables externas como, por ejemplo, la

formación académica (Richards y Sacker, 2003). Con el término de reserva cognitiva se produce un acercamiento al ámbito del envejecimiento patológico ya que se trata de un constructo que se ha investigado y está asociado a la demencia, como factor protector de la aparición del deterioro cognitivo.

Stern, como uno de los principales autores centrados en el estudio de la reserva cognitiva, propuso que esta se subdivide en dos niveles, por un lado, la reserva cognitiva en sí que permite hacer frente de manera efectiva a una tarea mediante estrategias cognitivas y por el otro la compensación, la cual permite que mediante el uso de estructuras y redes cerebrales intactas se palien las posibles dificultades presentes ante una determinada patología cerebral (Stern, 2002; Stern, 2012).

En cuanto a los factores que influyen en la reserva cognitiva, Calderón-Rubio et al. (2022) recogen que estos pueden ser de índole intrínseca pero principalmente se hace referencia a los factores extrínsecos, en primer lugar el nivel de estudios, el cual siempre es tratado como el principal factor de reserva cognitiva (Chapko et al., 2018; Richards y Sacker, 2003; Stern, 2009; Stern y Barulli, 2019), otros factores como la elevada inteligencia premórbida, la ocupación o el estilo de vida así como las actividades cognitivas, las relaciones sociales o el ejercicio físico (Calderón-Rubio, 2022; Opdebeeck et al., 2016; Stern y Barulli, 2019) también han mostrado ser factores promotores de la reserva cognitiva y por tanto protectores ante la aparición de la sintomatología de la demencia. El hecho de que tantos factores estén implicados en la reserva cognitiva llevó a que Stern (2012) se plantease la posibilidad de que no se tratara de un concepto que interviene sobre la cognición en general, sino que fuese más concreta, con dominios específicos, llevando a diversos autores a teorizar sobre el tema (Calderón-Rubio et al., 2022).

A modo de conclusión, los modelos revisados proporcionan evidencia sobre la importancia de llevar a cabo acciones específicas para intervenir en los diferentes procesos cognitivos ya que el cerebro y la cognición son flexibles, siendo posible llevar a cabo acciones que repercutan de manera positiva en el envejecimiento cognitivo. Cabe destacar el alcance de los procesos compensatorios de cara a optimizar el rendimiento cognitivo de la persona y de esta manera conseguir estimular su bienestar, siempre teniendo en consideración sus características propias.

2.2. Envejecimiento saludable o exitoso

Durante las últimas décadas ha aumentado el interés por el envejecimiento desde un punto de vista más positivo, desarrollándose trabajos centrados en lo que es conocido como envejecimiento satisfactorio, saludable o de éxito sin dejar de lado los trabajos centrados en el envejecimiento patológico como las demencias.

De manera paralela a este interés científico se han desarrollado diversas iniciativas a nivel mundial con el objetivo de promover el envejecimiento activo y saludable, previniendo en la medida de lo posible el envejecimiento patológico, todo ello desde un punto de vista más holístico en el cual se considera el envejecimiento exitoso como un proceso en el cual la persona mayor presenta una baja probabilidad de enfermedad y de discapacidad asociada, un alto funcionamiento cognitivo y funcionalidad física así como un compromiso activo con la vida (Rowe y Khan, 1998; Rowe y Khan, 1987).

En 2015 la OMS definió envejecimiento saludable como el proceso que permite al individuo mantener una vida funcional adaptada a sus propias necesidades, contemplando así la posibilidad de que la persona mantenga una vida funcional incluso con la presencia de enfermedad. Actualmente la OMS ha iniciado la implantación de la Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030, plan mundial para promocionar el envejecimiento saludable, que consiste

en desarrollar y mantener a edades avanzadas la capacidad funcional para hacer posible el bienestar, potenciando las capacidades físicas y mentales de las personas y promover la salud (OMS, 2020). A continuación, se revisan los diferentes modelos propuestos de envejecimiento saludable o exitoso para esclarecer el estado actual de la cuestión.

En 1961 Havighurst utilizó por primera vez el término envejecimiento con éxito, relacionándolo con la satisfacción vital y la felicidad, defendiendo que las personas que envejecen con éxito están satisfechas y se mantienen activas e independientes, descripción que difiere notablemente de la típica visión del envejecimiento como un declive.

Posteriormente, Rowe y Khan (1987) destacaron que determinar el envejecimiento de manera básica entre normal y patológico no era adecuado, especificando que había personas que presentaban un envejecimiento con éxito que mostraban un alto funcionamiento y además de no presentar ninguna enfermedad tenían un bajo riesgo de padecerla, frente a las personas con un envejecimiento normal que pese a no padecer ninguna enfermedad sí que presentaban un elevado riesgo de padecerla.

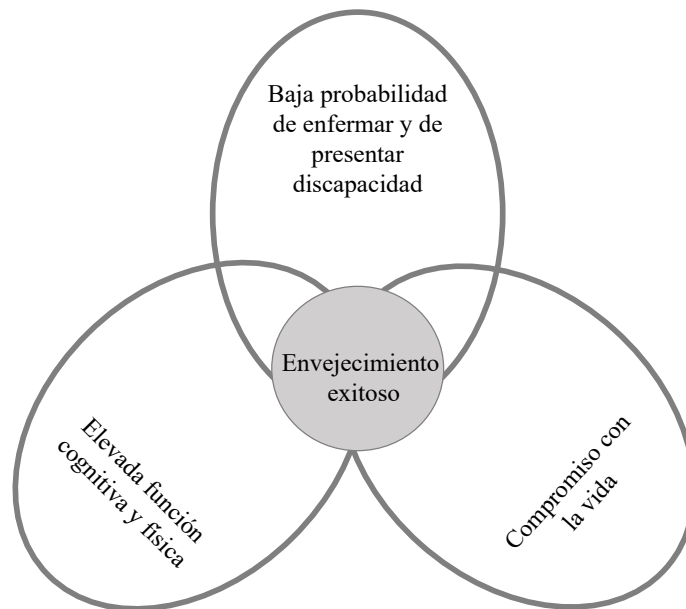
Años más tarde estos autores completaron dicha definición con la descripción de un modelo multidimensional formado por tres componentes: baja probabilidad de enfermar y de presentar discapacidad, alto funcionamiento cognitivo y físico y elevado compromiso con la vida (Rowe y Khan, 1997). Estos tres componentes mantienen una relación jerárquica en la que la mera ausencia de la enfermedad no indica que se trate de un envejecimiento con éxito, sino que es la combinación de los tres aspectos lo que determina el envejecimiento con éxito por completo.

Tal y como se puede observar en la Figura 1 a continuación, cada uno de los componentes está formado a su vez por subcomponentes que especifican más aún cada uno de los aspectos, en el caso de la baja probabilidad de enfermar y de presentar discapacidad Rowe

y Khan destacaron también la ausencia de factores de riesgo de padecerla. En el caso de la elevada funcionalidad hicieron referencia a la potencialidad de la persona tanto en cuanto a aspectos físicos como cognitivos, no solamente se trata de lo que la persona hace sino de aquello que es capaz de hacer. Por último, en cuanto al compromiso con la vida, remarcaron la presencia de relaciones interpersonales y la realización de actividades productivas, de manera que implicasen un valor para la sociedad.

Figura 1

Modelo de envejecimiento exitoso de Rowe y Khan



Nota. De Rowe y Khan (1997).

Por otro lado, Baltes y Baltes (1990) realizaron una descripción de envejecimiento activo que va más allá, en este modelo se tiene en cuenta la implicación de la propia persona en este proceso adaptándose a los cambios que implica envejecer, afrontando los cambios y estableciendo una nueva jerarquía de objetivos vitales (Petretto et al., 2016). En este modelo se tiene en cuenta el envejecimiento como parte del ciclo vital con sus pérdidas y dificultades asociadas pero que no evitan que la persona mantenga una sensación subjetiva de bienestar y

un elevado nivel de satisfacción en la vida. Baltes y Baltes (1990) determinaron que la consecución de dicho bienestar y satisfacción vital se produce a través de la selección, optimización y compensación, con el envejecimiento las personas seleccionan los dominios de la vida que les resultan importantes, optimizan los recursos que tienen disponibles y compensan las pérdidas, buscando mantener un equilibrio entre las pérdidas y ganancias.

Por último, cabe destacar la aportación de Fernández-Ballesteros (2011) quien se refiere al concepto de envejecimiento como un proceso que implica una gran variedad de dimensiones biopsicosociales independientes entre sí que va más allá de la buena salud. Esta autora destaca que los criterios que mayormente se incluyen en los trabajos teóricos y empíricos sobre envejecimiento positivo son la salud, el buen funcionamiento cognitivo, la participación social, el afecto positivo y el funcionamiento físico óptimo, evidenciando así que se trata de un concepto en el que se incluyen tanto indicadores objetivos como subjetivos sobre los que se abre un amplio abanico de posibilidades de intervención.

3. Envejecimiento patológico: deterioro cognitivo leve y demencias

3.1. Deterioro Cognitivo Leve

El término deterioro cognitivo leve (DCL) fue descrito por Flicker et al. en 1991 de manera clara como una fase previa a la demencia tras evaluar a una muestra de pacientes que presentaban alteraciones cognitivas, pero no lo suficientemente graves como para ser diagnosticados de demencia. Dicha muestra estaba conformada por pacientes que presentaban déficits en varios dominios cognitivos y tras el seguimiento un elevado porcentaje evolucionó a demencia, fundamentando así la afirmación de que dicho deterioro leve era una fase previa de la misma.

El concepto de DCL ha generado mucha controversia ya que ha sido considerado tanto una entidad diagnóstica independiente de la demencia como una fase prodrómica de esta, tal y

como indicaron Flicker et al. (1991). La evidencia científica indica que el hecho de presentar un DCL está asociado a una mayor probabilidad de desarrollar una demencia en el futuro en comparación con la población sana cognitivamente (Oltra-Cucarella, 2018; Petersen y Negash, 2008) lo que lleva a destacar la importancia de su detección temprana para poder intervenir y prevenir la progresión a demencia en la medida de lo posible.

Entonces, tanto si existe conversión a demencia como si no, el DCL es considerado una etapa intermedia entre el envejecimiento cognitivo normal y la demencia (Petersen y Negash, 2008). El aspecto base para determinar que se trata de un caso de DCL radica en la funcionalidad, las personas con DCL presentan un buen rendimiento funcional, es decir, el deterioro cognitivo no afecta a la autonomía de la persona en la realización de las actividades de la vida diaria (AVD) (Petersen et al., 1999).

De manera inicial, Petersen et al. (1999) describieron el DCL como una entidad que se caracterizaba principalmente por la presencia de quejas subjetivas de memoria, con rendimiento mnésico deficitario (para la edad y el nivel de estudios) y un funcionamiento cognitivo general y AVD preservadas. A partir de estas características se establecieron los siguientes criterios diagnósticos, conocidos como los criterios diagnósticos para DCL de la Clínica Mayo:

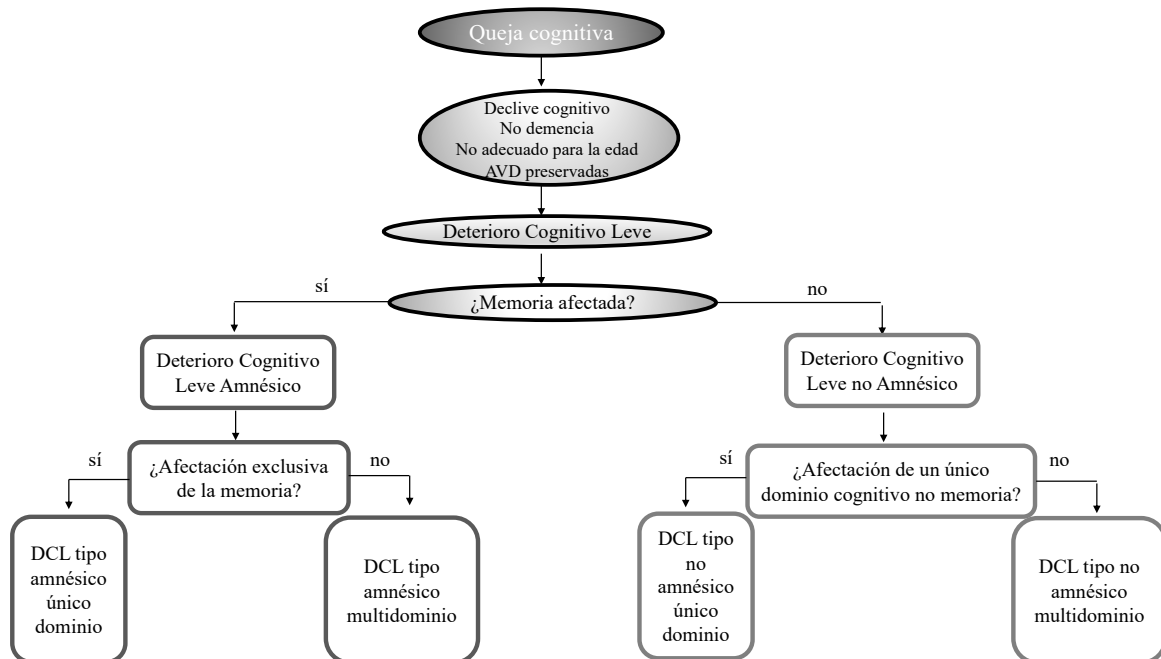
- Presencia de un problema subjetivo de memoria (que preferiblemente debe ser corroborado por un informador).
- Rendimiento mnésico anormal objetivo, tanto para la edad como para el nivel de estudios (1-2 desviaciones estándar respecto a la normalidad).
- Funcionamiento cognitivo general preservado.
- AVD preservadas.
- Ausencia de demencia.

Por tanto, de manera inicial el diagnóstico de DCL estuvo limitado a los casos en los que el déficit cognitivo se ceñía a alteraciones en memoria, pero con la creciente investigación

sobre el tema se evidenció el hecho de que existen diferentes subtipos clínicos de DCL, pudiendo estar presente el déficit de memoria o no y estar afectados uno o más dominios cognitivos (Petersen et al., 2001). Así pues, partiendo de una queja cognitiva en ausencia de demencia, se identificaron cuatro tipos de DCL en base a la presencia o no de afectación de la memoria, llevando por un lado a los DCL de tipo amnésico, monodominio si solamente hay afectación de memoria y multidominio, cuando además del déficit en memoria se evidencia afectación en otros procesos cognitivos y, por otro lado, los DCL de tipo no amnésico, donde la principal queja se refiere a otros procesos cognitivos pudiendo ser también monodominio (un solo proceso afectado) o multidominio (más de un proceso cognitivo afectado), estando en ambos casos la memoria preservada. A partir de esta diferenciación entre los posibles subtipos clínicos de DCL, Petersen (2004a) estableció un diagrama de flujo para instaurar la toma de decisiones en el diagnóstico del DCL, tal y como se puede observar en la Figura 2.

Figura 2

Diagrama de flujo para el diagnóstico de los subtipos de DCL



Nota. De Petersen (2004a).

Según lo establecido en los criterios diagnósticos de Petersen et al. (1999) se parte de una queja subjetiva de deterioro cognitivo, a partir de la cual el clínico establecerá si se cumplen los criterios específicos de DCL para finalizar determinando qué proceso o procesos cognitivos se encuentran objetivamente afectados y especificar así la presencia de DCL y de qué tipo. Este diagrama se estableció como los nuevos criterios diagnósticos respaldados por el Grupo de Trabajo Internacional en DCL liderado por Winblad (2004) quienes, además de concretar los criterios diagnósticos para el DCL, remarcaron la importancia de la anamnesis y el uso de herramientas neuropsicológicas y de neuroimagen en el diagnóstico, así como de biomarcadores.

El DCL tipo amnésico fue identificado como el más común, seguido del DCL multidominio (más de un proceso cognitivo afectado), tanto amnésico como no amnésico, y el DCL menos común sería el que afecta a una única función cognitiva diferente a la memoria, como el lenguaje, funciones ejecutivas o habilidades visoespaciales (Petersen, 2004b). Esta concreción de los subtipos de DCL llevó a establecer una propuesta de la etiología subyacente a cada caso y por tanto a la posibilidad de determinar la evolución a un tipo de demencia concreta, teniendo en cuenta también aspectos psiquiátricos y la patología vascular, dada su elevada prevalencia. Como patologías subyacentes indicaron que podía estar presente un trastorno depresivo en ambas modalidades de DCL de tipo amnésico o una patología vascular para los DCL multidominio. En cuanto a su propuesta sobre enfermedades neurodegenerativas, los subtipos amnésicos, tanto el exclusivamente amnésico como el multidominio los asociaron a la Enfermedad de Alzheimer (EA), en el caso del DCL no amnésico multidominio se asoció a la Demencia con Cuerpos de Lewy (DLB por *Dementia with Lewy Bodies*, su denominación en inglés) y en el caso del DCL de un único dominio no amnésico fue asociado también a la DLB (por ejemplo, un caso de DCL con afectación de las habilidades visoespaciales) o a la Demencia Frontotemporal (DFT) (por ejemplo, en un caso de DCL que únicamente se observa

afectación del lenguaje). Esta propuesta ha sido en parte confirmada en un relativamente reciente metaanálisis realizado por Oltra-Cucarella et al. (2018) donde estudiaron los resultados obtenidos en 33 estudios y concluyeron que los subtipos no amnésicos (tanto de dominio único como multidominio) mostraron un riesgo menor de EA, no encontrando diferencias entre ambos subtipos amnésicos, viendo que tanto el multidominio como el dominio único amnésico tenían el mismo riesgo de evolucionar a EA.

Más adelante, el *National Institute on Aging* y la *Alzheimer's Association* (NIA-AA) en base a estos criterios diagnósticos descritos por Petersen (2004b) remarcaron la importancia de que cierta alteración en las AVD puede estar presente siempre y cuando esta no afecte a la autonomía de la persona e implique que requiera de ayuda o supervisión externa (Albert et al., 2011), aspecto que se mantiene como básico en la siguiente propuesta de criterios diagnósticos a tener en cuenta, los criterios diagnósticos del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM por *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, su nombre en inglés) en su quinta edición (DSM-5; APA, 2014). En esta quinta edición se establece una nueva nomenclatura para el deterioro cognitivo leve y la demencia, sustituyendo la categoría del DSM-IV-TR (APA, 2002) “Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos” por la nueva categoría “Trastornos Neurocognitivos”, pasando a denominar a la demencia “trastorno neurocognitivo mayor” y al DCL “trastorno neurocognitivo leve”. De este modo el DSM-5 con esta nueva nomenclatura intenta eliminar la carga negativa asociada a la enfermedad mental de la palabra “demente” y remarca la diferencia entre trastorno neurocognitivo (TNC) leve y TNC mayor en el hecho de que las alteraciones cognitivas no influyen en la correcta ejecución de las actividades de la vida diaria, ya que, en caso de que la persona necesitare de algún tipo de ayuda para realizar las AVD instrumentales se trataría de un TNC mayor leve (González Palau et al., 2015), del mismo modo que se estableció en los criterios del NIA-AA donde se puede contemplar cierta alteración en las AVD siempre y cuando

se preserve la independencia (Albert et al., 2011). A continuación, se presentan los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-5 para el TNC leve (APA, 2014):

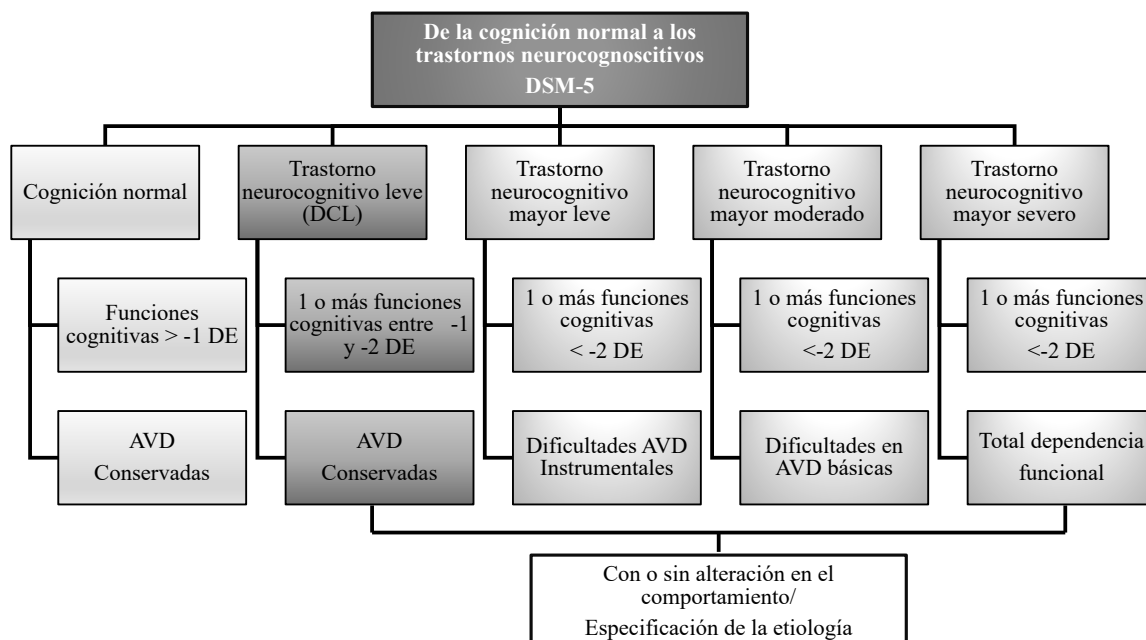
- A. Evidencias de un declive cognitivo moderado comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basada en:
 - 1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva y
 - 2. Un deterioro modesto del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.
- B. Los déficits cognitivos no interfieren en la capacidad de independencia en las actividades cotidianas (p. ej., conserva las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o seguir los tratamientos, pero necesita hacer un mayor esfuerzo, o recurrir a estrategias de compensación o de adaptación).
- C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional.
- D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Como aspectos específicos de los criterios del DSM-5 cabe destacar que la etiología del trastorno neurocognitivo leve puede ser diversa y engloba cualquier edad, además, permite especificar la presencia o no de alteración del comportamiento. El manual determina que se debe especificar la etiología del trastorno incluyendo las siguientes opciones: Enfermedad de Alzheimer, degeneración del lóbulo frontotemporal, Enfermedad con cuerpos de Lewy,

enfermedad vascular, traumatismo cerebral, consumo de sustancia o medicamento, infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), enfermedad por priones, Enfermedad de Parkinson, Enfermedad de Huntington, otra afección médica, etiologías múltiples o no especificado. Por tanto, con estos criterios diagnósticos y los específicos para el TNC mayor se establece un continuo entre la cognición normal y el trastorno neurocognitivo mayor severo en base al deterioro cognitivo cuantificado a través de la exploración neuropsicológica de los seis dominios cognitivos principales (atención compleja, funciones ejecutivas, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad visoperceptiva y cognición social) y al grado de afectación de las AVD. En la Figura 3 se puede observar esta conceptualización propuesta por el DSM-5 (APA, 2014) que abarca desde la normalidad hasta el TNC mayor en sus tres grados de severidad, pasando por el TNC leve.

Figura 3

Conceptualización del DSM-5 desde la cognición normal al trastorno neurocognitivo mayor severo



Nota. De González-Palau et al. (2015).

En el caso del TNC leve se requiere que uno o más dominios cognitivos se encuentren afectados, de manera específica entre 1 y 2 desviaciones estándar (DE) y manteniendo las AVD conservadas. En cuanto esta alteración cognitiva supera las 2 DE y se comprometen las AVD ya se trataría de un TNC mayor. Por último, también cabe hacer referencia a la especificación de si existen o no alteraciones en el comportamiento ya que es un aspecto a determinar cuándo se realiza un diagnóstico de TNC, ya sea mayor o leve, junto con la especificación de la etiología (o la sospecha de esta).

La presencia de alteraciones en el comportamiento y la especificación de la etiología ayuda a determinar la evolución del paciente, de ahí la importancia de completar la descripción diagnóstica. En un trabajo reciente de Roberto et al. (2021) se describe diversa sintomatología neuropsiquiátrica como factor predisponente a la conversión del deterioro cognitivo leve a un tipo u otro de demencia, pudiendo estar estos síntomas presentes incluso previamente a la sintomatología cognitiva significativa e incluso a las alteraciones en las AVD. Estos autores describen que existen numerosos factores implicados en la progresión de DCL a demencia y que de manera clásica en la literatura se hace referencia a la edad, género, nivel de formación académica o, teniendo en cuenta factores neurobiológicos, la presencia de apolipoproteína E épsilon4 (APOE-ε4) pero no se debe dejar de lado la sintomatología neuropsiquiátrica ya que es común que se encuentre presente en personas con DCL. En este trabajo realizado con 2.137 participantes, Roberto et al. (2021) describieron que la sintomatología neuropsiquiátrica más prevalente en su muestra era la depresión, la ansiedad, la apatía, la irritabilidad y la alteración del sueño, aunque también había participantes que se mostraron asintomáticos. Estos autores encontraron que el grupo de pacientes que mostraban una mayor irritabilidad tenían un mayor riesgo de conversión a demencia no causada por EA mientras que los que mostraron apatía, un perfil ansioso o depresivo o asintomático tenían una mayor tendencia a progresar a EA.

Por último, cabe cuestionarse si es posible prevenir o enlentecer esta progresión a demencia tras la aparición del DCL, aspecto ampliamente estudiado a lo largo de la literatura. Existen numerosas acciones e intervenciones orientadas a evitar o enlentecer la aparición de la demencia, las cuales coinciden en su mayoría con las que se llevan a cabo una vez el diagnóstico se ha establecido. En la actualidad no existe evidencia científica sobre qué tratamientos específicos pueden evitar la progresión de DCL a demencia, pero sí que se puede afirmar que dichos tratamientos tienen un impacto positivo en las personas que los reciben. La actividad física junto con el entrenamiento cognitivo además de ser las intervenciones más implementadas son las dos acciones que mejores resultados aportan (Romero Reyes y Andrade Valbuena, 2021) aunque en ninguno de los dos casos se dan datos suficientes para establecer que puedan prevenir la aparición de deterioro cognitivo o su evolución a demencia, resultando por tanto necesaria la realización de un mayor número de estudios al respecto con un mayor rigor metodológico (Brasure et al., 2018; Butler et al., 2018).

3.2. Las demencias

De manera clásica la demencia ha sido definida como una pérdida crónica de dos o más habilidades cognitivas a causa de una enfermedad o daño cerebral (Arvanitakis et al., 2019) aunque tras la publicación del DSM-5 (APA, 2014) se reconoce que puede haber demencia habiendo deterioro en un solo dominio cognitivo, siendo básico que dicho déficit interfiera en la autonomía de la persona. Este déficit cognitivo debe representar una pérdida respecto al nivel previo de funcionamiento y la interferencia funcional debe ser significativa y darse tanto a nivel social como ocupacional, además, es habitual que aparezcan cambios en la personalidad y la conducta (Viñuela Fernández y Olazarán Rodríguez, 2009). La demencia por tanto se trata de un síndrome clínico adquirido de causa orgánica que produce un deterioro progresivo persistente de las funciones mentales superiores derivando en una pérdida de la autonomía personal y afectando también al ámbito social y laboral (Ayuso Peralta et al., 2019).

En cuanto a criterios diagnósticos, la propuesta del DSM-5 (APA, 2014) es la más utilizada en la práctica clínica. Tal y como se ha revisado en apartados anteriores, en la quinta edición del DSM se establece una nueva terminología en referencia al deterioro cognitivo con el término trastorno neurocognitivo (TNC), siendo el TNC mayor el que hace referencia a la demencia y cuya principal diferencia con el TNC leve es la intensidad del déficit cognitivo en relación al nivel previo de funcionamiento y la afectación de las AVD (APA, 2014; González Palau et al., 2015). Como aspecto novedoso a tener en cuenta en estos criterios diagnósticos con respecto al DSM-IV-TR (2002) es que se especifica que el déficit no debe darse en memoria necesariamente salvando así el hecho de que numerosos pacientes afectados de demencia no eran diagnosticados por no cumplir los criterios basados en que la afectación de memoria debía estar presente (Viñuela Fernández y Olazarán Rodríguez, 2009).

Por tanto y en relación a lo expuesto, a continuación, se detallan los criterios diagnósticos del TNC mayor:

A. Evidencias de un declive cognitivo significativo comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basadas en:

1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva, y
2. Un deterioro sustancial del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.

B. Los déficits cognitivos interfieren con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas (es decir, por lo menos necesita asistencia con las actividades

instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o cumplir los tratamientos).

C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.

D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Así pues, el criterio A está orientado a determinar la presencia de una alteración cognitiva siendo necesario que exista una queja real que se confirme a través de una exploración neuropsicológica, ya que de este modo se salvaría la posible situación de personas con un elevado nivel previo que podrían presentar el llamado “efecto techo” en la exploración o por el contrario, personas con un bajo nivel previo presentasen bajo rendimiento en los tests, de manera que es importante incluir todo el proceso diagnóstico en una anamnesis completa.

En cuanto al criterio B, está haciendo referencia a la autonomía, que tal y como se ha descrito en el caso del TNC mayor debe interferir en el desarrollo de las AVD, necesitando ayuda para realizarlas o siendo totalmente dependientes.

Los criterios C y D hacen referencia a otras situaciones clínicas que pueden explicar la aparición de alteraciones cognitivas pero que se diferencian del TNC en sintomatología concomitante, evolución y pronóstico y que por tanto se deberán tener en cuenta a la hora de establecer un diagnóstico.

Por último, tal y como se especificó previamente para los criterios del TNC leve, remarcar que el manual permite especificar la etiología, indicar la presencia o no de alteración del comportamiento y además determinar la gravedad actual, la cual está asociada al compromiso en las AVD: leve (dificultades en las actividades instrumentales de la vida diaria, por ejemplo, gestión del dinero), moderado (dificultad en las actividades básicas de la vida diaria, por ejemplo, vestirse) y grave (totalmente dependiente).

En cuanto a datos epidemiológicos se refiere no existe un consenso claro ya que los diferentes estudios no siguen los mismos criterios diagnósticos de manera consensuada ni se tienen en cuenta los mismos aspectos metodológicos. Teniendo en cuenta los datos aportados por la OMS (2015), indicaron que la demencia afecta a 47 millones de personas en todo el mundo (un 5% de la población mundial de edad avanzada) y que dicha cifra aumenta en 9,9 millones de casos cada año. Se estima que en 2050 los casos de demencia se elevarán a 132 millones y, dado el aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población, se espera que dicha cifra siga en aumento (OMS, 2017). Estos datos concuerdan con los expuestos en un relativamente reciente metaanálisis realizado por Fiest et al. (2016) quienes indican que entre un 5 y un 8% de las personas mayores de 60 años padecen demencia a nivel mundial. La incidencia de la demencia aumenta exponencialmente con la edad, duplicándose las cifras cada 5 años aproximadamente, siendo la prevalencia de un 2-3% en mayores de entre 65 y 69 años y de más de un 30% superados los 80 años (Fiest et al., 2016).

Así pues, la demencia es una de las principales causas de pérdida de la autonomía en personas mayores, generando un gran impacto tanto en la persona que la padece como en sus familiares cuidadores. El entorno familiar se ve afectado no solo emocionalmente ante la situación de enfermedad, sino que también afecta económica y socialmente a la familia ya que la persona cuidadora principal se ve obligada a reducir su jornada laboral o incluso a abandonar el trabajo a lo que se suman los costes propios del cuidado de una persona con demencia, los cuales ascienden según la Confederación Española de Alzheimer (CEAFA) a un total de 31.890 euros anuales (CEAFA, 2015).

Por tanto, las demencias suponen un reto para la sociedad actual y resulta un aspecto fundamental llevar a cabo acciones para el fomento de la autonomía de las personas que la padecen, intentando enlentecer el curso progresivo de la enfermedad y mejorar así su calidad de vida y la de sus familias, repercutiendo de manera directa en aspectos emocionales, económicos y sociales.

3.2.1. Clasificación de las demencias.

Tal y como se ha podido ver en los criterios diagnósticos, las causas de demencia son numerosas, pudiendo ser tanto de etiología primaria como secundaria, aspecto que lleva a la clasificación más habitual, basada en la etiología y donde se clasifican por tanto, en demencias degenerativas primarias y demencias secundarias, aunque también se pueden dar casos en los que la etiología es combinada (demencias mixtas), tal y como se expone a continuación siguiendo la clasificación etiológica propuesta por el Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología (SEN) (Baquero Toledo et al., 2009).

Las demencias degenerativas primarias son aquellas demencias vinculadas a una proteinopatía cerebral ya que están asociadas a una agregación y depósito cerebral de material proteico que puede ser de diversa índole (como, por ejemplo, el amiloide β , la sinucleína α o la proteína τ). La presencia de una determinada sintomatología estará asociada a la distribución neuroanatómica de estos depósitos los cuales suelen tender a presentar una determinada topografía, llevando así a un perfil clínico específico (Baquero Toledo et al., 2009), pero este hecho no es así de forma precisa ya que un mismo depósito proteico se puede expresar de forma variada y un mismo perfil clínico puede estar dado por depósitos proteicos diferentes. En el caso de estas demencias la edad avanzada supone un mayor riesgo, pero también pueden aparecer con un inicio precoz, normalmente en el caso de las formas familiares. En la Tabla 1 se exponen los diferentes tipos de demencia más comunes que conforman las demencias neurodegenerativas primarias con su base molecular y genética asociada. También señalar el hecho de que existen enfermedades degenerativas que pueden cursar con demencia, aunque no necesariamente puede formar parte del cuadro clínico típico.

Tabla 1

Clasificación de Demencias Neurodegenerativas Primarias y su Base Molecular y Genética

Enfermedad	Molécula/proteína
Enfermedades degenerativas en las que la demencia es una de las principales manifestaciones	
Enfermedad de Alzheimer	Amiloide β Presenilina 1 Presenilina 2
Degeneración lobar frontotemporal	Proteína τ Progranulina TDP-43
Demencia con cuerpos de Lewy	Sinucleína α Sinucleína β
Demencia por priones	Prion
Encefalopatía familiar con cuerpos de neuroserpina	Neuroserpina
Enfermedades degenerativas en las que la demencia puede formar parte del cuadro clínico	
Corea de Huntington	Huntingtina
Pseudoenfermedad de Huntington tipo 2	Junctofilina 3
Degeneración corticobasal	Proteína τ
Parálisis supranuclear progresiva	Proteína τ
Enfermedad de Parkinson	Sinucleína α Parkina
Enfermedad de la motoneurona	TDP-43 Ubiquitina
Atrofias multisistémicas	Sinucleína α
Heteroataxias	Múltiples

Nota. De Baquero et al. (2019).

De entre las demencias degenerativas primarias destaca la Enfermedad de Alzheimer, la cual representa un 57% de los casos diagnosticados, seguida de la Demencia con Cuerpos de Lewy con un 5,2% y el resto de demencias relacionadas con la degeneración lobar frontotemporal con un 3,9% (Manzano et al., 2018).

Por otro lado, en cuanto a las demencias secundarias, son aquellas demencias asociadas a otras patologías que provocan que aparezca la demencia y que en algunos casos pueden ser

reversibles. Existe un gran número de enfermedades que pueden causar demencia como las secundarias a una hidrocefalia, las demencias de origen infeccioso, de origen endocrino-metabólico, por enfermedad desmielinizante, asociadas a neoplasia, etc., en total más de 50 condiciones diferentes pueden desarrollar un cuadro clínico de demencia (Baquero Toledo et al., 2009), pero la demencia secundaria más común es la demencia vascular, la cual es la segunda más prevalente de entre todas las demencias tras la EA, con un 15-20% de todas las demencias diagnosticadas (Manzano et al., 2018).

Por último, cabe realizar un breve apunte a las demencias combinadas en las que se dan diversas etiologías de manera simultánea, siendo muy común la EA con enfermedad vascular cerebral asociada (Baquero Toledo et al., 2009), comúnmente conocida como demencia mixta. La demencia mixta no es una entidad diagnóstica en sí como las vistas hasta ahora, sino que el diagnóstico se determina en base a la patología predominante, ya sea la patología vascular o la EA (Custodio et al., 2017).

3.2.2. Demencias más habituales y sus características

Tras revisar la clasificación etiológica de las demencias y en base a las demencias más frecuentes, se revisan a continuación las demencias más comúnmente diagnosticadas, su etiología, subtipos, patrón neuropsicológico y criterios diagnósticos.

3.2.2.1. Demencia a causa de la Enfermedad de Alzheimer.

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es la causa más frecuente de demencia neurodegenerativa primaria con un 57% de los casos diagnosticados (Manzano et al., 2018). Se trata de una enfermedad en la que las funciones cognitivas se deterioran de manera progresiva e irreversible, especialmente y de manera habitual en primer lugar la memoria episódica reciente (Barragán et al., 2019) para posteriormente dar paso a alteración en todos los procesos cognitivos.

La patología cerebral de la EA ya fue referida en la descripción inicial de Alois Alzheimer en 1907, señalando la degeneración neurofibrilar y las placas seniles como los cambios patológicos característicos, asociados a la atrofia cerebral (Amer, 2019). Las placas seniles están compuestas por depósitos del péptido beta amiloide ($A\beta$) y por ovillos neurofibrilares, que son depósitos fibrilares de la proteína Tau hiperfosforilada (p-Tau) y que tienen un efecto tóxico sobre las neuronas (Barragán et al., 2019). Esta patología microscópica se inicia en el córtex entorrinal, progresando desde ahí al hipocampo, posteriormente al neocórtex de asociación y accediendo por último a la corteza, tanto a áreas sensitivas como motoras (Montine et al., 2012). Además de estos hechos histopatológicos también se ha indicado que parece jugar un papel esencial la disfunción sináptica, la inflamación y la alteración vascular, la cual puede venir dada por la β -amiloide acumulada en vasos sanguíneos cerebrales, provocando así cambios de angiopatía amiloide (Barragán et al., 2019; Janeiro et al., 2021). En cuanto al estudio neuropatológico a nivel macroscópico, el cerebro de la persona con EA muestra de manera inicial atrofia cerebral en los hipocampos y la amígdala, posteriormente dicha atrofia aparece también en los lóbulos frontales y parietales para finalmente llegar a afectar a todo el cerebro (Barragán et al., 2019).

La causa de la aparición de la EA no está totalmente definida, esta es el resultado de la conjugación de varios factores de riesgo tanto ambientales como genéticos, pero la edad avanzada es el más significativo (Barragán et al., 2019). Sin embargo, como es bien sabido, la edad no es factor suficiente para que se instaure la enfermedad, ya que esta no es causa normal del envejecimiento. La literatura científica ha evidenciado que la historia familiar es importante en el riesgo de desarrollar la EA puesto que existen tres genes causantes de la enfermedad y que están tras las formas familiares de inicio precoz, aunque estas representan tan solo un 1% de todos los casos de demencia por EA. Estos genes son el gen de la proteína precursora de β -amiloide (APP), la presenilina 1 (PSEN1) y la presenilina 2 (PSEN2) (Shao et al., 2017). Por

tanto, dado que la mayor parte de los casos de EA se dan de manera esporádica o son de inicio tardío, en estos casos la implicación genética es un factor de riesgo más sin ser causa directa, en concreto, la presencia del alelo $\epsilon 4$ del gen de la apolipoproteína E (APOE- $\epsilon 4$) supone un riesgo 3 veces mayor de desarrollar EA, estando presente en el 40-65% de los pacientes con EA (Barragán et al., 2019; Liu et al., 2013).

El perfil neuropsicológico de la EA es de predominio cortical, tal y como se ha comentado en la descripción inicial, el déficit de memoria es la principal característica de la demencia asociada a la EA y normalmente la primera en manifestarse. La sintomatología cognitiva habitual en la demencia a causa de EA es congruente con los hallazgos neuropatológicos descritos anteriormente. La afectación temprana del hipocampo, giro parahipocampal y córtex entorrinal afectan a la capacidad de almacenar nuevos aprendizajes, aspecto que implica una alteración de la memoria episódica reciente, implicada en la memoria de hechos producidos en un espacio y tiempo determinados, afectando a horas o días previos (Markowitsch y Staniloiu, 2012). Por lo tanto, se da una amnesia anterógrada, la cual implica una incapacidad para codificar nueva información que de manera habitual afecta a olvidos en situaciones cotidianas y de manera progresiva aparece una amnesia retrógrada con gradiente temporal mientras que se mantiene relativamente preservada la memoria autobiográfica remota (Pelegrín-Valero y Olivera-Pueyo, 2008). También es común que en fases iniciales aparezca disfunción ejecutiva con alteraciones en planificación y razonamiento, así como alteraciones en el lenguaje que junto con la alteración en memoria semántica propicia la aparición de la anomia, la cual es característica junto con cierta alteración de la comprensión en órdenes complejas. En cuanto a alteraciones perceptivas, estas suelen aparecer en fases moderadas de la enfermedad, así como las apraxias. En cuanto a la orientación, las personas con EA, ya en fases iniciales, presentan desorientación temporal (asociada al déficit mnésico), de manera paulatina las alteraciones visoperceptivas dan paso a la desorientación espacial y por último también está

presente la desorientación personal, mostrándose finalmente desorientación en las tres esferas (Pelegrín-Valero y Olivera-Pueyo, 2008). Un aspecto importante a señalar es la presencia de anosognosia, las personas con EA no tienen conciencia del déficit, pudiendo estar presente ya en fases iniciales de la enfermedad.

Esta sintomatología cognitiva suele ir acompañada de sintomatología psiquiátrica y conductual que cabe tener en consideración ya que pese a que no es característica propia de la enfermedad repercute claramente en la funcionalidad de la persona y en el entorno familiar, siendo la principal causa de institucionalización de las personas afectadas. Estos síntomas también van evolucionando a lo largo del proceso, en fases iniciales es común que aparezca apatía y sintomatología depresiva, así como irritabilidad. Los síntomas psicóticos como delirios suelen aparecer en fases moderadas y las alucinaciones, la agitación y agresividad suelen aparecer en fases más avanzadas.

Por tanto, la presentación más común de la Enfermedad de Alzheimer se produce con un déficit en memoria episódica que aparece de manera insidiosa y progresiva en una persona mayor. El deterioro cognitivo va progresando, afectando al resto de procesos cognitivos hasta que las AVD se ven comprometidas y se instaura por tanto la demencia. Pero, pese a que este es el perfil más común, se han reconocido otros síndromes atípicos que se suelen dar en casos de inicio precoz y que cabe mencionar pese a que no son muy comunes (Lane et al., 2017):

Atrofia cortical posterior.

En los casos de atrofia cortical posterior las alteraciones histopatológicas se dan inicialmente en los lóbulos parieto-occipitales conllevando por tanto que de manera inicial se den alteraciones visoperceptivas y visoespaciales mientras que, al inicio, la memoria puede mantenerse relativamente preservada (Crutch et al., 2012), es común que estos pacientes inicien su proceso diagnóstico siendo valorados por oftalmólogos u optometristas (Barragán et al., 2019).

Enfermedad de Alzheimer familiar de inicio precoz.

En la EA familiar de inicio precoz la sintomatología suele aparecer antes de los 55 años y se da una evolución más rápida que en los casos esporádicos. En estos casos el gen PSEN1 es el más frecuentemente alterado, estando presente entre el 30 y el 70% de los casos (Barragán et al., 2019).

Otras demencias como la afasia progresiva primaria o la demencia frontal también pueden ser debidas a la EA, aunque de manera rara ya que son síndromes típicamente frontotemporales. Las personas con *afasia progresiva primaria* a causa de la EA suelen mostrar dificultad en encontrar las palabras, presentan anomia y se expresan con un lenguaje lento, con numerosas pausas para poder denominar y circunloquios, además de gran dificultad para repetir pseudopalabras y frases largas, manteniéndose al inicio el resto de procesos cognitivos preservados (Gorno-Tempini et al., 2011). En cuanto a la *variante frontal de la EA*, presenta una gran similitud con la variante frontal de la demencia frontotemporal, pero se diferencia de esta que su presentación es típicamente amnésica y a mayor temprana edad, mientras que en la demencia frontotemporal su principal característica es que la sintomatología inicial son alteraciones en el comportamiento, personalidad y conducta social, estando al inicio principalmente afectadas las funciones ejecutivas (FFEE) (Lam et al., 2013).

El diagnóstico de la EA es clínico, la elaboración de una correcta anamnesis y exploración neuropsicológica, así como su seguimiento permitirán establecer un diagnóstico probable o posible ya que el diagnóstico definitivo sigue siendo neuropatológico.

En primer lugar, en la realización de la anamnesis, que se realizará preferentemente en presencia de una persona informadora que confirme los datos, se recogerá la posible historia familiar, nivel educativo, sintomatología observada (cognitiva y conductual) y afectación de las AVD. Además, es deseable que se realice una exploración neuropsicológica completa para

conocer el estado actual de todos los procesos cognitivos.

En cuanto a otros procedimientos médicos implicados en el diagnóstico, es común que los facultativos soliciten pruebas de laboratorio para descartar otras causas metabólicas del deterioro cognitivo y es deseable que se le realice al paciente una prueba de neuroimagen estructural, o bien TC o bien RM, tanto para descartar otras causas secundarias de demencia como para poder identificar patrones típicos de la EA como la atrofia en hipocampos en fases iniciales. Pese a que su uso en la práctica clínica diaria no es todo lo habitual que sería deseable cabe hacer mención también a las pruebas de neuroimagen funcional, ya que herramientas como la TC por emisión de fotón único (SPECT) y la tomografía por emisión de positrones con fluorodesoxiglucosa como trazador (PET-FDG) permiten estudiar la perfusión y el metabolismo cerebral respectivamente, siendo el patrón típico en la EA la presencia de hipoperfusión e hipometabolismo en lóbulos temporales y parietales, lo cual permite establecer diagnósticos diferenciales con otras demencias (Barragán et al., 2019).

Por último, en cuanto a pruebas de neuroimagen y pese a que se utiliza fundamentalmente en el ámbito de la investigación, se debe hacer referencia al PET-amiloide, herramienta que permite detectar la acumulación de β -amiloide cerebral y que permitiría identificar fases preclínicas de la enfermedad, ya que el β -amiloide empieza a acumularse desde 20 años antes del inicio de la sintomatología. Es una herramienta útil en cuanto a confirmación de presencia de esta neuropatología pero que tampoco permite un diagnóstico firme ya que otras enfermedades neurodegenerativas pueden cursar con depósitos de β -amiloide, pero su ausencia sí que descartaría totalmente la enfermedad (Villemagne et al., 2018).

Por tanto, en cuanto al diagnóstico de la demencia a causa de la EA, se puede establecer un diagnóstico probable o posible mediante la anamnesis, exploración neuropsicológica y otras pruebas diagnósticas complementarias. En cuanto a los criterios diagnósticos se refiere, los más

ampliamente utilizados en la actualidad son los propuestos en el DSM-5 (APA, 2014) donde se identifica el trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer y los criterios del *National Institute of Aging* y la *Alzheimer's Association* (NIA-AA) (McKhann et al., 2011), en ambas propuestas se establecen criterios clínicos y neuropatológicos o genéticos para establecer la presencia de EA con un grado de certeza determinado, tal y como se verá a continuación.

El DSM en su quinta edición (APA, 2014) propone los criterios diagnósticos para el trastorno neurocognitivo de manera específica según la etiología que está a la base del deterioro cognitivo. En el caso de la EA se hace especial hincapié en el inicio insidioso y una progresión gradual de la sintomatología cognitiva y comportamental, haciendo referencia a que típicamente los síntomas iniciales son amnésicos, pero también indicando la posibilidad de la presentación no mnésica vista anteriormente, manifestándose de manera inicial una alteración visoespacial o del lenguaje. Se describe el TNC debido a la EA como un continuo, desde el TNC leve hasta el TNC mayor, especificando el nivel de certeza diagnóstica como probable o posible, estando este determinado a partir de evidencia genética, ya sea mediante pruebas genéticas o por confirmación de la presencia en antecedentes familiares (por autopsia o pruebas genéticas en una familiar afectado). También se especifica en el manual que si hay evidencias de una etiología mixta (por ejemplo, con componente vascular), se deberá diagnosticar un TNC debido a etiologías múltiples.

En cuanto al diagnóstico diferencial, se deberán tener en cuenta otros procesos neurodegenerativos que puedan ser causantes del TNC, así como otras enfermedades neurológicas o sistémicas y el trastorno depresivo mayor (APA, 2014). A continuación, se presentan los criterios diagnósticos específicos para el trastorno neurocognitivo mayor y leve debido a la EA.

Criterios diagnósticos del DSM-5 del Trastorno Neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer (APA, 2014):

1. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
2. Presenta un inicio insidioso y una progresión gradual del trastorno en uno o más dominios cognitivos (en el trastorno neurocognitivo mayor tienen que estar afectados por lo menos dos dominios).
3. Se cumplen los criterios de la enfermedad de Alzheimer (EA) probable o posible como sigue:

Para el trastorno neurocognitivo mayor:

Se diagnostica EA probable si aparece algo de lo siguiente; en caso contrario, debe diagnosticarse la EA posible.

1. Evidencias de una mutación genética causante de la EA en los antecedentes familiares o en pruebas genéticas.
2. Aparecen los tres siguientes:
 - a. Evidencias claras de un declive de la memoria y el aprendizaje, y por lo menos de otro dominio cognitivo (basada en una anamnesis detallada o en pruebas neuropsicológicas seriadas).
 - b. Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.
 - c. Sin evidencias de una etiología mixta (es decir, ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, otra enfermedad neurológica, mental o sistémica, o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo).

Para un trastorno neurocognitivo leve:

Se diagnostica la EA probable si se detecta una evidencia de mutación genética causante de la EA mediante una prueba genética o en los antecedentes familiares.

Se diagnostica la EA posible si no se detecta ninguna evidencia de mutación genética causante de la EA mediante una prueba genética o en los antecedentes familiares, y aparecen los tres siguientes:

1. Evidencias claras de un declive de la memoria y el aprendizaje.
2. Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.

Sin evidencias de una etiología mixta (es decir, ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, otra enfermedad neurológica, mental o sistémica, o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo).

4. La alteración no se explica mejor por una enfermedad cerebrovascular, otra enfermedad neurodegenerativa, los efectos de una sustancia o algún otro trastorno mental, neurológico o sistémico.

Por último, cabe hacer referencia a los criterios del NIA-AA (McKhann et al., 2011), en los que se incluyó criterios tanto para la demencia como para el DCL debido a EA y de los estadios preclínicos de la enfermedad.

En este trabajo se establecieron cuatro niveles de certeza diagnóstica: demencia de Alzheimer probable, demencia de Alzheimer posible, demencia de Alzheimer probada y demencia de Alzheimer improbable y, además, también se indican criterios para el DCL debido a EA y para la demencia de Alzheimer preclínica, tal y como se ha comentado. En la Tabla 2 a continuación, se presentan estos criterios específicos.

Tabla 2

Criterios diagnósticos del National Institute of Aging y la Alzheimer's Association

Demencia de Alzheimer preclínica

Estadio 1. Amiloidosis cerebral asintomática. Pacientes con evidencia de acúmulo de proteína A β cerebral, pero sin evidencia de datos de neurodegeneración ni sintomatología cognitiva o conductual.

Estadio 2. Amiloidosis positiva y evidencia de disfunción sináptica y/o neurodegeneración incipiente. Son individuos con evidencia de positividad para amiloide y presencia de uno o más marcadores de neurodegeneración.

Estadio 3. Amiloidosis positiva con evidencia de neurodegeneración y deterioro cognitivo sutil.

Deterioro cognitivo leve debido a Demencia de Alzheimer

1. Criterios clínicos de DCL.

1.1. Preocupación por la presencia de un cambio cognitivo respecto a su nivel anterior, obtenido por el paciente, de un informador o de un clínico que conoce al paciente.

1.2. Alteración en una o más esferas cognitivas, mediante la evidencia de bajo rendimiento respecto a lo esperable para su edad y nivel educativo.

1.3. Preservación de la independencia en las capacidades funcionales.

1.4. Ausencia de demencia.

2. DCL debido a EA de alta probabilidad.

El paciente cumple los criterios clínicos de DCL, pero además tiene biomarcadores positivos para A β y neurodegeneración.

3. DCL debido a EA de probabilidad intermedia.

El paciente cumple criterios clínicos de DCL y además tiene un biomarcador de depósito de A β positivo pero los de neurodegeneración no examinados o un biomarcador de neurodegeneración positivo y los de depósito de A β no examinados.

4. DCL debido a EA improbable.

Pacientes que cumplen criterios clínicos de DCL, pero con ambos tipos de biomarcadores negativos.

Demencia de Alzheimer probable.

1. Con criterios clínicos.

1.1. Únicamente criterios clínicos: criterios de demencia, a los que se añaden los siguientes:

- Comienzo insidioso en meses o años.

- Empeoramiento cognitivo por informe u observación.

- Los déficits cognitivos iniciales más relevantes en la historia y en el examen afectan a una de las siguientes categorías:

* Presentación amnésica.

* Presentación no amnésica: afectación del lenguaje, visuoespacial o ejecutiva.

1.2. Con otros criterios que aumentan el nivel de certeza:

1.2.1. Con deterioro cognitivo documentado, especialmente con estudio neuropsicológico previo.

1.2.2. Evidencia de mutación genética (APP, PSEN1, PSEN2).

Nota. Adaptado de McKhann et al. (2011) y Monge (2018).

Tabla 2 (Cont.)

Criterios diagnósticos del National Institute of Aging y la Alzheimer's Association

Demencia de Alzheimer probable (sigue).

2. Con evidencia del proceso fisiopatológico.

En personas que cumplen los criterios clínicos de EA probable, el uso de biomarcadores cuando son positivos uno de depósito de proteína β -amiloide (LCR o PET) y otro de degeneración neuronal (tau en LCR, PET-FDG o RM estructural), pueden aumentar la certeza de que la base del síndrome demencial es el proceso fisiopatológico de la EA.

Demencia de Alzheimer posible.

1. Con criterios clínicos.

- 1.1. Por evolución atípica.

Por la presencia de comienzo rápido de las alteraciones cognitivas, insuficientes detalles históricos o insuficiente documentación objetiva de deterioro progresivo.

- 1.2. Por presentación mixta etiológica.

En personas que cumplen criterios de EA clínica, pero presentan evidencia de a) enfermedad cerebrovascular concomitante, b) hallazgos compatibles con demencia con cuerpos de Lewy, c) evidencia de otras enfermedades neurológicas o no neurológicas, así como medicaciones que puedan afectar a la cognición.

2. Con evidencia del proceso fisiopatológico.

En personas que cumplen los criterios clínicos de demencia no-EA, pero tienen evidencia de un proceso fisiopatológico de EA mediante biomarcadores (con alteración en las dos categorías) o cumplen los criterios neuropatológicos de EA.

Demencia de Alzheimer probada.

Cuando los pacientes cumplen los criterios clínicos y cognitivos de la EA, y el estudio neuropatológico demuestra la presencia de patología de la EA.

Demencia de Alzheimer improbable.

1. No cumple los criterios clínicos de EA.

2. Cumple uno de los siguientes criterios:

- a. A pesar de cumplir criterios clínicos de posible o probable EA, existe suficiente evidencia para un diagnóstico alternativo como demencia por VIH, demencia por enfermedad de Huntington, u otras que raramente se pueden mezclar con EA.
 - b. A pesar de cumplir con los criterios clínicos de EA posible, los biomarcadores de A β y neurodegeneración son negativos.
-

Nota. Adaptado de McKhann et al. (2011) y Monge (2018).

3.2.2.2. Demencia vascular.

El trastorno neurocognitivo vascular o demencia vascular abarca un conjunto de entidades clínico-patológicas en las que una alteración vascular cerebral, ya sea hemorrágica o isquémica, produce un deterioro cognitivo junto con el que pueden aparecer alteraciones conductuales y que afecta a la funcionalidad de la persona, produciendo así una demencia

(Manzano et al., 2018; Pérez Sánchez et al., 2015). La demencia vascular (DV) puede presentar sintomatología muy diversa ya que esta depende del tipo de lesión vascular, de su extensión y de su localización.

La demencia vascular es el segundo grupo etiológico más frecuente tras las demencias degenerativas primarias, siendo entre un 15 y un 20% de todas las demencias diagnosticadas (Manzano et al., 2018). Tal y como se ha comentado, la etiología de la demencia vascular es diversa y en base a ella se establece la clasificación específica de los tipos de demencia vascular, tal y como se puede ver en la Tabla 3, donde se especifica los subtipos y su etiología.

Tabla 3

Clasificación de Demencias Vasculares

Demencia	Cambios fisiopatológicos
Demencia vascular (DV) multiinfarto	Múltiples infartos de vaso grande, infartos corticales
DV subcortical isquémica (antiguamente enfermedad de Binswanger)	Patología de vaso pequeño. Lesiones en sustancia blanca, infartos lacunares, desmielinización
Demencia por infarto estratégico (DV post-ictus)	Infarto en localización estratégica, por ej., en el tálamo
Demencia por hipoperfusión o hipoxia	Encefalopatía anóxico-isquémica difusa, infartos fronterizos
Demencia mixta	Patología vascular en presencia de enfermedad neurodegenerativa

Nota. Adaptado de O'Brien y Thomas (2015), Pérez Sánchez et al. (2015) y Skrobot et al. (2017).

En la Tabla 3 se exponen los diferentes tipos de demencia vascular, siendo los más importantes por ser más comunes la demencia multiinfarto, la DV subcortical isquémica, la demencia por infarto estratégico y la demencia mixta, las cuales se verán con mayor detalle a continuación. Cabe mencionar también la existencia del DCL de origen vascular, el cual no se ha incluido en la tabla por no tratarse de una demencia establecida, tratándose por tanto de una entidad en la que la presencia del deterioro cognitivo es secundaria a una patología vascular pero que no afecta de manera significativa a las AVD.

Demencia vascular multiinfarto (demencia vascular cortical).

Este tipo de demencia se da por la presencia de múltiples infartos corticales en arterias de mediano y gran calibre. Se caracteriza por un inicio agudo y una posterior evolución escalonada donde el paciente empeora con la presencia de nuevos infartos y después muestra una leve mejoría o estabilización. A nivel cognitivo pueden verse todos los procesos cognitivos afectados y es común encontrar alteraciones psicológicas y conductuales de las demencias, así como signos neurológicos focales, todos ellos dependerán de la localización de las lesiones (Pérez Sánchez et al., 2015).

Demencia vascular subcortical.

Antiguamente conocida como la Enfermedad de Binswanger, este tipo de demencia vascular es la más común, afecta a pequeños vasos y por tanto se producen infartos lacunares y/o lesiones en la sustancia blanca, en zonas más profundas del cerebro (Rojo Sebastián et al., 2019). Suele instaurarse de manera insidiosa y su curso es lento y progresivo. A nivel cognitivo suelen mostrar fallos de atención y concentración y funciones ejecutivas (FFEE) además de abulia y bradicinesia, entre otra sintomatología típicamente subcortical y parkinsoniana (Pérez Sánchez et al., 2015).

Demencia post-ictus o por infarto estratégico.

Este tipo de demencia se asocia a un infarto ocurrido en una determinada zona, ya sea cortical o subcortical, y dependiendo de su ubicación tendrá una sintomatología u otra. Al tratarse de una demencia post-ictus es de inicio agudo (Pérez Sánchez et al., 2015). El deterioro cognitivo en este tipo de demencia debe presentarse hasta los 6 meses posteriores al ictus (Skrobot et al., 2018).

Demencia mixta.

La demencia mixta, tal y como se ha visto en apartados anteriores, implica la presencia combinada de patología vascular y patología asociada a una enfermedad neurodegenerativa,

que de manera habitual suele ser EA o DLB (Sachdev et al, 2014). En la actualidad el término “demencia mixta” está en desuso y es preferible diagnosticar la patología principal e indicar la presencia de otra patología combinada, por ejemplo, Enfermedad de Alzheimer con patología cerebrovascular. Como es propio de las demencias a causa de patología cerebrovascular, resulta difícil establecer un patrón clínico ya que dependerá de la tipología de las lesiones, de su localización y de su gravedad.

Dada la naturaleza heterogénea de las demencias vasculares es complicado establecer un patrón neuropsicológico específico ya que el perfil dependerá del tipo, tamaño y localización de las lesiones. Aun así, se puede establecer una aproximación a dos tipos de patrones, uno de tipo cortical (afectación de grandes vasos y por tanto de la corteza cerebral), y otro subcortical (afectación de pequeño vaso y por tanto de zonas profundas de cerebro, subcorticales). El patrón cortical está muy vinculado a la zona en la que se ha producido el accidente cerebrovascular y por tanto se verá afectada la función específica del área dañada, por ejemplo, un ictus en la arteria cerebral media izquierda suele presentar de manera típica afectación del lenguaje. En cuanto al patrón subcortical, está más asociado a alteraciones en atención, FFEE y disminución en la velocidad de procesamiento (Bello y García-Casares, 2018).

Por tanto, las demencias asociadas a la enfermedad cerebrovascular son un campo muy heterogéneo, tanto etiológicamente como en sus manifestaciones clínicas, hecho que se refleja en la dificultad en alcanzar un consenso en su definición y clasificación, así como en los criterios diagnósticos. A continuación, se exponen los criterios del DSM-5 (APA, 2014) junto con los criterios específicos más recientes, los cuales surgen de los grupos de estudio internacionales para llegar a un consenso en su clasificación y diagnóstico (Skrobot et al., 2018; Skrobot et al., 2017).

En primer lugar, en cuanto a los criterios del DSM-5 (APA, 2014), tal y como se ha

mencionado anteriormente también se utiliza el término trastorno neurocognitivo mayor (demencia) o leve (deterioro cognitivo leve sin demencia), en este caso se debe poder constatar la presencia de enfermedad cerebrovascular pudiendo confirmar el diagnóstico como probable con una prueba de neuroimagen. En la Tabla 4 se presentan estos criterios diagnósticos de manera completa.

Tabla 4

Criterios diagnósticos del DSM-5 del Trastorno Neurocognitivo vascular mayor o leve

1. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
2. La sintomatología clínica es compatible con una etiología vascular como lo sugiere cualquiera de los siguientes criterios:
 - a. El inicio de los déficits cognitivos presenta una relación temporal con uno o más episodios de tipo cerebrovascular.
 - b. Las evidencias del declive son notables en la atención compleja (incluida la velocidad de procesamiento) y en la función frontal ejecutiva.
3. Existen evidencias de la presencia de una enfermedad cerebrovascular en la anamnesis, en la exploración física o en el diagnóstico por neuroimagen, consideradas suficientes para explicar los déficits neurocognitivos.
4. Los síntomas no se explican mejor con otra enfermedad cerebral o trastorno sistémico.

Se diagnostica un *trastorno neurocognitivo vascular probable* si aparece alguno de los siguientes criterios, pero en caso contrario se diagnosticará un *trastorno neurocognitivo vascular posible*:

- a. Los criterios clínicos se respaldan con evidencias de diagnóstico por neuroimagen en que aparece una lesión parenquimatosa significativa atribuida a una enfermedad cerebrovascular (respaldo de neuroimagen).
- b. El síndrome neurocognitivo presenta una relación temporal con uno o más episodios cerebrovasculares documentados.
- c. Existen evidencias de enfermedad cerebrovascular, tanto clínicas como genéticas (p. ej., arteriopatía cerebral autosómica dominante con infartos subcorticales y leucoencefalopatía).

Se diagnostica un *trastorno neurocognitivo posible* si se cumplen los criterios clínicos, pero no existe diagnóstico por neuroimagen y no se ha establecido una relación temporal entre el síndrome neurocognitivo y uno o más episodios cerebrovasculares.

Nota. De APA (2014).

A continuación, con el objetivo de tener en cuenta criterios diagnósticos específicos propuestos por la comunidad científica para el deterioro cognitivo vascular, se presentan las conclusiones del grupo de estudio internacional de consenso en la clasificación de los trastornos cognitivos vasculares (VICCCS, por su nombre en inglés *Vascular Impairment of Cognition Classification Consensus Study*), quienes en un trabajo inicial consensuaron el concepto y los tipos de demencia vascular y su etiología (Skrobot et al., 2017) y en una segunda fase del mismo

establecieron una guía diagnóstica para el deterioro cognitivo de origen vascular (VICCCS-2) (Skrobot et al., 2018). En dicha guía se establecen los siguientes pasos a seguir para el diagnóstico del deterioro cognitivo vascular:

1. En primer lugar, se debe llevar a cabo una evaluación clínica y neuropsicológica siguiendo el protocolo de la *National Institute of Neurological Disorders-Canadian Stroke Network* (NIND-CSN) donde los principales procesos cognitivos a explorar son las funciones ejecutivas, atención, memoria, lenguaje y función visoespacial (Hachinski et al., 2006).
2. El siguiente paso es determinar si se trata de deterioro cognitivo vascular leve o mayor:
 - Deterioro cognitivo vascular leve: deterioro en al menos una proceso cognitivo y conservación o leve alteración en AVD, independientemente de las secuelas motoras o sensitivas del evento vascular.
 - Deterioro cognitivo vascular mayor: deterioro clínicamente significativo de al menos un dominio cognitivo y severa disrupción en AVD, independientemente de las secuelas motoras o sensitivas del evento vascular. Los pacientes diagnosticados de deterioro cognitivo vascular mayor deberán ser categorizados según la patología subyacente:
 - Demencia post-ictus.
 - Demencia mixta.
 - Demencia vascular subcortical isquémica.
 - Demencia multiinfarto.
3. A continuación, se deberá indicar la disponibilidad de evidencia, identificando el trastorno como probable o posible. La prueba de neuroimagen “*gold-standard*” para el diagnóstico de deterioro cognitivo de origen vascular es la resonancia magnética (RM) y en su defecto tomografía computarizada (TC), siguiendo las indicaciones en cuestión

de radiodiagnóstico del NIND-CSN (Hachinski et al., 2006). Si no se dispone de RM ni TC el diagnóstico solo podrá ser posible, no probable.

4. Por último, se tendrán en consideración otras posibles causas de deterioro como abuso o dependencia de alcohol y drogas o delirium.

3.2.2.3. Demencia con Cuerpos de Lewy.

La demencia con cuerpos de Lewy (DLB) es el segundo tipo de demencia más común a causa de enfermedad neurodegenerativa, representando un 5,2% de todas las demencias (Manzano et al., 2018). Está caracterizada por la presencia de demencia y una o varias manifestaciones clínicas como alucinaciones visuales, parkinsonismo o trastorno de conducta del sueño REM, además, presentan fluctuaciones a lo largo del día, predominando el déficit de atención y visoespacial y muestran especial sensibilidad a los fármacos neurolépticos (Reñé et al., 2009; Villarejo, 2018).

En cuanto a neuropatología se refiere, la DLB está caracterizada por pérdida neuronal y por la presencia de cuerpos y neuritas de Lewy en la corteza cerebral (agregación de α -sinucleína), pero sobre todo en áreas frontales anteriores, temporales, giro cingulado e ínsula (Orad y Shiner, 2022; Rojo Sebastián et al., 2019). En ocasiones, en los pacientes con DLB también se pueden encontrar depósitos anormales de amiloide (Rojo Sebastián et al., 2019). El cerebro de la persona con DLB no sigue un patrón de deterioro específico, sino que es común encontrar atrofia cerebral difusa y en regiones frontales anteriores y laterales en ambos hemisferios, aunque este hecho presenta poca utilidad diagnóstica (Marcos, 2018).

El patrón clínico de la DLB está bastante bien definido e incluye sintomatología cognitiva, neuropsiquiátrica y física. A continuación, se describen las manifestaciones clínicas más características de esta enfermedad:

Sintomatología cognitiva.

Los déficits cognitivos más característicos de la DLB son las alteraciones atencionales, la disfunción ejecutiva y alteración en procesamiento de la información visual. Es muy característico en estos pacientes que aparezcan fluctuaciones, tanto a nivel cognitivo como del nivel de alerta, pudiendo llegar a presentar somnolencia diurna con episodios confusionales transitorios (Abdelnour Ruiz, 2021; McKeith et al., 2017). Esta fluctuación puede durar desde minutos hasta horas o días (Rojo Sebastián et al., 2019). También pueden aparecer alteraciones en memoria en fases iniciales, aunque al principio estos pacientes se benefician si se les facilita el recuerdo, aspecto diferenciador de la clásica amnesia de tipo hipocampal de la EA (Villarejo, 2018).

Sintomatología neuropsiquiátrica y conductual.

Es muy común que estos pacientes presenten alucinaciones visuales en fases iniciales de la enfermedad, las cuales son muy vívidas y normalmente representan a personas o animales (McKeith et al., 2017). Además, también es común que se presenten delirios, los cuales suelen ser de tipo paranoide y se dan en fases más avanzadas de la enfermedad. Con el curso de la enfermedad también es habitual que aparezca sintomatología ansiosa o depresiva y apatía (Villarejo, 2018).

Una manifestación muy típica es la presencia del trastorno de conducta del sueño REM. En la fase del sueño REM el cuerpo se encuentra en atonía (parálisis muscular), pero estos pacientes no llegan a adentrarse en ese estado, sufren ensoñaciones muy vívidas que pueden ser amenazantes y que pueden llevar a que la persona realice movimientos involuntarios durante el sueño e incluso a la agitación física (Rojo Sebastián et al., 2019).

Síntomas físicos.

Tal y como definen McKeith et al. (2017), uno de los principales síntomas físicos de la demencia con cuerpos de Lewy es la presencia de parkinsonismo, el cual aparece de forma simultánea o tras el inicio de los síntomas cognitivos y se suele dar con un patrón de rigidez,

bradicinesia y temblor en reposo (aunque menos frecuente que en la enfermedad de Parkinson). Para establecer el diagnóstico diferencial entre DLB y demencia por enfermedad de Parkinson se recomienda el uso de la “regla de 1 año”, la cual indica que, si los síntomas parkinsonianos ya estaban presentes un año antes de que apareciesen los síntomas cognitivos, probablemente se trate de enfermedad de Parkinson. Además, es típico también que los pacientes con DLB presenten una postura más alterada, así como alteración de la marcha e hipomimia (Abdelnour Ruiz, 2021).

Otros síntomas físicos típicos de la DLB son los síntomas disautonómicos como el estreñimiento, la incontinencia urinaria y la hipotensión ortostática además de la posible presencia de sialorrea e hiposmia, entre otros síntomas (Abdelnour Ruiz, 2021; Villarejo, 2018).

Además de toda esta sintomatología, las personas con DLB presentan sensibilidad a los fármacos neurolépticos de manera que estos provocan un agravamiento de la sintomatología parkinsoniana y alteración en el nivel de alerta (Abdelnour Ruiz, 2021).

En cuanto al diagnóstico de la DLB, este es principalmente clínico como en el resto de demencias y de manera habitual se sigue la guía de consenso más reciente, publicada por McKeith et al. (2017) en la cual, además de las características clínicas, se tienen en consideración las evidencias respecto a biomarcadores. Tal y como se verá a continuación en los criterios diagnósticos, es requisito indispensable el diagnóstico de demencia ya que a día de hoy aún no existen criterios para la identificación de fases prodrómicas (McKeith et al., 2020). Los únicos criterios diagnósticos que exponen una posible de forma leve de la enfermedad que se relaciona con el DCL a causa de DLB son los criterios diagnósticos para el TNC leve con cuerpos de Lewy del DSM-5 (APA, 2014).

En primer lugar, se exponen los criterios diagnósticos elaborados por el grupo de consenso “*The Dementia with Lewy Bodies Consortium*” (McKeith et al., 2017), en los cuales

se requiere la presencia de un diagnóstico de demencia y a continuación se especifican los criterios entre características clínicas (centrales y de apoyo) y biomarcadores (indicativos y de apoyo). En la Tabla 5 se exponen estos criterios junto con la especificación de diagnóstico probable y posible.

Tabla 5

Criterios revisados para el diagnóstico clínico de demencia con cuerpos de Lewy probable y posible

Criterio esencial	Demencia: deterioro cognitivo progresivo suficiente para interferir en la capacidad para realizar las AVD.
Características clínicas centrales	- Fluctuaciones cognitivas con variaciones pronunciadas del nivel de atención y alerta. - Alucinaciones visuales recurrentes. - Trastorno de conducta del sueño REM. - Uno o más signos característicos de parkinsonismo: bradicinesia, temblor de reposo o rigidez.
Características clínicas que apoyan el diagnóstico	- Sensibilidad a neurolépticos. - Inestabilidad postural. - Caídas de repetición. - Síncopes o episodios transitorios de alteración del nivel de conciencia. - Disfunción autonómica severa: estreñimiento, hipotensión ortostática e incontinencia urinaria. - Hipersomnia. - Hiposmia. - Alucinaciones de otras modalidades. - Delirios sistematizados. - Apatía, ansiedad y depresión.
Biomarcadores indicativos	- Reducción en la captación de transportadores activos de dopamina en los ganglios basales demostrado por SPECT o PET. - Reducción en la captación de metayodobenzilguanidina en escintigrafía miocárdica. - Polisomnografía que confirma sueño REM sin atonía.
Biomarcadores que apoyan el diagnóstico	- Relativa preservación de las estructuras del lóbulo temporal medial en TC o RM craneal. - Reducción generalizada en la perfusión medida por SPECT o metabolismo medido por PET con disminución de la actividad occipital $\pm$ signo de la isla del cingulado posterior en PET-FDG. - Actividad de onda posterior reducida en EEG con fluctuaciones periódicas en el rango pre-alfa/tetha.

Nota. De McKeith et al. (2017).

Tabla 5 (Cont.)

Criterios revisados para el diagnóstico clínico de demencia con cuerpos de Lewy probable y posible

Diagnóstico de DLB probable si:	- Presencia de dos o más características clínicas centrales, con o sin biomarcadores indicativos. - Presencia de una característica central con uno o más biomarcadores indicativos. El diagnóstico probable de DLB no debe hacerse solo con biomarcadores indicativos.
Diagnóstico de DLB posible si:	- Presencia de una característica central, sin biomarcadores indicativos. - Presencia de uno o más biomarcadores indicativos, sin características clínicas centrales.
Diagnóstico de DLB menos probable si:	- Existen otros trastornos sistémicos o cerebrales que puedan explicar la clínica de forma total o parcial. - El parkinsonismo es la única característica central y aparece en el estadio de demencia avanzada.

Nota. De McKeith et al. (2017).

En cuanto a los criterios del DSM-5 (APA, 2014) estos incluyen los mismos aspectos que los de McKeith et al. (2017), pero no incluyen las evidencias de las pruebas de neuroimagen ni la polisomnografía (Villarejo, 2018).

3.2.2.4. Demencia a causa de la degeneración lobar frontotemporal.

La degeneración lobar frontotemporal (DLFT) hace referencia a un proceso patológico en el cual se ven afectados los lóbulos frontales y/o temporales del cerebro, a consecuencia de dicha neurodegeneración se pueden presentar una serie de síndromes que se engloban bajo el término de demencia frontotemporal. Estas demencias representan un 3,9% de todas las demencias diagnósticas, siendo el tercer tipo de demencia neurodegenerativa más común (Manzano et al., 2018).

Histopatológica y genéticamente la DLFT es un grupo muy heterogéneo. En cuanto a la neuropatología se caracteriza por la presencia de inclusiones proteicas anormales en el citoplasma o en el núcleo de neuronas y células gliales. Las proteínas identificadas en estas inclusiones son principalmente tres: tau, proteína fijadora del ADN TAR 43 y la proteína fusionada en el sarcoma (Sieben et al., 2012). En cuanto a la genética, también se han identificado numerosos genes implicados, pero destacan los que codifican la proteína tau asociada a los microtúbulos, la progranulina y la expansión del cromosoma 9 (Carmona-Abellán, 2015).

Los subtipos de demencia que se incluyen bajo el término de demencia frontotemporal (DFT) son tres principalmente, se diferencian la DFT variante conductual o frontal, la afasia progresiva primaria fluente o demencia semántica y la afasia progresiva primaria no fluente (Rojo Sebastián et al., 2019). Además, la DLFT está presente en otros síndromes con afectación motora. Parkinsonismos atípicos como la parálisis supranuclear progresiva y la degeneración corticobasal muestran sintomatología típica de DFT y también en la enfermedad de la motoneurona, pudiendo declararse una DFT asociada a la esclerosis lateral amiotrófica (Sánchez del Valle, 2018). Dada la heterogeneidad de estos síndromes tanto etiológicamente como en su presentación clínica, a continuación, se describe cada uno de ellos con sus características y criterios diagnósticos.

Demencia frontotemporal variante conductual o frontal.

La demencia frontotemporal variante conductual (vcDFT) supone la forma más frecuente de las demencias asociadas a la DLFT, con una incidencia de entre un 60 y un 70% de todos los casos (Sánchez del Valle, 2018). Las principales características de la vcDFT son las alteraciones conductuales precoces con desinhibición, cambios en personalidad y de manera común la presencia de apatía, impulsividad, falta de empatía, conductas estereotipadas, pérdida de la autonomía, alteración en conducta social y en el patrón de la alimentación. En cuanto a los procesos cognitivos, suelen verse afectadas de manera precoz las funciones ejecutivas mientras las funciones visoperceptivas y la memoria se mantienen relativamente preservadas en fases iniciales, además también es habitual la alteración del lenguaje en diferente grado, llegando al mutismo en fases avanzadas (Carmona-Abellán, 2015; Rascovsky et al., 2011).

En cuanto a la patología cerebral subyacente a la vcDFT, estos pacientes pueden presentar diversos patrones como atrofia en la corteza frontal medial anterior, así como en la ínsula, cíngulo anterior y lóbulo temporal anterior, además, la neuroimagen funcional suele mostrar un hipometabolismo de la corteza frontal medial, seguido de

la frontolateral y la corteza temporal anterior, con una progresión antero-posterior (Carmona-Abellán, 2015).

Los criterios diagnósticos actuales son los elaborados por el grupo de trabajo *International Behavioural Variant FTD Criteria Consortium (FTDC)* (Rascovsky et al., 2011). En estos criterios se parte de la presencia de demencia y se establece un diagnóstico posible en base a sintomatología clínica pudiendo identificarse como probable mediante pruebas de neuroimagen y el compromiso de las AVD, tal y como se describe a continuación.

Criterios diagnósticos para la demencia frontotemporal variante conductual del FTDC (Rascovsky et al., 2011)

- I. *Enfermedad neurodegenerativa*. Necesariamente presente para el cumplimiento de los criterios de vcDFT, deterioro progresivo en conducta y/o cognición (por observación o anamnesis con informante fiable).
- II. *vcDFT posible*. Deben estar presentes 3 de los siguientes síntomas conductuales o cognitivos de manera persistente y recurrente (no como un evento simple o aislado):
 - A. Desinhibición conductual temprana (uno de los 3 debe estar presente):
 - A.1. Conducta social inapropiada.
 - A.2. Pérdida de maneras o decoro.
 - A.3. Impulsividad, acciones precipitadas o descuidadas.
 - B. Apatía o inercia temprana (uno de los dos necesariamente presente).
 - B.1. Apatía.
 - B.2. Pérdida de iniciativa.
 - C. Pérdida temprana de empatía (uno de los dos debe estar presente).
 - C.1. Respuesta disminuida hacia las necesidades y sentimientos de otras personas.
 - C.2. Disminución del interés social, la interrelación y el calor personal.

D. Conducta perseverativa, estereotipada o compulsiva/ritualista precoz (uno de los tres debe estar presente).

D.1. Movimientos repetitivos simples.

D.2. Conductas compulsivas o ritualistas complejas.

D.3. Estereotipias en el habla.

E. Hiperoralidad y cambios dietéticos (uno de los tres debe estar presente).

E.1. Cambios en las conductas alimentarias.

E.2. Atracciones, incremento del consumo de tabaco o alcohol.

E.3. Exploración oral o ingesta de objetos no comestibles.

F. Perfil neuropsicológico (todos los síntomas han de estar presentes).

F.1. Déficits en tareas ejecutivas.

F.2. Relativa preservación de la memoria episódica.

F.3. Relativa preservación de las funciones visoespaciales.

III. *vcDFT probable*. Todos los síntomas siguientes han de estar presentes:

A. Se cumplen los criterios para *vcDFT* posible.

B. Declive funcional significativo.

C. La neuroimagen es consistente con *vcDFT* (C1 y/o C2 debe estar presente):

C.1. Atrofia frontal y/o temporal anterior en RM o TC.

C.2. Hipoperfusión o hipometabolismo frontal y/o temporal anterior en PET o SPECT.

IV. *vcDFT con patología DLFT definitiva*. Criterio A y B o C deben estar presentes:

A. Se cumplen los criterios para *vcDFT* posible o probable.

B. Evidencia histopatológica de DLFT *post mortem* o por biopsia.

C. Presencia de mutación patogénica conocida.

V. *Criterios de exclusión para vcDFT*. A y B deben responderse negativamente para diagnosticar *vcDFT*, el criterio C puede ser positivo para *vcDFT* posible pero negativo para *vcDFT* probable:

- A. El perfil de déficits se explica mejor por otra alteración médica o neurológica no degenerativa.
- B. El trastorno de conducta se explica mejor por un diagnóstico psiquiátrico.
- C. Los biomarcadores son fuertemente indicativos de EA u otro proceso degenerativo.

Afasia progresiva primaria.

La afasia progresiva primaria se caracteriza por la presencia de un deterioro progresivo del lenguaje siendo esta la principal característica mientras que, en estadios iniciales, el resto de procesos cognitivos se mantienen preservados (Mesulam, 2013). Se han descrito tres variantes de la afasia progresiva primaria de manera que cada tipo presenta un perfil diferente tanto clínica como patológicamente, estas variantes son la afasia progresiva primaria agramatical o no fluente, la afasia progresiva primera fluente o demencia semántica y la afasia progresiva primaria logopénica (Gorno-Tempini et al., 2011), a continuación, se definen las características de cada una de ellas:

Afasia progresiva primaria no fluente o agramatical.

El lenguaje que presentan estos pacientes es poco fluente, presentan agramatismos, parafasias fonéticas, con alteración de la comprensión compleja y en ocasiones pueden presentar apraxia del habla o bucofacial. Las pruebas de neuroimagen evidencian una disminución del metabolismo en el lóbulo frontal izquierdo e ínsula, alrededor del área de Broca y en los casos que presentan apraxia del habla de manera predominante la alteración es prominente en áreas premotoras y en el área motora suplementaria (Gorno-Tempini et al., 2011; Matías-Guiu, 2018). Respecto a las alteraciones histopatológicas observadas más comúnmente en la afasia progresiva primaria no fluente, es asociada a tau y en menor medida a TDP-43 (Harris y Jones, 2014).

Afasia progresiva primaria fluente o Demencia semántica.

Se caracteriza por la pérdida progresiva del significado de las palabras, el lenguaje es fluente y correcto, pero con una importante alteración en denominación y comprensión de las

palabras. La neuroimagen funcional en estos casos muestra alteración en el lóbulo temporal anterior izquierdo (Gorno-Tempini et al., 2011; Matías-Guiu, 2018). Histopatológicamente, se asocian a alteraciones en TDP- 43 (Matías-Guiu, 2018).

Afasia progresiva primaria logopénica.

En este caso la anomia es muy marcada, su lenguaje es pausado (a causa de la búsqueda de palabras) y la fluencia está reducida, además presentan dificultad en la repetición de frases. Las pruebas de neuroimagen en estos casos muestran un patrón de alteración en regiones tempoparietales izquierdas (Gorno-Tempini et al., 2011; Matías-Guiu, 2018). Esta variante está asociada histopatológicamente tanto a la EA como a la DLFT, encontrando información incongruente a lo largo de la literatura al respecto, motivo por el cual pese a no ser identificada como una entidad propia de la DLFT se ha descrito en este apartado junto con el resto de afasias progresivas primarias.

Por último, en cuanto a criterios diagnósticos se refiere, los más recientes son los planteados por Gorno-Tempini et al. (2011) donde en primera instancia se plantea el diagnóstico de afasia progresiva primaria en base a los criterios propuestos por Mesulam (2001) para posteriormente establecer la variante específica. Existe controversia respecto a estos criterios clínicos específicos para determinar la variante ya que se encuentran solapamientos entre ellas, especialmente entre la logopénica y la no fluente, de manera que además se propone apoyar estos diagnósticos con pruebas de neuroimagen donde se evidencie la alteración cerebral anteriormente descrita y aportar evidencia histopatológica y genética (Gorno-Tempini et al., 2011; Matías-Guiu, 2018).

Para establecer un diagnóstico de afasia progresiva primaria según los criterios de Gorno-Tempini et al. (2011) y Mesulam (2001) deben estar presentes los siguientes tres criterios:

1. La alteración del lenguaje es la característica clínica más predominante.
2. El déficit del lenguaje es la principal causa de afectación de las AVD.
3. La afasia debe ser el déficit predominante al inicio y durante las fases iniciales de la enfermedad.

Y, además, no deben estar presentes ninguno de los siguientes criterios:

1. El patrón de los déficits se justifica mejor por una causa no degenerativa o un trastorno médico.
2. Las alteraciones cognitivas se explican mejor por un diagnóstico psiquiátrico.
3. Hay afectación inicial predominante de memoria episódica, memoria visual o alteración visoperceptiva.
4. Hay una alteración conductual inicial predominante.

Tras la confirmación del diagnóstico de afasia progresiva primaria el siguiente paso es establecer la variante, en base a los criterios que se muestran a continuación en la Tabla 6.

Tabla 6

Criterios de diagnóstico clínico de las 3 variantes de afasia progresiva primaria

Afasia progresiva primaria no fluente	Demencia semántica	Afasia progresiva primera logopénica
Al menos uno presente: 1. Agramatismo. 2. Habla dificultosa, vacilante, con errores inconsistentes y distorsiones (apraxia del habla).	Al menos uno presente: 1. Denominación por confrontación alterada. 2. Comprensión de palabras alterada.	Los dos deben estar presentes: 1. Alteración en la recuperación de palabras en el habla en la nominación. 2. Repetición de frases alterada.
Al menos dos de los 3 deben estar presentes: 1. Comprensión alterada en frases complejas. 2. Comprensión de palabras conservada. 3. Conocimiento de objetos preservado.	Al menos 3 de los siguientes deben estar presentes: 1. Conocimiento de los objetos alterado. 2. Disgrafía o dislexia superficial. 3. Repetición preservada. 4. Producción del habla conservada.	Al menos 3 de los siguientes deben estar presentes: 1. Errores fonológicos en el habla espontánea y en la nominación. 2. Comprensión de palabras aisladas y del conocimiento de los objetos respetada. 3. Aspectos motores del habla conservados. 4. Ausencia de agramatismo.

Nota. De Gorno-Tempini et al. (2011).

Parálisis supranuclear progresiva.

La parálisis supranuclear progresiva (PSP) es el parkinsonismo atípico más común (Dobato, 2018b), en el cual se presenta de manera temprana alteración postural con parálisis supranuclear de la mirada vertical, disfagia y disartria pseudobulbares, síndrome rígido-acinético y alteraciones cognitivas frontales. A nivel neuropatológico se caracteriza por la presencia de pérdida neuronal, gliosis y ovillos neurofibrilares formados por agregados de tau e inclusiones oligodendrogiales, afectando principalmente a los ganglios basales (GGBB) y el troncoencéfalo lo que lleva a que las pruebas de neuroimagen tanto estructural como funcional muestren alteración en GGBB, corteza prefrontal y troncoencéfalo (Carmona-Abellán et al., 2015).

El patrón de alteración cognitiva de la PSP es el típico de una demencia subcortical, muestran enlentecimiento en el procesamiento de la información y síndrome disejecutivo, especialmente en planificación, abstracción, razonamiento y mantenimiento de la atención. Además, también pueden mostrar alteración en tareas visoespaciales y alteración leve en memoria, la cual mejora aportando facilitadores. Por lo que respecta al lenguaje, es característico que se expresen con frases cortas o palabras, muestran alteración en fluencia verbal y apraxia del habla (Carmona-Abellán et al., 2015). Respecto a las alteraciones conductuales, es común que muestren apatía y depresión, así como el síndrome obsesivo-compulsivo (Dobato, 2018b).

En cuanto a los criterios diagnósticos, los últimos publicados han sido los *Clinical Diagnosis of Progressive Supranuclear Palsy: The Movement Disorder Society Criteria* (Höglinger et al., 2017), en los cuales se determinan tres tipos de criterios en los que, en primer lugar, se determina la inclusión o exclusión para en el siguiente paso indicar el grado de certeza del diagnóstico en base a la alteración en la motilidad ocular, la inestabilidad de la postura, la acinesia y la alteración cognitiva y, por último, indicar la presencia del cumplimiento o no de los criterios de soporte basados en síntomas clínicos y hallazgos en neuroimagen.

Degeneración corticobasal.

El síndrome corticobasal (SCB) es una entidad muy heterogénea tanto clínica como patológicamente, hecho que dificulta su diagnóstico inicial y el desarrollo de estudios relacionados. A lo largo de la literatura se han descrito numerosos síntomas motores como cuadro extrapiramidal de predominio rígido acinético y disfunción cortical tanto simétrica como asimétrica además de sintomatología cognitiva y conductual. Respecto a los aspectos histopatológicos se ha descrito la presencia de acromasia neuronal con neuronas balonizadas, pero también pueden presentar otras características histológicas como la propia de la EA, TDP-43 o cuerpos de Lewy entre otras. En cuanto a las alteraciones morfológicas observables mediante neuroimagen estructural, es posible observar a nivel cortical atrofia asimétrica frontoparietal y a nivel subcortical afectación en los GGBB (Dobato, 2018a).

Las alteraciones cognitivas y conductuales son frecuentes en las personas con SCB, pudiendo mostrar una sintomatología similar a la vcDFT (Carmona-Abellán et al., 2015). Se ha descrito la presencia de depresión, apatía, desinhibición, irritabilidad y ansiedad (Litvan et al., 1998) y cognitivamente presentan alteración en FFEE, apraxia visoconstructiva (déficit visoespacial), dificultades en denominar y en la expresión del lenguaje oral y en memoria, aunque esta última está menos afectada (Carmona-Abellán et al., 2015).

Por último, en cuanto a los criterios diagnósticos del SCB, Armstrong et al. (2013) elaboraron dos propuestas de criterios diagnósticos, una para el ámbito de investigación con una mayor especificidad y otra para el ámbito clínico donde cualquier etiología histopatológica pudiese estar contemplada (Dobato, 2018a). En estos criterios se parte de un diagnóstico posible o probable a partir de la alteración motora (rigidez o acinesia de extremidades, distonía de extremidades, mioclonos de extremidades, apraxia orobucal o de extremidades, déficit cortical sensorial y mano ajena) y es la presencia de los síntomas cognitivos y conductuales (disfunción ejecutiva, déficit visoespacial y/o cambios conductuales o de personalidad) los que permiten

establecer un diagnóstico diferencial respecto a afasia progresiva primaria no fluente y PSP (Armstrong et al., 2013).

Tras revisar los diferentes tipos de demencia asociados a la DLFT y sus características y criterios diagnósticos cabe hacer una breve mención a los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2014) para el Trastorno neurocognitivo frontotemporal mayor o leve. Tal y como se ha visto los síndromes asociados a la DLFT son muy variados en sintomatología, tanto cognitiva como conductual y motora, los criterios del DSM-5 se centran en aspectos conductuales y cognitivos, especialmente del lenguaje, por lo que servirían como un paso previo para determinar si se trata de una demencia frontotemporal en general, sin especificar más allá de qué síndrome exactamente se trata ya que no se especifica de ninguna manera.

3.2.3. Diagnóstico diferencial de la demencia

Llegados a este punto y dada la variedad de posibles diagnósticos etiológicos de demencia, resulta conveniente ofrecer una visión global y resumida de los tipos de demencia más comunes y sus rasgos más característicos. Tal y como se ha comentado previamente resulta fundamental realizar una correcta anamnesis, una exploración neuropsicológica completa, así como una exploración física y las pruebas diagnósticas complementarias pertinentes en cada caso.

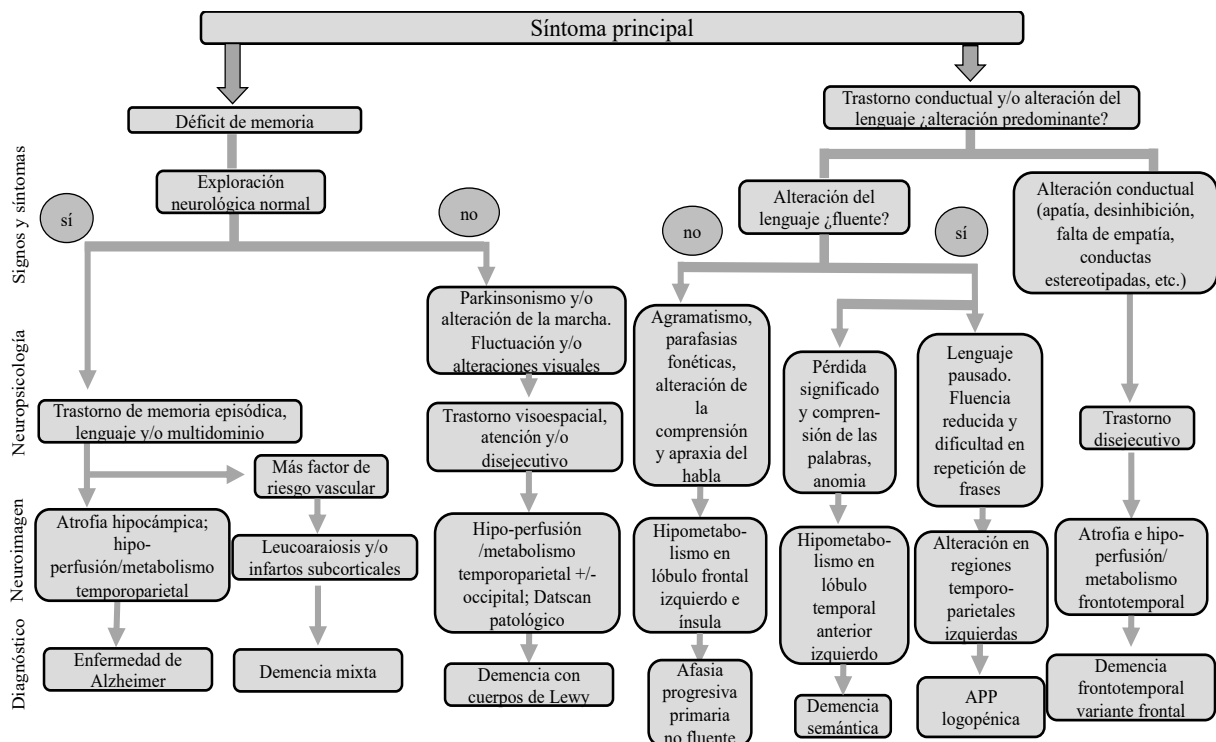
La sospecha de demencia siempre parte de una queja, la cual puede ser de tipo cognitivo o conductual, este primer síntoma ofrece la orientación hacia un diagnóstico u otro. En el caso de las demencias neurodegenerativas, en la demencia a causa de la enfermedad de Alzheimer el principal síntoma es el déficit de memoria, pudiendo aparecer también alteración temprana en el lenguaje; en el caso de la degeneración lobar frontotemporal los síntomas iniciales se basan en alteraciones conductuales y/o del lenguaje; respecto a la demencia con cuerpos de Lewy, además de síndrome disejecutivo y déficit en atención y en función visoespacial aparecen signos parkinsonianos. Otro aspecto a considerar al inicio del proceso diagnóstico es la

presencia de factores de riesgo vascular ya que también son claves a la hora de determinar la patología específica ya que puede que se trate de una demencia secundaria (demencia vascular) o con componente mixto. Por tanto, estos aspectos junto con otros signos y síntomas que se especifican a lo largo de la anamnesis y las pruebas diagnósticas de neuroimagen permiten establecer un diagnóstico del tipo de demencia en base a estas características específicas.

En la Figura 4, se presenta una propuesta de diagrama de flujo de diagnóstico diferencial de las demencias degenerativas primarias donde se tienen en consideración el primer síntoma detectado, la sintomatología neuropsicológica, síntomas y signos detectados en anamnesis o exploración física y las evidencias en neuroimagen, tanto estructural como funcional.

Figura 4

Diagrama de flujo de diagnóstico diferencial de las demencias degenerativas primarias



Nota. De elaboración propia.

En este diagrama de flujo, dada la heterogeneidad del deterioro cognitivo de origen vascular no se ha incluido en la figura, haciendo únicamente referencia a la demencia mixta (patología vascular en presencia de enfermedad neurodegenerativa).

Así pues, por último, en cuanto a la demencia vascular, resulta clave a la hora de realizar un diagnóstico la presencia de pruebas de neuroimagen con las que se confirma la presencia de la patología cerebrovascular subyacente, y dependiendo de sus características y ubicación se dará una sintomatología específica. Pero, de manera paralela a esta información, se pueden determinar algunas características propias de cada subtipo como es que la demencia post-ictus y la demencia vascular cortical son de inicio agudo, teniendo esta última una evolución escalonada, mientras que la demencia vascular subcortical es de inicio insidioso y de curso lento y progresivo.

Por tanto, cada tipo de demencia presenta unas características cognitivas, físicas y conductuales pero pese a que están bien definidas es muy complicado encontrar en la práctica clínica diaria un diagnóstico concreto, es habitual encontrar diagnósticos inespecíficos como “demencia” sin especificar su etiología o encontrar numerosos cambios en el diagnóstico a lo largo de la evolución, lo que conlleva a una gran desinformación por parte de la familia y a una falta de búsqueda de recursos y tratamientos específicos. Este hecho lleva a reivindicar la importancia de la información y el valor de los tratamientos no farmacológicos específicos para las personas con demencia, sea de la etiología que sea, ya que una intervención específica estará centrada en las necesidades de la persona afectada, tal y como se verá en el siguiente capítulo.

3.2.4 Factores de riesgo de demencia

Tal y como se ha visto en puntos anteriores la demencia es un síndrome multietiológico causado por una disfunción cerebral que puede ser focal, multifocal o difusa, considerando las tres grandes categorías etiológicas comentadas previamente: demencias degenerativas

primarias, secundarias o mixtas (Baquero Toledo et al., 2009). Además de esta importante base cerebral se deben tener en cuenta una serie de factores de riesgo que pueden promover la aparición de la sintomatología. El estudio de los factores de riesgo de padecer deterioro cognitivo suscita un gran interés en el ámbito científico ya que abre posibles vías de intervención para prevenir su aparición puesto que muchos de ellos son claramente modificables ya que no solamente la edad avanzada y la presencia de ciertos factores genéticos están implicados en el riesgo de su aparición (Casado y Calatayud, 2009). A continuación, se exponen los factores de riesgo y aspectos preventivos más estudiados:

Factores de riesgo cardiovascular.

La presencia de hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo cardiovascular que mayor evidencia científica presenta en relación a la aparición de deterioro cognitivo y demencia, especialmente cuando esta se da de manera persistente en la edad media de la vida y se mantiene en edades avanzadas (McGrath et al., 2017).

Diabetes.

La presencia de diabetes tipo 2 se ha asociado a un mayor riesgo de cualquier tipo de demencia, pero la evidencia científica no muestra datos suficientes que así lo confirmen (Livingston et al., 2020). En algunos estudios se pudo observar como la severidad y la duración de la diabetes suponía un mayor riesgo de deterioro cognitivo (Chatterjee et al., 2016) pero la última revisión Cochrane al respecto no puede confirmar este hecho, así como la influencia que la medicación antidiabética pueda tener como factor protector ante la aparición de demencia (Areosa Sastre et al., 2017). En definitiva, pese a que no se confirma científicamente una relación directa entre diabetes y deterioro cognitivo, es un factor importante a considerar dadas las implicaciones que puede tener en la salud de las personas mayores en general.

Tabaquismo y consumo de alcohol.

En la revisión realizada por Livingston et al. (2020) exponen como el consumo excesivo de alcohol supone un factor de riesgo de demencia, especialmente en las demencias de aparición temprana (anterior a los 65 años). El riesgo de demencia y consumo de alcohol está relacionado con la cantidad de ingesta del mismo, presentando un mayor riesgo a mayor cantidad de alcohol consumido (Sabia et al., 2018).

En cuanto al tabaquismo, también los fumadores presentan un mayor riesgo de demencia (Livingston et al., 2020) y dejar de fumar supone un factor protector ante la aparición de la misma, aunque sea a edad avanzada (Choi et al., 2018).

Educación y actividad intelectual.

En apartados anteriores se hizo referencia a la importancia de la reserva cognitiva en el proceso de envejecimiento, cabe retomar este concepto que alude a la capacidad del cerebro para maximizar su rendimiento cognitivo ante una determinada patología cerebral evitando que aparezca sintomatología cognitiva (Stern, 2002), siendo uno de sus principales factores predisponentes la formación académica y la actividad intelectual (Richards y Sacker, 2003).

Diversos estudios han mostrado que una menor reserva cognitiva implica que la demencia aparezca de manera más temprana (Livingston et al., 2020) y por tanto promover acciones que aumenten la reserva cognitiva resulta un aspecto importante a considerar en cuanto a las intervenciones a realizar a modo de prevención de la demencia.

Actividad física.

La actividad física es un factor que ha demostrado tener efectos beneficiosos sobre la salud de las personas mayores en general tanto como factor preventivo y revirtiente de la presencia de fragilidad como factor influyente en la mejora del estado de ánimo y de las redes sociales (Livingston et al., 2020; Tarazona-Santabalbina et al., 2016). Se ha observado como la realización de ejercicio físico de alta intensidad, especialmente si se incluyen ejercicios

aeróbicos, puede suponer un factor protector frente a la aparición de deterioro cognitivo y el riesgo demencia (Venegas-Sanabria et al., 2022). Por lo tanto, resulta importante incluir actividad física en el día a día de las personas mayores, a poder ser que incluyan ejercicios físicos aeróbicos y otros componentes como la fuerza, flexibilidad, resistencia o equilibrio (Venegas-Sanabria et al., 2022).

En definitiva, pese a que algunos de estos factores carecen de evidencia científica firme es importante considerar que aspectos como la actividad intelectual y la actividad física tienen efectos positivos sobre la cognición, así como llevar a cabo un estilo de vida saludable y cuidar factores de riesgo que, aunque no se puedan asociar de manera directa sí que repercuten de manera clara sobre la salud de la persona en general, así pues, resulta importante llevar a cabo planes en los que se promocionen y se faciliten estas acciones.

4. Resumen

En este capítulo se realiza una revisión global desde el envejecimiento normal hasta la demencia. Partiendo de la definición de envejecimiento y de la situación demográfica actual se exponen las bases neurocientíficas del envejecimiento cerebral normal y se revisa la evolución histórica del concepto de envejecimiento saludable como entidad opuesta al envejecimiento patológico, población sobre la que se fundamenta el presente trabajo. A continuación se ha definido el concepto de deterioro cognitivo leve, sus subtipos y criterios diagnósticos para continuar con el campo de las demencias, explorando su conceptualización, clasificación y criterios diagnósticos, haciendo especial referencia a las más comunes, como son la demencia a causa de la enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular, la demencia con cuerpos de Lewy y las demencias asociadas a la degeneración lobar frontotemporal, exponiendo su etiología, subtipos (si procede), patrón neuropsicológico y criterios diagnósticos. Tras esta revisión se ha hecho hincapié en el diagnóstico diferencial revisando e insistiendo en las principales

características de cada tipo de demencia. Por último, se han considerado los factores de riesgo de demencia más ampliamente estudiados con ánimo de poder esclarecer qué intervenciones preventivas resultan útiles de cara a prevenir el deterioro cognitivo y la demencia.

CAPÍTULO 2
TERAPIAS NO
FARMACOLÓGICAS EN LAS
DEMENCIAS

1. Introducción

Tal y como se ha visto en el punto anterior, la demencia es una de las principales causas de pérdida de autonomía en las personas mayores y por tanto genera un gran impacto tanto en el entorno familiar afectado como en la sociedad en general. En este sentido, se abren numerosos frentes en una familia afectada por cualquier tipo de demencia:

1. El afrontamiento del diagnóstico de una enfermedad irreversible y neurodegenerativa con la carga emocional que ello supone.
2. El cuidado de una persona con demencia el cual resulta un reto diario ya que hacer frente a la sintomatología cognitiva, psicológica y conductual no es tarea fácil para las familias y en muchos casos desemboca en un elevado nivel de sobrecarga en la persona cuidadora.
3. Las consecuencias económicas y sociales que comporta, con la pérdida o reducción de la jornada laboral de la persona cuidadora principal y los gastos derivados del cuidado

(gastos sanitarios, profesionales, ayudas técnicas, etc.).

Así pues, las demencias suponen un reto para la sociedad actual y resulta un aspecto fundamental llevar a cabo acciones para el fomento de la autonomía de las personas que la padecen, intentando enlentecer el curso progresivo de la enfermedad, intervenir sobre la diversa sintomatología y mejorar así su calidad de vida y la de sus familias, repercutiendo de manera directa en aspectos emocionales, económicos y sociales.

De manera general las intervenciones orientadas al tratamiento de las personas con demencia son de dos tipos, farmacológicas y no farmacológicas. En cuanto al tratamiento farmacológico existen diversos fármacos destinados a controlar la evolución de la enfermedad, pero actualmente no existe ningún tratamiento que evite su progresión y no todos resultan efectivos en los pacientes e incluso pueden provocar graves efectos adversos (van de Glind et al., 2013), hecho que ha propiciado el desarrollo de numerosas estrategias no farmacológicas (Sopina y Sørensen, 2018). En cuanto a los tratamientos farmacológicos se refiere, en primer lugar, los inhibidores de la colinesterasa se utilizan desde estadios iniciales de la enfermedad hasta fases más moderadas, estos son el donepezilo, la rivastigmina y la galantamina. En fases más moderadas o severas se recomienda el uso de la memantina, un antagonista del receptor NMDA, la cual puede ser administrada de manera combinada con el donepezilo (Arvanitakis et al, 2019). Estos fármacos están orientados al control de la sintomatología cognitiva pero también pueden resultar útiles para el tratamiento de la sintomatología psicológica y conductual, aunque cuando esta aparece el tratamiento farmacológico se suele completar con antidepresivos, neurolépticos y/o benzodiacepinas, dependiendo del caso (Olazarán-Rodríguez et al., 2012; van de Glind et al., 2013).

Por tanto, tal y como se ha indicado anteriormente, de manera paralela a los tratamientos farmacológicos existen numerosas terapias e intervenciones denominadas comúnmente terapias no farmacológicas (TNF) las cuales, a través de diversos tipos de actividades, han demostrado

utilidad para mantener o mejorar aspectos como la cognición y la funcionalidad, así como controlar la sintomatología psicológica y conductual (Meyer y O'Keefe, 2020). En este capítulo se revisan los diferentes tipos de TNF y su utilidad en el tratamiento de personas con demencia.

2. Concepto, clasificación y tipos de terapias no farmacológicas en las demencias

Las intervenciones no farmacológicas son aquellas acciones realizadas con el objetivo de intervenir en algún aspecto concreto de la persona con demencia con el ánimo de mejorar su bienestar y de manera general abarcan desde programas específicos de intervención llevados a cabo por profesionales con unos objetivos concretos (por ej., un programa de intervención basado en la estimulación sensorial) hasta las intervenciones continuadas que se pueden realizar en el contexto familiar (por ej., el uso de carteles y señales para facilitar la orientación en el domicilio).

A lo largo de la última década se han publicado numerosos estudios en los que se valora la efectividad de diferentes TNF de manera que esto ha propiciado la realización de revisiones sistemáticas sobre la evidencia descrita por estos, aportando valiosos datos específicos sobre qué aspectos resultan más beneficiosos para intervenir en personas con demencia, pero también dejando constancia de que se trata de estudios muy heterogéneos y que dado que suelen presentar grandes limitaciones metodológicas, los resultados no suelen ser muy robustos, de manera que resulta un hecho común que todos los autores indiquen de la necesidad de llevar a cabo un mayor número de investigaciones al respecto (Dyer et al., 2018). Aun así, las terapias no farmacológicas pueden mejorar la calidad de vida de las personas con demencia y sus familiares y de entre las más habituales se encuentran la estimulación cognitiva, la terapia de reminiscencia y el ejercicio físico, entre otras (Olazarán et al., 2010).

De manera habitual las intervenciones no farmacológicas se llevan a cabo con el objetivo de intervenir en aspectos como la cognición, la funcionalidad, el estado de ánimo y la sintomatología psicológica y conductual. Recientemente, en una revisión de revisiones realizada por Meyer y O’Keefe (2020) categorizan las intervenciones no farmacológicas de acuerdo con sus objetivos terapéuticos siguiendo las directrices del *National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2016)* de Reino Unido y de la *Alzheimer Society Ontario* de Canadá (2017), por tanto, las diferentes TNF quedarían organizadas en tres grandes grupos tal y como se indica:

1. Intervenciones para el mantenimiento o mejora de la capacidad funcional en cuanto a aspectos cognitivos, físicos y funcionales.
2. Intervenciones para la reducción de alteraciones conductuales.
3. Intervenciones para la reducción de alteraciones emocionales comórbidas, especialmente ansiedad y depresión.

Por tanto, estos tres grupos permiten por un lado organizar la numerosa variedad de TNF existentes en la práctica clínica, determinando así sus objetivos generales de intervención. Tal y como se muestra en la Tabla 7, partiendo de los resultados obtenidos por Meyer y O’Keefe (2020), se evidencia que una misma TNF puede pertenecer a dos grupos de manera simultánea o incluso a los tres, ya que estos objetivos y por tanto estos grupos no son excluyentes y se ha podido demostrar como algunas de las TNF más utilizadas muestran resultados positivos en las tres esferas. Por otro lado, cabe hacer mención a la gran variedad de TNF existentes en la práctica clínica y que son estudiadas en la literatura científica y aunque algunas son muy específicas también es común encontrar su aplicación de manera combinada. Tras la Tabla 7, se describen las terapias que cuentan con un uso más extendido y sobre las que mayor evidencia científica se ha reportado, haciendo referencia a su modo de aplicación y utilidad descrita.

Tabla 7

Clasificación de las principales Terapias No Farmacológicas

Terapia no Farmacológica	Intervenciones para el mantenimiento de la funcionalidad	Intervenciones para reducir alteraciones conductuales	Intervenciones para reducir alteraciones emocionales
Estimulación cognitiva	✓	✓	✓
Terapia de reminiscencia	✓		✓
Ejercicio físico	✓	✓	✓
Musicoterapia	✓	✓	✓
Estimulación sensorial		✓	✓
Horticultura y jardinería		✓	✓
Arteterapia		✓	✓
Terapia lumínica	✓		
Intervenciones psicológicas			✓
Intervenciones conductuales		✓	
Terapia de presencia simulada		✓	
Terapia con animales* y Roboterapia*		✓	✓
Intervenciones multimodales*	✓		

Nota. De elaboración propia, adaptado de Meyer y O'Keefe (2020).

✓ uso principal, con elevada evidencia.

✓ uso con menor evidencia.

*Terapias no incluidas en el trabajo de Meyer y O'Keefe (2020).

2.1. Terapias no farmacológicas para la reducción de alteraciones conductuales

Los síntomas psicológicos y conductuales de las demencias (SPCD) incluyen un grupo de síntomas como la agitación, alteraciones del sueño, hiperactividad y apatía que afectan a un 80% de las personas con demencia en un momento u otro de la enfermedad (Spector et al., 2013). Los SPCD además de incluir la sintomatología psicológica típica de las demencias (apatía, delirios, etc.) también incluyen síntomas conductuales que se dan en respuesta a las necesidades de la persona afectada y estos repercuten de manera clara en la calidad de vida de la persona con demencia y su familia llevando a que sean la principal causa de institucionalización. Las TNF orientadas a la persona afectada y a la persona que cuida son la

principal herramienta para intentar paliar esta sintomatología, intentando tener en consideración la globalidad de la persona y sus necesidades antes de promover el uso de restricciones físicas o tratamientos farmacológicos (Legere et al., 2018).

Así pues, las terapias centradas en controlar los SPCD resultan un campo de intervención fundamental en el ámbito de las demencias ya que el manejo de estos síntomas tiene una repercusión clara sobre la calidad de vida de la persona afectada y de su familia. En referencia a los resultados obtenidos en la revisión de revisiones de Meyer y O’Keefe (2020), identificaron que la musicoterapia, la estimulación sensorial, la terapia lumínica y la terapia de presencia simulada eran las principales TNF utilizadas para controlar los SPCD y que mayor evidencia empírica presentaban. A continuación, se describen estas terapias, su modo de aplicación y su evidencia científica junto con otras intervenciones como la horticultura, la terapia con animales y terapias conductuales como la adaptación del entorno, que también han mostrado tener un papel importante en la intervención sobre la sintomatología psicológica y conductual de las demencias.

2.1.1. Musicoterapia

La música es un estímulo multimodal que transmite información visual, auditiva y motora, su procesamiento implica numerosas regiones cerebrales y las actividades en las se incluye el uso de elementos musicales propician tanto respuestas cognitivas, motoras como emocionales (Soria-Urios et al., 2011). La musicoterapia es definida por la *World Federation of Music Therapy* (2011) como

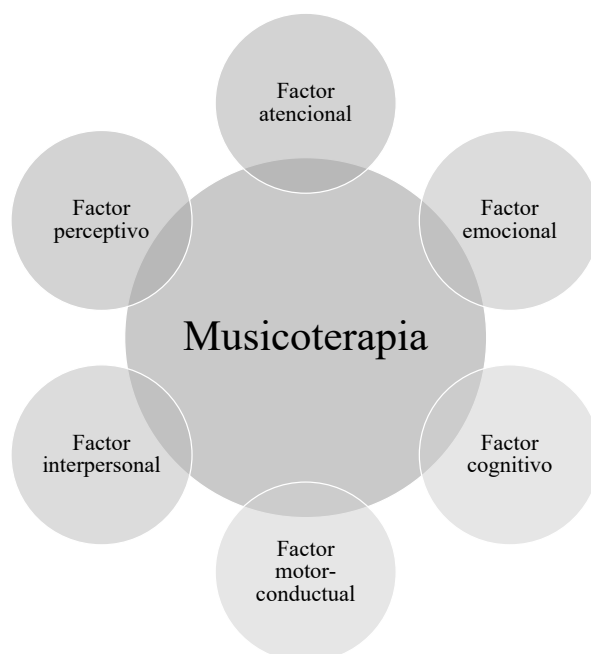
el uso profesional de la música y sus elementos como intervención en entornos médicos, educativos y cotidianos, pudiendo ser aplicada a personas, grupos, familias o comunidades con el objetivo de optimizar su calidad de vida y mejorar su salud y bienestar físico, social, comunicativo, emocional, intelectual y espiritual. La

investigación, la práctica, la educación y la formación clínica en musicoterapia se basan en estándares profesionales de acuerdo con los contextos culturales, sociales y políticos.

La música por tanto es una herramienta con la que se puede intervenir sobre aspectos emocionales, cognitivos, físicos y sociales. En el caso de las personas con demencia su uso está ampliamente extendido, ya sea mediante la inclusión de elementos musicales en diferentes actividades o mediante la realización de musicoterapia propiamente dicha. Hillecke et al. (2005) describieron 5 factores específicos a través de los cuales las intervenciones basadas en la música pueden ser efectivas tal y como se observa en la Figura 5. Estos factores implican aspectos atencionales, emocionales, cognitivos, motores e interpersonales, al cual se le añade el factor perceptivo descrito por Koelsch (2009).

Figura 5

Factores influyentes en la efectividad de la musicoterapia



Nota. De elaboración propia.

Así pues, el factor atencional hace referencia a que la música supone un estímulo potente a través del cual captar la atención, el factor emocional implica el hecho de que la música es capaz de proporcionar respuestas emocionales y modularlas y el factor cognitivo se refiere a que el procesamiento de la música implica diversos procesos cognitivos como la memoria y el procesamiento perceptivo. El factor motor-conductual se refiere a que la música provoca movimiento incluso de manera inconsciente y el factor interpersonal al hecho de que la música es comunicación y por tanto puede estar implicada en la comunicación no verbal. Por último, en cuanto al factor perceptivo, la música es un potente estímulo, principalmente auditivo, a través del cual se producen la mayor parte de las intervenciones musicoterapéuticas. Todos estos factores evidencian la riqueza de la música y su uso terapéutico, lo que se refleja en su extendido uso en numerosas condiciones patológicas y con diversos objetivos.

En el caso de las intervenciones musicoterapéuticas para personas con demencia, los principales objetivos terapéuticos son reducir los SPCD, enlentecer el deterioro cognitivo, promover las relaciones sociales y mejorar los trastornos del estado de ánimo que puedan estar presentes de manera comórbida, dichos objetivos se consiguen en menor o mayor medida según ha podido reportar la evidencia científica publicada al respecto tal y como se verá a continuación. Las intervenciones basadas en la música para personas con demencia o deterioro cognitivo se pueden clasificar en dos tipos, musicoterapia pasiva (o receptiva) y musicoterapia activa, aunque en numerosas ocasiones se presentan de manera combinada (Guetin et al., 2013). La musicoterapia pasiva consiste de manera básica en escuchar música, ya sea reproducida o tocada en directo por el musicoterapeuta y la musicoterapia activa implica que las personas participantes están directamente implicadas al tocar instrumentos, cantar, realizar movimientos o bailar.

En la última revisión Cochrane realizada sobre musicoterapia (van der Steen et al., 2018) pudieron confirmar que había mejoría en síntomas depresivos y en sintomatología conductual

en general pero no en la agresividad y la agitación, también indicaron que había evidencia de su utilidad para mejorar el bienestar emocional en general, incluyendo calidad de vida, ansiedad y relaciones sociales pero en menor medida, por el contrario, no encontraron resultados significativos que indicasen que la musicoterapia influía en la mejora o mantenimiento de la cognición. Estos resultados son similares a los obtenidos en una revisión sistemática reciente, pero en la cual se incluyeron personas con deterioro cognitivo sin llegar a presentar un cuadro de demencia (Jordan et al., 2022). En dicha revisión se tuvo en cuenta la metodología usada en cada estudio y analizaron los resultados de manera concreta según se tratase de musicoterapia activa o musicoterapia pasiva, ya que tal y como indican los autores, se trata de procesos cognitivos y con implicaciones neuroanatómicas totalmente diferentes. En esta revisión encontraron que la musicoterapia activa, el hecho de “hacer música”, suponía una mejora en el rendimiento cognitivo global y en funciones ejecutivas además de mejorar el estado de ánimo en general. Por otro lado, el “escuchar música” o la musicoterapia pasiva podía mejorar la memoria de reconocimiento y los síntomas depresivos. En esta revisión, Jordan et al. (2022) no pudieron exponer conclusiones respecto a los SPCD ya que los estudios incluidos llevaron a cabo una evaluación adecuada la sintomatología. Estos resultados positivos en cuanto a cognición coinciden con los recientemente expuestos por Ito et al. (2022), quienes en su revisión sistemática indican que efectivamente la musicoterapia es capaz de mejorar la cognición en general y de manera concreta las funciones ejecutivas y la memoria episódica, tanto en personas con deterioro cognitivo leve como con demencia. Por último, y como aspecto importante a tener en cuenta en el ámbito clínico, todos los estudios indicaron que los resultados obtenidos se daban de manera inmediata pero su efecto no se mantenía en el seguimiento, lo que lleva a tener en consideración el hecho de realizar las intervenciones basadas en la musicoterapia de manera prolongada en el tiempo.

2.1.2. Estimulación sensorial

Las personas con demencia en fase avanzada presentan un mayor grado de deterioro cognitivo que hace que resulte complicado su participación en las actividades de intervención clásicas ya que estas implican una serie de demandas cognitivas y de comunicación. Además, en estas fases avanzadas aparece con mayor asiduidad sintomatología conductual en respuesta a la dificultad para adaptarse al entorno ya sea por un exceso o por un déficit de estimulación (Chung y Lai, 2002).

La estimulación sensorial surge ante esta necesidad de proveer estímulos sensoriales básicos a las personas en fases avanzadas para principalmente reducir los SPCD y promover la comunicación y un estado de ánimo positivo (Chung y Lai, 2002). Estas intervenciones sensoriales pueden llevarse a cabo a través de varios sentidos de manera simultánea (multisensoriales o *snoezelen*) o interviniendo sobre un único sentido (como, por ejemplo, la aromaterapia).

La estimulación multisensorial o *snoezelen* es una técnica relativamente reciente basada en el uso de diferentes estímulos que han de resultar agradables para la persona que los percibe y normalmente se lleva a cabo en una sala destinada a ello equipada con diferentes elementos para estimular los sentidos como pueden ser columnas de burbujas, cables de fibra óptica, sofás vibratorios, paneles de texturas o difusores de aroma entre muchos otros (Sánchez et al., 2012). La aplicación de este tipo de intervenciones es muy variada ya que puede darse de manera estructurada a través de la presentación de estímulos o animando a que sea la persona directamente quien explore los diferentes estímulos según sus preferencias. En cuanto a su efectividad en el tratamiento de personas con demencia, Chung y Lai (2002) llevaron a cabo una revisión Cochrane en la que no consiguieron encontrar evidencias en cuanto a su efecto en el control de alteraciones conductuales, estado de ánimo y comunicación, pero una revisión

sistemática más reciente (Sánchez et al., 2012) sí que se confirma su efectividad en cuanto al control de alteraciones conductuales y del estado de ánimo al menos a corto plazo, pero no pudieron constatar efectos positivos sobre la interacción social, comunicación y cognición.

2.1.3. Terapia lumínica

Con el envejecimiento normal se producen una serie de cambios en el ritmo circadiano que afectan al sueño, pudiendo provocar numerosos despertares nocturnos que conllevan un sueño nocturno fragmentado y un aumento de las siestas diurnas (McCurry et al., 2000). Estas alteraciones están presentes de manera más pronunciada en las personas con demencia y suelen ir acompañadas de alteraciones conductuales como el “síndrome crepuscular” afectando a la cognición, a la autonomía y al estado de ánimo (Forbes et al., 2014).

La administración de luz puede darse a través de varios métodos, aunque la manera más común es a través de una caja de luz situada aproximadamente a un metro de la persona participante y dentro de su campo visual (Forbes et al., 2014). La terapia lumínica en personas con demencia está orientada a reestablecer el reloj biológico intentando mejorar así la cognición y reducir la sintomatología conductual (Aarts et al., 2016) pero los resultados obtenidos en los diferentes estudios y en la revisión Cochrane elaborada al respecto no aportan datos contundentes, solamente confirman cierta mejoría en el desempeño de las AVD y por tanto resulta necesario que se realicen estudios con un mayor rigor metodológico que permitan obtener resultados más fiables (Forbes et al., 2014).

2.1.4. Terapia de presencia simulada

La terapia de presencia simulada fue descrita por Woods y Ashley en 1995 y consiste en presentar a la persona con demencia una grabación en vídeo o audio de un familiar con el objetivo de disminuir alteraciones conductuales disruptivas como la agitación, la agresividad o la conducta motora anómala, propias de las demencias en fases moderadas y avanzadas

principalmente a causa de necesidades insatisfechas o por la dificultad en comprender el entorno (Abraha et al., 2020). El contenido de las grabaciones varía en función de los intereses y necesidades de la persona y se trata por tanto de una intervención totalmente personalizada, de esta manera se proporciona a la persona con demencia referencias familiares que pueden ayudar a disminuir la sintomatología conductual.

Los diferentes estudios publicados sobre terapia de presencia simulada hacen referencia a que resulta útil para reducir alteraciones conductuales como el aislamiento social y la agresividad verbal, favoreciendo conductas positivas como el aumento de la comunicación y la sonrisa (Woods y Ashley, 1995) y promocionando el bienestar y la disminución de alteraciones conductuales (Camberg et al., 1999) pero estos resultados no se han podido confirmar empíricamente y se debe tener cautela a la hora de implantar esta terapia ya que resulta posible que se dé el efecto contrario, empeorando la sintomatología (Abraha et al., 2020; Woods y Ashley, 1995). Resulta necesario llevar a cabo ensayos metodológicamente adecuados para poder corroborar la utilidad de esta terapia.

2.1.5. Arteterapia

La arteterapia es una modalidad psicoterapéutica que busca fomentar la expresión y la comunicación a través del uso de materiales artísticos. Las intervenciones basadas en la arteterapia pueden ser estructuradas o no estructuradas, en la modalidad estructurada la persona recibe por parte de su terapeuta indicaciones en cuánto a lo que se va a realizar a lo largo de la sesión y los materiales y herramientas a utilizar mientras que en la no estructurada estos aspectos serían de libre elección (Emblad y Mukaetova-Ladinska, 2021). La arteterapia en personas con demencia es normalmente estructurada y permite plantear diversos objetivos acordes a las necesidades de la persona, pudiendo ser, por ejemplo, fomentar la comunicación o habilidades preservadas.

En cuanto a la efectividad de la arteterapia, en la revisión sistemática llevada a cabo por Cowl y Gaugler (2014), incluyeron cuatro terapias creativas: artes visuales, música, teatro y poesía, las cuales fueron comparadas entre sí, pero no pudieron establecer qué modalidad era más efectiva en el tratamiento de personas con demencia, aunque sí que observaron que aquellos estudios que implementaban la combinación de más de un tipo de arteterapia obtenían resultados más satisfactorios. En esta revisión se identificó que no se observaba ningún efecto sobre la cognición en los estudios revisados, pero sí que reportaron una mejora en la sintomatología conductual y emocional (Cowl y Gaugler, 2014). Estos resultados no coinciden totalmente con los reportados por Emblad y Mukaetova-Ladinska (2021) en una revisión sistemática más reciente, donde solamente han podido confirmar mejoría en calidad de vida.

2.1.6. Actividades basadas en la horticultura y jardinería

Las actividades basadas en la horticultura y la jardinería tienen como base el uso de plantas, jardines y huertos con un objetivo terapéutico, ya sea de manera activa o pasiva, principalmente para mejorar el estado de ánimo, el autoconcepto y promover las relaciones sociales. Estas actividades pueden incluir tanto acciones en grupo como individuales en las que se llevan a cabo tareas como plantar semillas, trasplantar, regar, cultivar, recolectar o tener experiencias sensoriales como oler o tocar e incluso cocinar (Scott et al., 2022).

A lo largo de la literatura se ha demostrado que las actividades terapéuticas basadas en la horticultura y la jardinería llevadas a cabo en entornos residenciales pueden mejorar el estado de ánimo y la cognición, disminuir alteraciones conductuales, mejorar la función motora y promocionar las interacciones sociales (Liao et al., 2020; Lu et al., 2019; Whear et al, 2014) y además el hecho de realizar actividades al aire libre propicia la realización de actividad física y recibir la luz del sol y aire fresco, aspectos que pueden ayudar a regular los ritmos circadianos y mejorar por tanto el sueño y el apetito (González y Kirkevold, 2014). En una reciente revisión

sistemática realizada con personas con demencia sin institucionalizar, encontraron que este tipo de actividades también resultaban beneficiosas para las personas que vivían en sus domicilios, ya que mejoraba la participación social y su bienestar en general, mejorando su sentido de identidad propia. El hecho de participar en actividades con un objetivo específico, acordes a sus preferencias y habilidades, estructuradas e incluidas en una rutina, podían reducir la agitación, la apatía y el estado de ánimo negativo, además, el hecho de llevar a cabo estas acciones en grupo les proporcionaba un sentido de pertenencia y conexión con el entorno (Scott et al., 2022). Por tanto, estas actividades resultan un método satisfactorio que puede reducir la sintomatología conductual, mejorar el estado de ánimo y promover las relaciones sociales, hecho por el cual son tan ampliamente aceptadas y están presentes en numerosos programas de atención a personas con demencia.

2.1.7. Terapia con animales

La terapia asistida con animales es definida como una intervención terapéutica en la cual se incluye la participación de animales con el objetivo de mejorar la salud y el bienestar de las personas. Este tipo de actividades están basadas en las interacciones físicas, psicológicas y emocionales que se dan entre las personas, los animales y el entorno (Chang et al., 2021). Los animales que más comúnmente participan en este tipo de terapia son los perros ya que resultan ser compañeros agradables y además son capaces de entender el lenguaje no verbal (Chen et al., 2022).

Este tipo de terapia ha mostrado evidencia en mejorar la incidencia de la depresión en personas mayores en general (Chang et al., 2021) y en cuanto a las personas con demencia, existen numerosos estudios y revisiones sistemáticas al respecto con diferentes resultados, lo que indica la necesidad de un mayor número de estudios para obtener una evidencia más firme al respecto. Algunos de estos estudios han mostrado que esta permitía obtener resultados positivos en estado de ánimo y desempeño de las AVD, así como una ligera mejoría en

cognición, pero en una revisión sistemática llevada a cabo al respecto no se obtuvo un resultado firme sobre estos aspectos, indicando que no se producía un efecto sobre la funcionalidad, depresión, agitación y calidad de vida en personas con demencia aunque sí que encontraron un ligero efecto sobre la apatía (Zafra-Tanaka et al., 2019). Sin embargo, en una revisión Cochrane posterior sí que se identificó que en comparación con otras terapias que no incluían animales sí que se observaba una mejora de la sintomatología depresiva (Lai et al., 2019), de manera similar a lo expuesto en la revisión más reciente al respecto, donde se evidencia que la terapia con animales puede ser útil para reducir los SPCD, en especial, los síntomas depresivos (Chen et al., 2022).

Dada la dificultad que en ocasiones supone la presencia de un animal en un entorno sociosanitario surgió la creación de animales robóticos para sustituir o complementar las intervenciones realizadas con animales. La roboterapia consiste en el uso de robots que simulan animales y que se comportan como animales reales, interactuando con las personas gracias a los sensores y la inteligencia artificial de la que están dotados (Rosillo-Carretero et al., 2019). Uno de los principales robots que ha permitido llevar a cabo estudios al respecto y comparar su uso con animales reales es *Paro*, una foca dotada de inteligencia artificial que interactúa con las personas usuarias a través del uso de sensores táctiles, de luz, de temperatura, auditivos y posturales, y además es capaz de expresar emociones (Wada et al., 2008). Diversos estudios han mostrado que su uso permite disminuir diversos SPCD como la depresión, la agitación, la ansiedad y la apatía, promocionando una mayor expresión de emociones positivas y fomentando la comunicación y la socialización (Petersen et al., 2017; Rosillo Carretero et al., 2019) aunque los resultados no suelen ser consistentes.

Por tanto, dado que se producen efectos similares tanto en el uso de animales reales como en el uso de animales robóticos, se han llevado a cabo estudios para determinar si existen diferencias entre el uso de unos u otros, encontrando que parece que los animales

reales promueven una mayor interacción entre terapeutas y personas afectadas (Lai et al., 2019) y, además, promueven una experiencia más positiva en general (Pérez-Redondo et al., 2017).

2.1.8. Intervenciones conductuales

En la intervención sobre las alteraciones del comportamiento de personas con demencia una aproximación comúnmente utilizada es el análisis funcional. El análisis funcional permite establecer la causa de un determinado comportamiento de manera que esto permita plantear una propuesta de intervención. Es llevado a cabo mediante el método ABC, el cual implica los siguientes pasos: identificar y describir la conducta problema (B), determinar los antecedentes que han desencadenado su aparición (A) y las consecuencias que dicha conducta produce (C) (Moniz Cook et al., 2012). El hecho de establecer estos factores permite formular una propuesta de intervención actuando sobre el punto más apropiado de la secuencia tras identificar los antecedentes y consecuencias, así como los factores que pueden estar manteniendo la conducta, identificando qué función tiene la conducta dentro del contexto de la persona estableciendo hipótesis para su control. Además, se debe considerar la importancia de formar a familiares y cuidadores profesionales en la implantación de las intervenciones de manera que se pueda valorar su eficacia y reformulación si es necesario (Moniz Cook et al., 2012).

En ocasiones, establecer este análisis en el caso de las personas con demencia puede ser una tarea compleja ya que puede ser que alguno de los factores no sea observable o que un mismo factor ejerza de desencadenante y consecuencia. Aun así, en la revisión sistemática llevada a cabo por Moniz Cook et al. (2012) indican que el análisis funcional suele formar parte de programas de intervenciones multicomponente y que todos los estudios analizados mostraron efectos beneficiosos sobre la frecuencia de las conductas disruptivas y sobre la reacción de las personas cuidadoras ante su aparición, concluyendo por tanto que se trata de

resultados prometedores pero que resulta importante seguir investigando sobre el tema para confirmar su eficacia.

Por otro lado, un método muy similar al análisis funcional es el método DICE, propuesta del panel de expertos de Detroit para la evaluación y manejo de los síntomas neuropsiquiátricos de las demencias (Kales et al., 2014), el cual se expone a continuación, aunque no se han encontrado datos sobre su efectividad. Este método ofrece una guía con los pasos a seguir para determinar la conducta problemática y proporcionar una intervención terapéutica. Así pues, en primer lugar, se debe describir (D) la conducta y el contexto en el cual se produce de la manera más detallada posible, teniendo en cuenta tanto la visión de la persona cuidadora como la de la persona afectada si es posible. El siguiente paso consiste en investigar (I) las causas modificables que pueden estar provocando la conducta teniendo en cuenta tanto las características y la situación actual de la persona afectada, como las consideraciones de la persona cuidadora y el entorno. El tercer paso implica crear (C) e implementar un plan de intervención, resulta conveniente que todas las personas implicadas en el proceso participen en este paso (terapeuta, persona cuidadora y persona afectada si es posible). Por último, el cuarto paso consiste en evaluar (E) si las estrategias recomendadas han sido aplicadas y han resultado efectivas (Kales et al., 2014).

Finalmente, resulta importante señalar que todas estas modalidades de intervención se deben aplicar teniendo en consideración cuatro aspectos clave para el tratamiento de las personas con demencia en general y en especial para mejorar la sintomatología psicológica y conductual, los cuales son (Kales et al., 2014):

- 1) Formar a las personas cuidadoras respecto a la enfermedad y su sintomatología.
- 2) Mejorar la comunicación entre la persona afectada y la persona cuidadora.
- 3) Ayudar a la persona que cuida a promover la realización de actividades que sean significativas para la persona afectada.

- 4) Ayudar a la persona cuidadora a simplificar las tareas y a establecer rutinas estructuradas en el día a día de la persona afectada.

2.2. Terapias no farmacológicas para la reducción de alteraciones emocionales

Tal y como se ha visto en el punto anterior es común que en las personas con demencia aparezcan síntomas psicológicos y conductuales que pueden implicar un estado de ánimo deprimido, apatía, sintomatología ansiosa..., etc. Pero también es común que se den alteraciones emocionales en las que se establecen procesos psicopatológicos de manera comórbida a la demencia, principalmente depresión y ansiedad, las cuales suelen aparecer a causa del diagnóstico y del propio proceso de enfermedad pudiendo afectar a la calidad de vida y a la autonomía de la persona afectada (Kraus et al., 2008).

El tratamiento de las alteraciones emocionales en personas con demencia también supone un amplio campo de intervención de las TNF, según Meyer y O’Keefe (2020) las terapias psicológicas, de la misma forma que en la población en general, son las que mayor respaldo científico tienen al respecto, junto con la terapia de reminiscencia, el ejercicio físico y la musicoterapia. A continuación, se describen las modalidades de terapia psicológica más comúnmente utilizadas y su utilidad en personas con demencia.

2.2.1. Terapia psicológica

La terapia psicológica consiste en una serie de intervenciones psicoterapéuticas basadas en una teoría psicológica concreta con el objetivo de reducir la ansiedad y/o la depresión o mejorar la funcionalidad de la persona afectada (Orgeta et al., 2015). En el caso de las personas con demencia la aceptación y el ajuste a la nueva situación son conceptos importantes de cara a superar el diagnóstico ya que, si no, es probable que aparezca la frustración y la ansiedad y/o depresión, así pues, las intervenciones psicoterapéuticas en estos casos están orientadas

principalmente a desarrollar respuestas adaptativas que promuevan la aceptación y el ajuste a la situación de deterioro cognitivo (Sukhawathanakul et al., 2021).

Las modalidades de terapia psicológica son numerosas pero dada las características de las personas con demencia es común que se utilicen unos modelos concretos como los que se describen a continuación, los cuales han sido extraídos de la revisión sistemática y metaanálisis llevado a cabo más recientemente (Sukhawathanakul et al., 2021):

1. Intervenciones basadas en la terapia cognitivo conductual. Esta modalidad busca resolver los problemas de la persona afectada a través del cambio de pensamientos o conductas desadaptativas que pueden estar provocando malestar.
2. Terapias centradas en el problema. En este caso el objetivo es ayudar a las personas afectadas a buscar soluciones a problemas persistentes, identificando hábitos que pueden estar contribuyendo a su mantenimiento. Dentro de esta modalidad la Terapia de Adaptación al Problema busca ofrecer estrategias compensatorias y adaptaciones del entorno y la terapia de solución de problemas ayuda a los pacientes a identificar los problemas y a implementar un plan de acción para subsanarlos.
3. Psicoterapia de grupo. Los grupos psicoterapéuticos motivan a las personas participantes a compartir y discutir sus experiencias y sentimientos de pérdida asociados a la demencia.
4. Terapias centradas en la emoción y terapias basadas en actividades significativas. La intervención llamada preservación de la identidad y planificación de cuidados avanzados se centra en los procesos estresantes que ocurren en fases iniciales de demencia. En cuanto a las terapias basadas en actividades significativas buscan animar a las personas con demencia a mantener la realización de actividades significativas, tener un papel activo en el establecimiento de objetivos y en la adaptación a los cambios que se van produciendo con el tiempo.

5. Terapias interpersonales. Esta modalidad consiste en ayudar a la persona a identificar y resolver sus dificultades interpersonales que pueden estar contribuyendo a generarle malestar.
6. Terapias basadas en mindfulness y terapias centradas en la compasión. Las terapias basadas en mindfulness buscan mejorar el ánimo y reducir el estrés y las conductas desadaptativas mediante el desarrollo de habilidades atencionales y emocionales para mejorar la conciencia y la aceptación del momento presente. En cuanto a las terapias centradas en la autocompasión buscan desarrollar y aceptar la compasión propia y hacia los demás.
7. Terapias de activación conductual. Su principal objetivo es motivar a las personas afectadas a mantenerse activas y comprometidas con las AVD y también explorar qué actividades les resultan más placenteras y pueden influir en su estado de ánimo.

En cuanto a la efectividad de estas terapias, en una revisión llevada a cabo por Orgeta et al. (2015) se obtuvieron resultados beneficiosos sobre la depresión de manera moderada y también sobre la ansiedad, pero en menor medida. En la revisión llevada a cabo posteriormente por Sukhawathanakul et al. (2021) se han confirmado estos resultados y de manera más concreta la efectividad de las terapias basadas en actividades significativas y de las terapias centradas en el problema.

2.3. Terapias no farmacológicas para el mantenimiento o mejora de la capacidad funcional

La capacidad funcional hace referencia a las habilidades cognitivas y físicas necesarias para que la persona pueda mantener un buen funcionamiento en las actividades de la vida diaria (Meyer y O'Keefe, 2020). Por tanto, tanto la esfera cognitiva como la física suponen aspectos importantes sobre los que intervenir de cara a mantener la calidad

de vida de la persona con demencia y por tanto su bienestar.

Así pues, las terapias centradas en mantener la autonomía de la persona son clave en el tratamiento no farmacológico de las demencias ya que intervienen sobre la sintomatología inicial y están orientadas a enlentecer el progreso de la enfermedad. En la reciente revisión de revisiones realizada por Meyer y O'Keefe (2020) identificaron que la estimulación cognitiva, la terapia de reminiscencia y el ejercicio físico eran las principales TNF que más evidencia científica reportaban de cara a mantener o mejorar la capacidad funcional. A continuación, se describen con más detalle las intervenciones basadas en el ejercicio físico, la estimulación cognitiva y las intervenciones basadas en el uso de la reminiscencia.

2.3.1. Intervenciones basadas en el ejercicio físico

Siguiendo con las terapias orientadas a mantener la funcionalidad de la persona con demencia, un aspecto fundamental son las intervenciones específicas que implican la realización de actividades relacionadas con el ejercicio físico puesto que tiene un importante papel en la prevención e intervención sobre la fragilidad y pueden repercutir de manera positiva en el estado de ánimo de las personas mayores en general (Livingston et al., 2020; Tarazona-Santabalbina et al., 2016) y además, se ha identificado que puede tener un papel importante en enlentecer la progresión de la demencia (Forbes et al., 2015; Lautenschlager et al., 2010).

Las intervenciones basadas en el ejercicio físico son muy variadas tanto en objetivos específicos como metodología ya que se puede combinar el entrenamiento aeróbico con el de fuerza y/o el de equilibrio pudiendo implicarse o no el uso de materiales específicos como pelotas, cintas elásticas o pesas. Esto implica una gran variedad de posibilidades que abarcan desde el simple hecho de caminar hasta la realización de ejercicios específicos en los que se trabajen miembros superiores e inferiores, psicomotricidad fina y gruesa, ejercicios de movilidad de cadera, agilidad, flexibilidad, coordinación, etc. Todo enmarcado en sesiones de

una duración determinada y planificadas durante un número concreto de sesiones a la semana (Forbes et al., 2015).

La evidencia científica respecto a la utilidad del ejercicio físico es similar al resto de las TNF, resulta una tarea muy compleja poder realizar afirmaciones en cuanto al efecto de estas intervenciones en la persona con demencia, tanto por limitaciones metodológicas como por la heterogeneidad de las intervenciones llevadas a cabo a causa de la gran variedad de opciones de intervención. Diversos estudios y posteriores revisiones sistemáticas se han centrado en este aspecto, estudiando principalmente su efecto sobre la cognición, desempeño en las actividades de la vida diaria y sintomatología psiquiátrica y conductual. En la última revisión Cochrane llevada a cabo por Forbes et al. (2015) concluyeron que los programas de intervención basados en el ejercicio físico parecen mejorar las habilidades para desenvolverse en las AVD de las personas con demencia, pero no pudieron constatar ningún beneficio sobre la cognición y sintomatología neuropsiquiátrica. Por otro lado, Meyer y O’Keefe (2020) identificaron en su revisión que pese a que estos resultados en revisiones previas no son claros cabe tenerlos en consideración, ya que la actividad física permite mejorar el estado físico de la persona y aunque las revisiones no confirman su utilidad en cuanto a funcionalidad y tratamiento de alteraciones emocionales y conductuales, sí que existen estudios que muestran cierta utilidad y por tanto cabe tenerlo en cuenta de cara a la planificación de intervenciones en personas con demencia. En estudios más recientes en los cuales se ha valorado la utilidad de los programas de intervención que sean multicomponente y en los que se incluya ejercicio aeróbico, sí que se han obtenido resultados más prometedores donde la cognición parece mejorar de manera significativa (Groot et al., 2015; Venegas-Sanabria et al., 2022) pero que contrastan con otras revisiones en las que se replican en parte los hallazgos de Forbes et al. (2015) al no encontrar evidencia clara de la influencia del ejercicio sobre la cognición ni sobre el desempeño en las AVD y sí, aunque de manera inconsistente, del ejercicio físico aeróbico sobre sintomatología

neuropsiquiátrica (Steichele et al., 2022). Así pues, de nuevo resulta fundamental el hecho de llevar a cabo ensayos clínicos con un mayor rigor metodológico con una buena descripción de la intervención física realizada que comporte una muestra amplia y contemple el seguimiento del mantenimiento de resultados.

Durante los últimos años ha aumentado de manera considerable el uso de las nuevas tecnologías en la implementación del ejercicio físico, en concreto, a través de la realidad virtual. Mediante el uso de diversos aparatos tecnológicos y softwares específicos se crean entornos tanto familiares como a modo de juego donde la persona puede sumergirse y a través de diversos sensores y cámaras ver reflejados sus movimientos en pantalla (Voinescu et al, 2021). Esta metodología se encuentra en plena expansión y supone una herramienta interesante ya que permite llevar a cabo intervenciones que impliquen tanto el ejercicio físico como la cognición y el desempeño en las AVD. En cuanto a su efectividad, sigue en pleno estudio y resulta conveniente seguir desarrollando ensayos en los que se ponga a prueba su efectividad ya que, a día de hoy, los resultados obtenidos en relación con su efectividad en mejorar la forma física, cognición y funcionalidad en personas con deterioro cognitivo y demencia siguen siendo contradictorios (Voinescu et al., 2021).

2.3.2. Estimulación cognitiva

La estimulación cognitiva es una de las principales modalidades de terapias no farmacológicas en las demencias. Su uso es muy común, es ampliamente conocida y existen numerosos recursos para su implementación, tanto en centros específicos como en el domicilio, resultando un procedimiento tan popular y extendido que incluso personas sin deterioro cognitivo hacen uso de ella de un modo u otro. A modo de definición, la estimulación cognitiva supone una serie de intervenciones que incluyen actividades que promueven el pensamiento, la concentración y la memoria, normalmente enmarcadas en un entorno que propicie la interacción

social como, por ejemplo, el trabajo en pequeño grupo (Woods et al., 2012) con el objetivo de poner en funcionamiento procesos cognitivos preservados para así enlentecer el deterioro cognitivo (Spector et al., 2008).

A lo largo de la literatura existen diversas terminologías que hacen referencia a las intervenciones centradas en la cognición, a continuación, siguiendo la propuesta de Clare y Woods (2004) se describen los diferentes tipos de intervención cognitiva, teniendo en cuenta que estas pueden solaparse y que en ocasiones se puede encontrar su uso como términos sinónimos:

1. Estimulación cognitiva: supone el compromiso en la realización de una serie de actividades cognitivas y de orientación a la realidad, aplicadas normalmente en grupo y orientadas a la mejora del funcionamiento cognitivo y social. La estimulación cognitiva se basa en que los diferentes procesos cognitivos no se activan de manera específica, sino que para una determinada intervención se ven comprometidas de manera integrada diversas funciones cognitivas, por ejemplo, en el caso de una tarea de memoria también se ven implicados aspectos como la atención, el lenguaje o la planificación (Clare y Woods, 2004).
2. Entrenamiento cognitivo: consiste en la práctica guiada de un conjunto de tareas estandarizadas diseñadas para unas funciones cognitivas concretas, con un rango de niveles de dificultad disponibles con los que adaptarse a las necesidades individuales de cada persona. Puede realizarse en sesiones grupales o individuales y tanto en ejercicios de lápiz y papel como informatizados o integrados en las actividades de la vida diaria. El entrenamiento cognitivo se basa en el hecho de que la práctica regular de una serie de actividades puede mejorar o al menos mantener el dominio cognitivo implicado, por tanto, el objetivo principal de esta modalidad se centra en evitar la progresión o reducir el deterioro específico (Clare y Woods, 2004).

3. **Rehabilitación cognitiva:** se trata de una intervención personalizada donde se identifican los objetivos específicos para la persona y el o la terapeuta trabaja junto con la persona con demencia y su familia para formar un plan estratégico conjunto. En este caso el énfasis se centra en mejorar el desempeño en las AVD más que en la mejora en pruebas neuropsicológicas, construyendo la intervención sobre las fortalezas de la persona y desarrollando vías de compensación para salvar sus alteraciones y mejorar así su funcionalidad y bienestar. Comúnmente la rehabilitación cognitiva está orientada a conseguir o mantener un nivel óptimo de funcionamiento físico, psicológico y social partiendo de unas alteraciones que surgen a causa de una enfermedad o daño cerebral, por tanto, en el caso de las demencias y dada su naturaleza neurodegenerativa, los objetivos rehabilitadores deberán ir adaptándose a lo largo del tiempo acorde a la progresión y las necesidades de la persona (Clare y Woods, 2004).

Actualmente, el término “rehabilitación cognitiva” es utilizado comúnmente para hacer referencia al restablecimiento de funciones cognitivas que se han visto mermadas tras una lesión o enfermedad y, por tanto, dado el carácter neurodegenerativo de las demencias, es preferible hacer uso de términos como estimulación y entrenamiento cognitivo ya que no forma parte de los objetivos terapéuticos recuperar procesos cognitivos perdidos (Villalba y Espert, 2014), sino compensarlos o mantenerlos.

Por tanto, además de la diversa terminología asociada a las intervenciones cognitivas también se debe tener en consideración que estas pueden ser llevadas a cabo a través de diferentes metodologías. Las más ampliamente utilizadas son las intervenciones a través de la conversación y las actividades realizadas con lápiz y papel (Woods et al., 2012), pero durante los últimos años las tareas realizadas a través de elementos informáticos son utilizadas de manera creciente, tanto como medio para guiar las sesiones como elemento de intervención en sí ya que es cada vez más común que las personas mayores estén familiarizadas con este tipo

de procedimientos dado su habitual uso en la sociedad en la actualidad y la existencia de numerosos recursos como aplicaciones para móviles o plataformas online específicas de estimulación cognitiva (Gates et al., 2019). Así pues, la intervención a través de la estimulación cognitiva muestra numerosas posibilidades, tanto en cuanto a aspectos metodológicos como en cuanto a objetivos de intervención.

Los primeros pasos de intervenciones psicológicas orientadas a la estimulación cognitiva tal y como es conocida en la actualidad fueron dados a través de la orientación a la realidad (OR), la cual sigue siendo utilizada diariamente en la práctica diaria de la gerontopsicología (González Moreno, 2020). La OR se empezó a utilizar en Estados Unidos a finales de los años 50 ante la desorientación y confusión que presentaban personas mayores hospitalizadas, suponiendo un prototipo de la estimulación cognitiva tal y como es conocida en la actualidad (Woods et al., 2012). La OR ha mostrado efectividad en el tratamiento de personas con demencia, pero también ha sido objeto de crítica y ha sido cuestionada, ya que su aplicación puede conllevar cierta frustración en las personas participantes si no se aplica de manera adecuada (Francés et al., 2010; Spector et al., 2000; Woods et al., 2012). De manera progresiva, las intervenciones centradas en la rehabilitación neuropsicológica comunes en la atención a personas con daño cerebral adquirido junto con este tipo de intervenciones, se fueron extendiendo a las personas con demencia, centrando la intervención en las características propias de la persona afectada, en base a su perfil neuropsicológico y sus necesidades emocionales y sociales (Clare, 2003), llevando a cabo actividades a través de diferentes metodologías con los que se activan los diferentes procesos cognitivos. Así pues, se llega a la propuesta actual de estimulación cognitiva, como un marco de intervención en el que se tienen en consideración tanto aspectos funcionales como las características neuropsicológicas de la persona afectada, así como su propio punto de vista sobre sus necesidades, de manera que

todo esté orientado a establecer unos objetivos específicos de intervención que resulten relevantes tanto para la persona con demencia como para su familia (Clare, 2003).

La estimulación cognitiva supone la aplicación de técnicas y estrategias orientadas a la optimización del funcionamiento de los diferentes procesos cognitivos (atención, memoria, funciones ejecutivas, lenguaje, praxias y percepción) mediante la propuesta de actividades que suelen presentarse de manera estructurada en programas con el objetivo de enlentecer el proceso de deterioro (Villalba y Espert, 2014). De manera común los programas de estimulación cognitiva son creados ad hoc para las personas usuarias de los centros donde reciben estas intervenciones, basándose en sus necesidades las cuales son determinadas a través de la anamnesis y la exploración neuropsicológica pero también existen programas con un formato y materiales específicos basados en la estimulación cognitiva, los cuales pueden presentar una intervención global o programas específicos con los que se trabajan unos procesos cognitivos concretos, como por ejemplo la memoria o a través de metodologías concretas, como los programas aplicados a través de las nuevas tecnologías.

Un ejemplo de programa de intervención a través del cual se lleva a cabo una intervención global es el creado por Spector et al. (2001), denominado Terapia de Estimulación Cognitiva (CST por sus siglas en inglés, *Cognitive Stimulation Therapy*). El uso de este programa es extendido en Reino Unido, puesto que es recomendado por las guías del NICE de este país, está compuesto por 14 sesiones (dos por semana) centradas en una temática concreta y todas las sesiones tienen el mismo formato, con una actividad inicial de calentamiento y orientación a la realidad para posteriormente trabajar un tema específico en cada sesión con el que se interviene a través de las reminiscencias y sobre el desempeño en las actividades de la vida diaria y siempre mediante el procesamiento de la información, con actividades que promuevan el razonamiento más que el acceso directo a conocimientos previos, todo ello enmarcado en un entorno en el que se promueven las relaciones sociales y la pertenencia a un

grupo (Spector et al., 2003). Durante las últimas décadas diversos estudios han mostrado como la aplicación de este programa permite mejorar la cognición en general y la memoria en personas con demencia con independencia de la cultura, así como el estado de ánimo y la calidad de vida (Zubatsky et al., 2022).

Otro ejemplo de programa de estimulación cognitiva es el propuesto por González-Moreno et al. (2022a), en el cual durante 8 semanas realizaron 16 sesiones de intervención en grupo (dos sesiones semanales). Las personas participantes realizaron tareas específicas de memoria, atención y funciones ejecutivas y las tareas fueron presentadas a través de las nuevas tecnologías ya que el grupo se disponía frente a una pantalla grande en posición de semi-círculo, asegurando así la visibilidad y fomentando la participación de todas las personas pertenecientes al grupo. En este estudio se obtuvieron resultados positivos en memoria, atención y funciones ejecutivas, así como en las medidas de cognición general y en la funcionalidad, aunque estos resultados no se mantuvieron en el seguimiento, por lo que se propone mantener la intervención a lo largo del tiempo (González-Moreno et al., 2022a).

Así pues, tal y como González-Moreno et al. (2022a) proponen, los programas de estimulación cognitiva pueden basarse en unos procesos cognitivos concretos o como es en el caso de Spector et al. (2001) realizarse una intervención más globalizada. Tal y como se comentaba anteriormente, los procesos cognitivos sobre los que se suele basar la estimulación cognitiva son la atención, la memoria, las funciones ejecutivas, el lenguaje, las praxias (o control motor voluntario) y las gnosias (o percepción). Estas funciones cognitivas incluyen numerosas acciones que las componen, de mayor o menor complejidad, y su intervención se basa en la realización de tareas en las que se comprometa su activación para así estimular el proceso en cuestión y por ende mantener, en la medida de lo posible, su funcionamiento (Villalba y Espert, 2014). A continuación, se describen brevemente las diferentes funciones cognitivas citadas y su propuesta de tareas de estimulación:

1. Atención.

La atención es un proceso complejo sobre el cual se han descrito numerosas definiciones, resultando una tarea complicada seleccionar una sola definición. De manera común se extrae que está compuesta por funciones como el estado de alerta (función basal) y atención focalizada (detección y respuesta a un estímulo), la vigilancia y atención sostenida (capacidad de mantener la atención en el tiempo, con estímulos de baja o alta frecuencia, respectivamente), la atención alternante (capacidad para cambiar el foco de atención de una tarea a otra volviendo posteriormente a la anterior), la atención dividida (habilidad para responder a dos tareas de manera simultánea), la atención selectiva (capacidad para evitar distractores) y la velocidad de procesamiento de la información (Mataró-Serrat et al., 2006; Ríos-Lago et al., 2008).

Para trabajar los diferentes procesos atencionales existen numerosas tareas que pueden presentarse a través de diferentes materiales (verbal, visual, en papel o informatizado). A continuación, se enumeran algunos ejemplos (Mataró-Serrat et al., 2006; Muñoz y Tirapu, 2001):

- Atención sostenida: tareas de cancelación (estímulos visuales), tareas de identificación de estímulos auditivos (por ejemplo, dar un golpe al escuchar un determinado estímulo), tareas de cálculo mental.
- Atención selectiva: tareas como las utilizadas en la estimulación de la atención sostenida, pero en las que se incluyen distractores auditivos o visuales.
- Atención alternante: tareas en las que el estímulo al que se debe atender cambia a lo largo de la actividad, por ejemplo, realizar sumas de números y cuando se indica “cambio” realizar restas.
- Atención dividida: realización de dos tareas simultáneas, como, por ejemplo, realizar una tarea de cancelación a la vez que se escucha una grabación de números, a los que debe responder al escuchar un determinado número dando un golpe.

2. Memoria.

De manera sencilla la memoria es definida como la capacidad para almacenar información acerca de uno mismo y del entorno que le rodea, pero supone un proceso complejo que incluye numerosos aspectos que se pueden definir como memoria, por ejemplo, la memoria como la capacidad para codificar, almacenar y recuperar información, la memoria como almacén donde dicha información queda guardada, la memoria como dicha información en sí, la memoria como proceso de recuperación de dicha información o la memoria como experiencia personal de recuerdo de algún tipo de información (de Noreña y Maestú, 2008).

Así pues, la memoria incluye numerosos aspectos y esto se ve reflejado en los diferentes modelos definitorios de la memoria y sus subtipos, pudiendo identificarla como memoria a corto o largo plazo (en base a su limitación temporal), explícita o implícita (en función de la recuperación consciente o no consciente) y episódica o semántica (los recuerdos personales ubicados en un espacio y tiempo concretos y los conocimientos generales sobre el mundo, respectivamente) (de Noreña y Maestú, 2008).

La estimulación de la memoria se puede plantear para cada uno de los diferentes procesos indicados anteriormente (codificación, almacenamiento y recuperación) o para un subtipo concreto de memoria, de las recientemente nombradas. A continuación, se exponen algunos ejemplos de tareas (Muñoz Marrón y González Rodríguez, 2009):

- Actividades para fomentar la codificación y el almacenamiento: tareas con estrategias de repetición como copiar o repetir información, realización de resúmenes o tareas de categorización.
- Tareas para fomentar la recuperación, en concreto, memoria a corto o largo plazo (dependiendo del tiempo de presentación): recuerdo o reconocimiento de objetos o imágenes presentados previamente, descripción de una imagen previamente

vista o responder preguntas sobre esta.

- Tareas en las que se accede a la memoria semántica a través de preguntas sobre diferentes conceptos, por ejemplo, un cuestionario sobre cultura general de la zona.

3. Funciones Ejecutivas.

Las funciones ejecutivas (FFEE) son el conjunto de habilidades que permiten a la persona establecer una serie de metas, anticiparse a una determinada situación, formar planes y estrategias para lograr una serie de objetivos, presentar las habilidades necesarias para llevar a cabo estos planes y monitorizar dicha ejecución llevando a cabo los cambios necesarios para que su ejecución sea adecuada (Muñoz y Tirapu, 2001; Tirapu, 2009).

Por tanto, las FFEE incluyen numerosos procesos los cuales se verán de manera detallada en el capítulo siguiente pero dada la naturaleza de este punto se enumeran a continuación: velocidad de procesamiento, memoria de trabajo, fluidez verbal, inhibición, flexibilidad cognitiva, ejecución dual, planificación, toma de decisiones y procesos multitarea (Tirapu-Ustároz, 2017). Existen numerosas posibilidades de tareas a través de las cuales estimular todos estos procesos, a continuación, se enumeran algunos ejemplos (Tirapu, 2009):

- Elaboración de planes para la ejecución de una determinada tarea.
- Resolución ante una situación problemática de la vida cotidiana.
- Denominar objetos de una determinada categoría semántica o con unas cualidades específicas.
- Tareas de inhibición como, por ejemplo, completar una frase con un absurdo.
- Completar dilemas éticos.

4. Lenguaje.

Una de las principales funciones del lenguaje es propiciar la comunicación entre las personas y en concreto el lenguaje oral interactúa con otros aspectos como los gestos y otros aspectos del habla para fomentar dicha comunicación (Sánchez y Galparsoro, 2009). De manera simple, los principales procesos del lenguaje y que por tanto suelen formar parte de la estimulación cognitiva del mismo son la comprensión y expresión oral y la lectura y escritura. A continuación, se exponen una serie de tareas asociadas a la estimulación de estos aspectos las cuales en su mayoría se pueden realizar tanto oralmente como por escrito, dependiendo de aquello que se prefiera trabajar (Sánchez y Galparsoro, 2009):

- Evocación de palabras según criterio fonológico.
- Denominación de objetos reales o en imágenes o a partir de definiciones.
- Repetición oral de oraciones, palabras, letras, números, etc.
- Realización de dictados.
- Elaboración de frases o textos a partir de palabras dadas o ideas concretas.
- Actividades de grafomotricidad.
- Copia de letras, palabras, frases o textos.
- Identificación de palabras mal escritas o mal dichas.
- Actividades de comprensión de frases o textos.
- Agrupación de palabras o imágenes en una categoría semántica.
- Comprensión de órdenes orales o escritas.
- Crear palabras con unas determinadas letras o frases con unas determinadas palabras.

5. Praxias.

El componente cognitivo de la acción motora hace referencia a los procesos internos implicados en la ejecución de la acción, como es la intención, la planificación del acto motor y el orden de las acciones a realizar para llevar a cabo dicha ejecución (Calvo-Merino, 2008). Existen dos tipos de praxias generalmente, la praxia ideatoria que hace referencia al conocimiento y uso de objetos y utensilios y la praxia ideomotora, que hace referencia al sistema de producción de la acción y a la representación sensoriomotora y habilidades motoras necesarias para llevar a cabo la actividad (Blázquez y Zulaica, 2009a). Cuando estos procesos se ven alterados aparecen las apraxias, que pueden tener numerosas presentaciones, como la apraxia ideomotora (alteración en la realización de gestos simples), la apraxia ideatoria (incapacidad para utilizar objetos), apraxia constructiva (incapacidad para construir en el espacio) o apraxia del vestido (dificultad en vestirse de manera adecuada) entre otras (Blázquez y Zulaica, 2009a).

Para la estimulación de las praxias se proponen diversas actividades que pueden incluir la manipulación de objetos, imitar gestos, realizar gestos a la orden, describir los pasos para realizar una determinada acción, realizar puzles o dibujos o realizar actividades de construcción (Blázquez y Zulaica, 2009a).

6. Gnosias.

A través de los órganos de los sentidos se recoge la información sensorial sobre el entorno que el cerebro se encarga de procesar posteriormente, proporcionando a la persona una experiencia consciente y significativa (Blázquez y Zulaica, 2009b). Cada uno de los sentidos conlleva un complejo mecanismo para el procesamiento de la información y la aparición de alteraciones en un punto u otro puede conllevar un déficit en la correcta percepción del estímulo (Munar et al., 2008). De manera habitual en las personas con demencia se llevan a cabo

intervenciones principalmente para estimular la percepción de estímulos visuales y auditivos y en menor medida de estímulos táctiles, olfativos y gustativos. A continuación, se presentan algunos ejemplos de tareas que promueven la activación de dichos procesos (Blázquez y Zulaica, 2009b):

- Actividades de rastreo visual.
- Tareas de localización espacial.
- Comparación de imágenes similares, identificación de siluetas.
- Identificación de sonidos.
- Actividades de reconocimiento de objetos mediante el tacto.
- Actividades de reconocimiento de olores y de sabores.

Así pues, existe una gran variedad de posibilidades de intervención sobre los diferentes procesos cognitivos mediante el uso de la estimulación cognitiva. A continuación, se atiende a la evidencia en cuanto a la efectividad de dichas intervenciones sobre la cognición y otros aspectos como la calidad de vida y el estado de ánimo de las personas con demencia.

Durante la última década las Revisiones Cochrane han aportado evidencia científica sobre numerosas TNF, en concreto, respecto a las intervenciones cognitivas se han llevado a cabo revisiones tanto sobre estimulación cognitiva como entrenamiento cognitivo y rehabilitación (Bahar-Fuchs et al., 2019; Bahar-Fuchs et al., 2013; Woods et al., 2012). Además, dada la continua publicación de estudios que intentan ofrecer evidencia sobre este tipo de intervenciones se continúan publicando numerosas revisiones sistemáticas y metaanálisis con los que se busca esclarecer la efectividad de estas intervenciones y en algunos casos poder determinar la metodología más beneficiosa para las personas con deterioro cognitivo (Aguirre et al., 2013; Cafferata et al., 2021; Gómez-Soria et al., 2023; Kim et al., 2017; Kurz et al., 2011).

En cuanto a la estimulación cognitiva, Woods et al. (2012) en su Revisión Cochrane incluyeron artículos en los que se llevasen a cabo intervenciones globales implementadas en grupo para promover así también el funcionamiento social (siguiendo la definición anteriormente expuesta), donde la intervención fuese comparada con grupos que no recibían tratamiento o que recibían un tratamiento estándar o placebo (pudiendo ser farmacológico o su intervención habitual no farmacológica en centros específicos, siempre y cuando no fuesen estructuradas) y, además, la duración mínima de la intervención debía ser de un mes (sin restricción en cuanto al número de sesiones). En los estudios incluidos en esta revisión sistemática las actividades incluidas en las sesiones de estimulación cognitiva fueron tareas sobre orientación a la realidad, asociación de palabras, denominación de objetos y categorización, dibujo, conversaciones sobre aficiones, sobre el pasado y actividades que implican el uso del dinero, entre otras. En el metaanálisis llevado a cabo en esta revisión encontraron que la estimulación cognitiva tiene un efecto positivo sobre la cognición, hallazgo que identifican como el más consistente en la literatura en cuanto a intervenciones psicológicas en personas con demencia y además identificaron que la participación en TNF repercute de manera positiva enlenteciendo la progresión del declive cognitivo (Woods et al., 2012), hecho que ya se había constatado con anterioridad y que se sigue confirmando en revisiones más recientes, tanto en deterioro cognitivo y demencia (Aguirre et al., 2013; Cafferata et al., 2021; Gómez-Soria et al., 2023; Kim et al., 2017; Kurz et al., 2011) como en personas mayores sanas (Gómez-Soria et al., 2023).

Por otro lado, teniendo en cuenta otros aspectos además de la cognición, en la revisión de Woods et al. (2012) se identificó que también se obtienen resultados beneficiosos en la interacción social y la comunicación en las personas con demencia y que además estos resultados se generalizan a situaciones fuera del contexto de las sesiones de estimulación, evidencia respaldada por revisiones posteriores (Aguirre et al., 2013). En cuanto a la calidad de

vida y el bienestar, en las revisiones de Woods et al. (2012), Aguirre et al. (2013) y Kim et al. (2017) se identificó mejoría en estos aspectos, pero en la reciente revisión realizada por Cafferata et al. (2021) no pudieron respaldar este hecho, aunque sí identificaron que había resultados ambiguos, quizás por las limitaciones metodológicas y heterogeneidad de los estudios. De manera similar ocurre cuando se tiene en consideración la mejora en actividades de la vida diaria, obteniéndose resultados contradictorios a lo largo de las revisiones sistemáticas y metaanálisis ya que en la mayoría de ellos no se encuentra una mejora en el desempeño de las AVD (Aguirre et al., 2013; Kim et al., 2017; Kurz et al., 2011; Woods et al., 2012) y en otros una pequeña mejoría significativa (Cafferata et al., 2021). Por último, en cuanto al estado de ánimo y las alteraciones conductuales, también se observa un menor consenso ya que no se identifica de manera clara la repercusión de la estimulación cognitiva sobre estos aspectos en unas revisiones (Kim et al., 2017; Kurz et al., 2011; Woods et al., 2012) pero en otras sí que obtienen resultados positivos sobre el estado de ánimo deprimido, especialmente cuando las intervenciones se llevan a cabo durante un mayor número de semanas aunque no se han podido determinar efectos beneficiosos sobre la ansiedad y otros síntomas conductuales (Cafferata et al., 2021).

En cuanto al mantenimiento de los efectos de la estimulación cognitiva, resulta complicado obtener conclusiones ya que muy pocos estudios incluyen seguimiento y por tanto pocas conclusiones firmes se pueden obtener al respecto. En el metaanálisis llevado a cabo por Woods et al. (2012) exponen que los resultados parecen mantenerse únicamente para aspectos cognitivos entre 1 y 3 meses tras finalizar la intervención, desapareciendo pasados 10 meses y Cafferata et al. (2021) remarcan la imposibilidad de extraer datos concluyentes dados los pocos estudios que incluían valoraciones a largo plazo en su metaanálisis.

Tal y como se ha comentado con anterioridad, en cuanto a aspectos metodológicos se refiere, las posibilidades de aplicar estimulación cognitiva son numerosas, teniendo en

consideración tanto las herramientas, como la duración de la sesión, la duración del programa o su modo de aplicación, ya sea individual o en grupo, entre otros muchos aspectos. La estimulación cognitiva a través de las nuevas tecnologías, es una metodología que cada vez es más utilizada tal y como se comentaba anteriormente con lo que las publicaciones al respecto resultan cada vez más comunes. En una relativamente reciente revisión Cochrane realizada por Gates et al. (2019) indicaron que no existía suficiente evidencia que indicase que las personas que se sometían a estimulación cognitiva informatizada obtuviesen mejores resultados en cuanto a mantenimiento de la cognición a causa del poco rigor metodológico de los estudios incluidos pero otros trabajos como las revisiones de Díaz et al. (2021) e Irazoki et al. (2020) concluyen que las intervenciones en personas con deterioro cognitivo moderado basadas en las nuevas tecnologías son útiles para enlentecer el progreso del deterioro cognitivo, aunque también hacen referencia a la necesidad de ampliar la investigación al respecto. En el reciente estudio realizado por González-Moreno et al. (2022a), citado anteriormente, obtuvieron resultados positivos en diferentes procesos cognitivos como la atención, memoria episódica y funciones ejecutivas, así como en mantenimiento de la autonomía personal, con una intervención realizada en grupo a través de las nuevas tecnologías y, puesto que los resultados no se mantuvieron en el tiempo, proponen el mantenimiento de dichas sesiones a lo largo de todo el proceso mientras se mantengan los beneficios.

Por último, siguiendo con los aspectos metodológicos que delimitan el tipo de intervención (duración de la sesión, del programa, etc.), en diversos estudios se tienen en cuenta estos términos a la hora de establecer qué puede resultar más beneficioso y algunas revisiones por tanto muestran conclusiones al respecto. En la revisión de Woods et al. (2012) la duración de la intervención a lo largo del tiempo y el número de sesiones y su duración no mostró un efecto claro sobre la obtención de resultados positivos sobre la cognición, pero Gómez-Soria et al. (2021) identifican como la mejor opción la realización de sesiones de 45 minutos, pero no

encuentran diferencias entre intervenciones individualizadas e intervenciones en grupo ni respecto a la extensión de las sesiones a lo largo del tiempo.

Por tanto, el recorrido de la estimulación cognitiva es largo, pero permanecen muchos interrogantes en cuanto a sus beneficios y metodología más adecuada, con lo que resulta necesario seguir investigando al respecto intentando mantener el rigor metodológico necesario para poder obtener resultados robustos al respecto.

2.3.3. Intervenciones basadas en el uso de la reminiscencia

La Terapia de Reminiscencia, tal y como indican Olazarán et al. (2010) es una de las TNF más ampliamente utilizadas en personas con demencia y esta consiste en la discusión de recuerdos, experiencias y hechos pasados, pudiéndose respaldar con la ayuda de estímulos tangibles (como por ejemplo fotografías o música) los cuales ayudan a evocar recuerdos personalmente significativos y a estimular la conversación (Woods et al., 2018) y, en algunos casos, dependiendo de la metodología, pudiendo llevarse a cabo la elaboración de libros de “historia de vida” o cajas con recuerdos.

Históricamente las intervenciones centradas en la reminiscencia se iniciaron con la propuesta de Butler (1963) de “revisión de vida”, la cual se describe como el proceso natural en el cual la persona echa la vista atrás a su propia vida, reflexionando sobre experiencias pasadas, incluyendo conflictos y dificultades no resueltas. Esta conceptualización implica un valor terapéutico para personas mayores ya que promueve la integración y la adaptación (Woods et al., 2018). Este concepto lleva hasta la distinción de tres posibilidades de intervención a través del uso de las reminiscencias que implicarían tres niveles de intensidad de reminiscencia, tal y como recogen Webster et al. (2010):

1. Reminiscencia simple. Consiste en la narración autobiográfica no estructurada que se lleva a cabo de manera espontánea con el objetivo de comunicar e informar a otros,

recordado y describiendo eventos pasados normalmente positivos de manera que se promueven el contacto social, el bienestar y emociones positivas.

2. Revisión de vida. Supone una intervención más estructurada en la cual se revisa todo el ciclo vital y normalmente en sesiones individualizadas. Implica que se lleve a cabo una evaluación de los eventos vividos, buscando establecer una historia vital coherente integrando tanto eventos vitales positivos como negativos y donde el principal objetivo es la aceptación propia.
3. Terapia de revisión de vida. Esta modalidad implica el uso terapéutico de la reminiscencia en procesos psicopatológicos como, por ejemplo, la depresión y la ansiedad, donde se tiene en consideración la historia de vida como aspecto clave para establecer los factores causales del proceso psicopatológico a tratar. Con la terapia de revisión de vida se busca promover una visión positiva del pasado reduciendo el aburrimiento y el revivir la amargura, tratando de reconstruir una nueva historia de vida y promover cambios en la identidad de la persona.

En las personas con demencia, dado que la memoria autobiográfica se encuentra relativamente preservada, el uso de la reminiscencia supone una herramienta útil para llevar a cabo intervenciones terapéuticas en las que se promueve la comunicación y la persona puede conversar sobre sus experiencias vitales. Por tanto, existen numerosas propuestas que incluyen tanto intervenciones individuales como en grupo y en la que se utilizan recursos reales, elementos audiovisuales o simplemente la conversación.

Actualmente, dado el aumento de publicaciones científicas realizadas al respecto se han llevado a cabo diversas revisiones sistemáticas a través de las cuales resulta complicado establecer qué efectos produce la terapia de reminiscencia sobre las personas con demencia ya que los resultados son inconsistentes y en ocasiones contradictorios. En la más reciente de las

revisiones Cochrane publicada al respecto, Woods et al. (2018) encontraron ciertos efectos positivos en cognición, calidad de vida, comunicación y estado de ánimo, aunque no de manera consistente. En cuanto a la calidad de vida, se observó mejoría solamente en personas institucionalizadas y estos autores destacan la importancia de que las sesiones sean llevadas a cabo en grupo para reforzar ciertos efectos positivos, pudiendo incluir tanto a las personas con demencia como a sus cuidadores. Respecto a la mejora en cognición, esta no fue consistente tras el periodo de seguimiento y la mejora en comunicación observada fue realmente baja. En cuanto al estado de ánimo, solamente se pudo confirmar que mejoraba en aquellos casos en los que la terapia de reminiscencia era aplicada de manera individual y con un tamaño del efecto bajo, sin llegar a poder confirmar que tuviera significatividad clínica. Respecto a otros aspectos como alteraciones conductuales o el desempeño en las actividades de la vida diaria, no encontraron resultados positivos. Estos resultados son relativamente consistentes con otras revisiones publicadas previamente a la de Woods et al. (2018) donde destacan efectos positivos en mayor o menor medida sobre la cognición y el estado de ánimo, pero en las que no se confirma una mejora en calidad de vida, alteraciones conductuales y funcionalidad (Cotelli et al., 2012; Huang et al., 2015; Irazoki et al., 2017). Respecto a revisiones sistemáticas recientes, se confirman estos resultados sobre los efectos positivos de la terapia de reminiscencia en la cognición y el estado de ánimo, en concreto la depresión y, además, también indican que se observa mejora la calidad de vida de las personas con demencia (Cammisuli et al., 2022; Park et al., 2019; Saragih et al., 2022a) aunque siguen sin evidenciar efectos positivos sobre las AVD. Todos estos estudios remarcen de nuevo la necesidad de que se lleven a cabo un mayor número de ensayos y de mayor calidad metodológica para poder confirmar con mayor evidencia estos resultados.

2.4. Intervenciones multimodales y otras aproximaciones terapéuticas

2.4.1. Intervenciones multimodales

Las intervenciones multimodales o multicomponente consisten en la aplicación de dos o más modalidades de terapias no farmacológicas de manera conjunta, lo que implica la posibilidad de numerosas combinaciones pero que principalmente suelen incluir intervenciones cognitivas, físicas y psicosociales (Chalfont et al., 2020). Esta planificación de intervenciones surge dado que la demencia es un síndrome multifactorial y que puede estar determinada por diversos mecanismos influyentes y por tanto este hecho promueve la planificación de intervenciones multimodales tanto para la prevención como para la intervención sobre diversa sintomatología (Chalfont et al., 2020; Van der Linden y Juillerat Van der Linden, 2018).

Diferentes revisiones han estudiado la efectividad de las intervenciones multimodales sobre la cognición encontrando resultados positivos en la combinación de estimulación cognitiva y ejercicio físico (Law et al., 2014; Rodakowski et al., 2015) hecho nuevamente confirmado con la revisión más reciente consultada donde un 92% de los estudios incluidos obtuvo resultados positivos en cuanto a estabilización o atenuación del declive cognitivo (Chalfont et al., 2020). En esta revisión se hace referencia a aspectos interesantes de cara a la práctica clínica ya que indican que el hecho de llevar a cabo una intervención multimodal personalizada en la que se identifican las necesidades individuales de la o las personas participantes y planificar las intervenciones en base a ellas resultó proveer los resultados más satisfactorios y con mayor significación estadística. El hecho de tratarse de una intervención holística no permite determinar cuál de los elementos implicados resulta clave en el retraso de la progresión del deterioro cognitivo y además numerosos aspectos intervienen en la posible efectividad de la intervención como el papel de la socialización (Onor et al., 2007). En definitiva, estas intervenciones multimodales

resultan útiles para mejorar la cognición en personas con demencia independientemente del grado de severidad del deterioro (Chalfont et al., 2020).

2.4.2. Modelo de Atención Centrada en la Persona

El Modelo de Atención Centrada en la Persona (MACP) es una filosofía de cuidado construida a través de las necesidades de la persona y se propone como alternativa al común modelo de atención basado en el servicio donde el foco está dirigido a los estándares médicos y a tratar la enfermedad (Fazio et al., 2018).

El término MACP fue utilizado por primera vez por Kitwood (1988) quien propuso enfatizar el cuidado en la comunicación y las relaciones y no tanto en términos médicos y conductuales. Resulta un aspecto importante en este modelo el tener en consideración la identidad de la persona con demencia, implicando que haya un reconocimiento y respeto hacia ella, todo enmarcado en una relación interdependiente entre la persona cuidadora y la persona con demencia.

Posteriormente, Brooker (2004) siguiendo con la descripción del concepto del MACP y sus componentes propuso cuatro aspectos fundamentales que deben estar presentes en la correcta implantación del modelo: valorar y respetar a las personas con demencia y a las personas que los cuidan, tratar a las personas con demencia como personas individuales y con unas necesidades únicas, ver el mundo desde la perspectiva de la persona con demencia de manera que se intente comprender su conducta y aquello que quiere comunicar, así como validar la experiencia subjetiva que para la persona con demencia supone su realidad y crear un entorno social positivo donde la persona con demencia pueda experimentar bienestar a través de la persona que ejerce los cuidados, promocionando la construcción de relaciones personales. Estos aspectos llevan a las recomendaciones propuestas por Fazio et al. (2018) para una correcta práctica del modelo:

1. Conocer a la persona con demencia profundamente, sus valores, creencias, intereses, habilidades y preferencias, tanto actuales como del pasado.
2. Reconocer y aceptar la realidad de la persona, ver el mundo desde la perspectiva de la persona con demencia.
3. Identificar y promover oportunidades para que la persona con demencia se comprometa en el desempeño de actividades de su interés, siempre aprovechando llevar a cabo interacción con la persona.
4. Construir una relación de cuidado basada en la autenticidad. La persona con demencia debe ser tratada con dignidad y respeto y donde se apoye su individualidad personal.
5. Crear y mantener una comunidad de apoyo para las personas, sus familias y profesionales.
6. Evaluar las prácticas de cuidado de manera regular y realizar los cambios pertinentes.

Así pues, el MACP supone una alternativa al modelo habitual de atención que cada vez se encuentra más extendido, pero no tanto como sería deseable ya que su implantación es compleja y supone un gran reto ya que implica formar al equipo profesional y se requiere una estructura organizacional que implica numerosos cambios (Dichter et al., 2019).

A lo largo de los últimos años diversos estudios han intentado aportar evidencia sobre la utilidad de la implantación del MACP en el cuidado de personas con demencia, de manera general se indica que mejora la vida de las personas con demencia y las y los profesionales cuentan con mejores condiciones laborales (Koren, 2010). De manera más concreta, en una revisión sistemática llevada a cabo por Li y Porock (2014) concretaron que se observaba un descenso en las conductas desadaptativas de la persona con demencia, disminuyendo la agitación y mostrando un mayor afecto positivo (pero sin llegar a reducir sintomatología depresiva) aunque no pudieron determinar de manera consistente una mejora en calidad de vida.

Así pues, el MACP puede aportar un punto de vista positivo donde la persona y sus necesidades son el centro de atención y aunque continúa siendo necesario un mayor número de investigaciones al respecto es una propuesta que sin duda se tiene que tener en consideración.

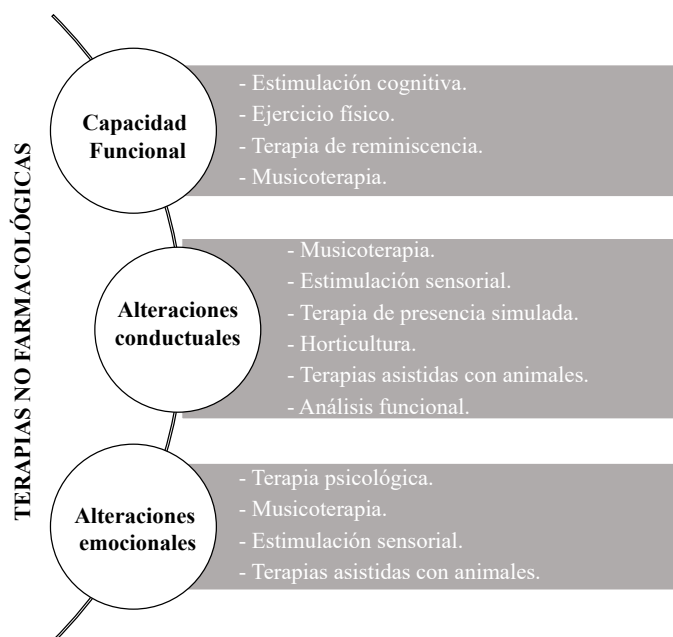
2.4.3. Otras terapias no farmacológicas

En última instancia, tal y como se ha visto a lo largo del capítulo existen numerosas intervenciones que se aplican de manera habitual en la práctica clínica diaria, muchas de las cuales no se han descrito en este capítulo a causa de que existe poca evidencia científica o consenso en cuanto a su aplicación o a que su uso no es tan generalizado como en las descritas anteriormente. De entre estas terapias se encuentra la estimulación eléctrica transcutánea (Cameron et al., 2003), la terapia de validación (Neal y Barton Wright, 2003), la danzaterapia (Karkou y Meekums, 2017), la terapia con muñecas (Martín-García et al., 2022) o la hipnosis (Wawrziczny et al., 2021), todas ellas principalmente orientadas a controlar la sintomatología cognitiva y conductual de las demencias, las cuales pueden aportar efectos positivos sobre diversos aspectos como la calidad de vida de las personas que las reciben ya que, aunque sea de manera cualitativa, su uso así lo evidencia.

Así pues, tal y como se ha visto, existen numerosas modalidades de TNF que, aunque algunas de ellas no tienen evidencia empírica suficiente resulta fundamental tenerlas en consideración y seguir trabajando en nuevos estudios de mayor calidad metodológica que permitan aportar una mayor certeza sobre su efecto en la persona con demencia y su mantenimiento en el tiempo, ya que gran parte de los estudios carecen de seguimiento. Pero, pese a que falta mucho camino por recorrer se puede confirmar que numerosas modalidades de TNF muestran utilidad en varios aspectos, tal y como se plasma en la Figura 6, donde se recogen las TNF que mayor efectividad han mostrado según los ámbitos de intervención.

Figura 6

Terapias no farmacológicas y su ámbito de efectividad



Nota. De elaboración propia, adaptado de Meyer y O'Keefe (2020).

Por tanto, tal y como se ha visto a lo largo de este capítulo y se refleja en la Figura 6, las TNF muestran utilidad tanto en aspectos funcionales como conductuales y emocionales, esto hace resaltar la importancia de la planificación de programas donde se lleve a cabo una intervención integral, basada en las necesidades de la persona y donde se tengan en consideración estos aspectos cognitivos, funcionales y emocionales y donde siempre que sea posible se promuevan las relaciones sociales (Meyer y O'Keefe, 2020).

3. Resumen

En este segundo capítulo se ha llevado a cabo una revisión de las diferentes terapias no farmacológicas para el tratamiento de las personas con demencia. En primer lugar, se ha detallado la importancia de intervenir sobre las necesidades de las personas con demencia con el ánimo de mejorar su calidad de vida enlenteciendo el progreso de la enfermedad y controlando la sintomatología psicológica y conductual. En segundo lugar, se ha descrito el

concepto de terapia no farmacológica y se ha propuesto una clasificación organizada en tres grupos y basada en los objetivos terapéuticos: reducir las alteraciones conductuales, reducir las alteraciones emocionales y mantener o mejorar la funcionalidad. Posteriormente se han descrito cada una de las principales TNF en relación a esta clasificación y se ha hecho referencia a su uso y utilidad evidenciada empíricamente.

CAPÍTULO 3

FUNCIONES EJECUTIVAS Y REMINISCENCIA

1. Introducción

Tras el repaso en el capítulo anterior de los diferentes tipos de terapias no farmacológicas y en especial, tras la revisión de los conceptos de estimulación cognitiva y terapia de reminiscencia y su uso en personas con demencia para llevar a cabo intervenciones con el objetivo de mantener la funcionalidad y reducir alteraciones emocionales y/o conductuales, en el presente capítulo se inicia la fundamentación en cuanto a los principales aspectos sobre los que se basa esta tesis, las funciones ejecutivas y la reminiscencia.

Muriel Lezak (1982) definió las funciones ejecutivas (FFEE) como las capacidades mentales necesarias para la formulación de metas, la planificación de cómo conseguirlas y la ejecución de dicho plan de manera correcta. Desde entonces, a lo largo de las últimas décadas, se han propuesto numerosos modelos teóricos para identificar los procesos implicados en las FFEE, tal y como se expone a continuación.

Con el envejecimiento normal las FFEE sufren un decaimiento a causa del deterioro en los lóbulos frontales, afectando principalmente a la capacidad de planificación, la flexibilidad

cognitiva, la fluidez verbal y el control atencional (Bruna et al., 2012). Del mismo modo ocurre en las demencias en general, pudiendo mostrarse déficit ejecutivo ya en fases prodrómicas o tempranas e incluso preclínicas y estando presente en todo caso cuando la enfermedad progresa y el deterioro cognitivo es moderado (Duke y Kaszniak, 2000; Göthlin et al., 2020) pero, de manera más específica el perfil disejecutivo dependerá de la etiología de la demencia. Así pues, la estimulación cognitiva de las funciones ejecutivas es un aspecto básico a tener en cuenta en cualquier programa de estimulación cognitiva ya que, de este modo, promocionando el enlentecimiento del deterioro de estas se produce una promoción de la autonomía y por tanto se evita el aumento del grado de dependencia.

Por otro lado, la reminiscencia es definida como el proceso de pensar sobre experiencias pasadas personalmente significativas o el hecho de relatarlas a otra persona, pudiendo ser estas tanto exitosas como no exitosas. Se trata de un proceso en el cual se tratan las experiencias vitales de manera consciente y a través del cual deben ser reexaminadas y reintegradas (Satorres et al., 2018). Desde que Butler definiese el concepto de “revisión de vida” en 1963 hasta la actualidad se han realizado numerosos análisis y propuestas de clasificación de las reminiscencias, sobre cómo funcionan y sus implicaciones (Webster et al., 2010), tal y como se verá en las siguientes páginas, así como sus usos y su implicación en la consecución de un envejecimiento exitoso y en la mejora del estado de ánimo y el bienestar de las personas con demencia.

Así pues, a continuación, se revisan los conceptos de funciones ejecutivas y reminiscencia, haciendo especial hincapié en cómo se afectan dichos procesos en las personas con demencia y sus posibilidades en cuanto a intervención se refiere, con el objetivo de ver su efecto tanto sobre las funciones ejecutivas como sobre otros procesos psicológicos como el estado de ánimo, la satisfacción vital y la resiliencia.

2. Funciones Ejecutivas

Resulta un aspecto fundamental iniciar una revisión de las funciones ejecutivas haciendo referencia a los lóbulos frontales, puesto que la corteza prefrontal es el principal sustrato neuroanatómico de las mismas, permitiendo a través de la autorregulación controlar, organizar y coordinar aspectos cognitivos, conductuales y emocionales con el objetivo de llevar a cabo una acción dirigida a un fin (Tirapu-Ustárrroz et al., 2008).

Los lóbulos frontales representan un 30% del córtex cerebral y son las áreas cerebrales filogenética y ontogénicamente más recientes del cerebro, implicando por tanto un aspecto diferenciador del ser humano respecto a otros seres vivos (Goldman-Rakic, 1984) y donde se hallan funcionalmente ubicadas las funciones superiores, permitiendo llevar a cabo acciones como la toma de decisiones o la realización de acciones complejas (Tirapu-Ustárrroz et al., 2002).

De manera concreta, el córtex prefrontal (CPF) cuenta con numerosas conexiones corticocorticales y subcorticales, permitiendo monitorizar información en diferentes niveles y así llevar a cabo sus acciones de control y regulación conductual y emocional. Alexander et al. (1990) describieron los circuitos frontosubcorticales implicados en el control ejecutivo, por un lado, el circuito prefrontal dorsolateral el cual se relaciona con la conducta ejecutiva y aspectos más cognitivos como la memoria de trabajo o la flexibilidad cognitiva, el circuito orbitofrontal y el circuito ventromedial, implicado en la conducta social y el procesamiento de señales emocionales respectivamente, y el cíngulo anterior, el cual se relaciona con aspectos motivacionales. Así pues, el CPF muestra numerosas conexiones con regiones corticales posteriores y estructuras paralímbicas y basales, mostrando por tanto también una gran diversidad funcional, aspecto que lleva al debate principal sobre la conceptualización de las FFE: ¿se trata de una función unitaria o de un sistema de múltiples funciones con diferentes componentes? Y si se trata de un sistema que incluye diversos componentes, ¿estos son

independientes o están interrelacionados? (Verdejo-García y Bechara, 2010). Además de estas cuestiones, también se debe tener en consideración el hecho de que el término “funciones ejecutivas” es ampliamente utilizado para hacer referencia a numerosos aspectos y que, por tanto, a nivel conceptual, resulta una tarea complicada conseguir un consenso ya que tanto en la práctica clínica como en la investigación se hace uso de esta terminología para hacer referencia a un amplio número de procesos. Actualmente, parece que la respuesta a la pregunta es bastante clara ya que, tras numerosos paradigmas y propuestas de modelos de las funciones ejecutivas, se entiende que estas no pueden ser asumidas como un proceso unitario, sino que incluye un conjunto de múltiples procesos que, aunque son independientes, están íntimamente relacionados (Tirapu-Ustárrroz, 2017).

Las FFEE han sido estudiadas a través de tres aproximaciones metodológicas principalmente, de manera similar al resto de procesos cognitivos, a través del estudio de pacientes con lesiones específicas del lóbulo frontal y del análisis factorial de diferentes herramientas neuropsicológicas (Verdejo-García y Bechara, 2010) además de mediante la elaboración de estudios en los que se busca identificar las áreas cerebrales implicadas en la realización de unas tareas concretas, con herramientas como la neuroimagen funcional (Tirapu-Ustárrroz et al., 2008).

El concepto de funciones ejecutivas fue acuñado por Lezak (1982), quien las definió, tal y como se comentaba anteriormente, como las capacidades mentales necesarias para la formulación de metas, la planificación de cómo conseguirlas y la ejecución de dicho plan de manera correcta, de modo que la conducta realizada sea eficaz y aceptada socialmente. Previamente a Lezak, Luria et al. (1964) ya describieron una serie de alteraciones en el autocontrol, en la formulación de metas y en la iniciativa y motivación en pacientes con lesiones en los lóbulos frontales. Tras estas primeras conceptualizaciones se inició la elaboración de diversas propuestas, basadas en uno o varios procesos implicados en las funciones ejecutivas

(por ejemplo, la memoria de trabajo) hasta llegar a la aproximación integradora de diversos procesos que es mayormente aceptada en la actualidad. A continuación, se describen varios de estos modelos de FFEE.

Propuesta de Lezak (1982, 2004).

En 1982, junto con la conceptualización de FFEE, Lezak propuso cuatro categorías para dirigir su evaluación neuropsicológica, estas fueron:

- 1) Formulación de objetivos.
- 2) Planificación.
- 3) Llevar a cabo planes dirigidos a unos objetivos.
- 4) Ejecución efectiva.

Años después, Lezak et al. (2004), en su manual de evaluación neuropsicológica, actualizan la evaluación neuropsicológica de cuatro componentes ejecutivos diferenciados en base a la propuesta anterior:

- Volición. La volición implica la intencionalidad de iniciar una acción. Personas con alteración en la volición pueden mostrar apatía y falta de iniciativa en diferentes niveles, así como alteración en la conciencia del déficit.
- Planificación y toma de decisiones. Este componente supone numerosos subprocesos como la capacidad de percibir cambios en la situación actual que requieren intervención, ser capaz de prever las diferentes opciones disponibles y llevar a cabo una elección de respuesta... todo ello acompañado de un buen procesamiento atencional y de memoria.
- Acción dirigida. Implica la iniciación de un plan estructurado, así como su mantenimiento y capacidad de cambio y detección de las secuencias de manera integrada y ordenada, especialmente en tareas novedosas, no rutinarias.
- Ejecución efectiva. Una ejecución efectiva supone que la persona es capaz de monitorizar y regular la intensidad de diversos aspectos cualitativos de la acción que

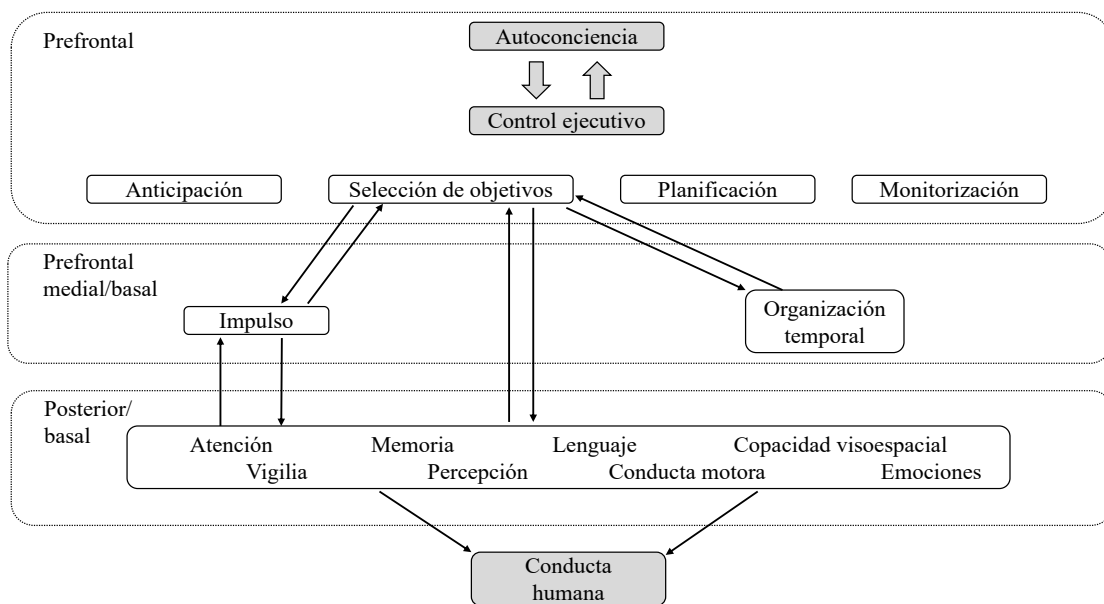
está realizando y, por tanto, conlleva la capacidad de tomar conciencia de la propia ejecución para poder llevar a cabo una autorregulación adecuada.

Modelo jerárquico de Stuss y Benson (1984).

El modelo de Stuss y Benson (1984) supone un modelo jerárquico de las funciones mentales en el cual se consideran los diferentes procesos cognitivos y su localización cerebral.

Figura 7

Modelo jerárquico de Stuss y Benson



Nota. De Tirapu-Ustárrroz et al. (2002).

Tal y como se puede observar en la Figura 7, en la parte superior se encuentra la autoconciencia mediante la cual se lleva a cabo un control de la actividad mental y se tienen en consideración los conocimientos previos para llevar a cabo la toma de decisiones, en el siguiente nivel se encuentra el control ejecutivo junto con el resto de las funciones mentales (anticipación, selección de objetivos, planificación y monitorización). El tercer nivel corresponde al impulso (capacidad para iniciar y mantener una acción, ya sea mental o motora) y la organización temporal (mantenimiento y orden de los procesos). Esta organización funcional pone de relieve el control de la activación de las acciones y no tanto su ejecución en

sí, mediante este control ejecutivo resulta posible la selección de una respuesta y la inhibición de otra (Tirapu-Ustárrroz et al., 2002).

Modelos de memoria de trabajo y FFEE.

La memoria de trabajo (MT) es definida como un sistema que mantiene y manipula de manera temporal la información por lo que está implicada en numerosos procesos cognitivos como la comprensión del lenguaje, la lectura o el razonamiento (Baddeley y Hitch, 1974; Tirapu-Ustárrroz et al., 2002). Baddeley y Hitch (1974) desarrollaron un modelo en el cual identificaron tres componentes diferenciados de la MT: el sistema ejecutivo central como aspecto fundamental, el cual es asistido por el bucle fonológico y la agenda visoespacial, como sistemas adicionales.

En primer lugar, el bucle fonológico consiste en un almacén a corto plazo de material fonológico, se trata de un sistema de almacenamiento transitorio en el cual se puede incluir el lenguaje subvocal o representaciones fonológicas elaboradas a partir de representaciones visuales. A través del bucle fonológico se mantiene la información durante el tiempo necesario para el mantenimiento de la tarea (Baddeley, 2002; Tirapu-Ustárrroz et al., 2002). En cuanto a la agenda visoespacial, esta es el análogo visual del bucle fonológico y su principal función es crear y manipular imágenes visoespaciales, pudiendo generarse a partir de información verbal (Baddeley, 2002; Tirapu-Ustárrroz et al., 2002). Por último, el sistema ejecutivo central explicaría cómo el cerebro responde ante una determinada situación escogiendo y desarrollando unas estrategias concretas y llevando a cabo un control de la tarea, así pues, es definido por Baddeley como un sistema de control atencional y no tanto como un sistema de memoria (Tirapu-Ustárrroz et al., 2002).

Este modelo de MT lleva a la consideración de que la capacidad de planificación se encuentra integrada en la MT, pero tal y como indican Tirapu-Ustárrroz y Luna-Lario (2008), la

planificación, aunque requiere de un buen funcionamiento de la MT, se trata de una función ejecutiva compleja en la que se ven implicados diversos factores.

Por último, en cuanto a la importancia de la MT y de sus componentes como aspecto fundamental del control ejecutivo, resulta imprescindible hacer referencia al Sistema Atencional Supervisor (SAS) de Norman y Shallice (1986), al cual hace referencia finalmente Baddeley para explicar el funcionamiento del sistema ejecutivo central al responder ante una situación novedosa. Así pues, el SAS se activa cuando ante una tarea novedosa, sobre la cual no hay una respuesta automatizada, se inicia una planificación y toma de decisiones sobre cómo actuar y se inhibe una posible respuesta habitual que no resultaría adecuada evitando que aparezca, por ejemplo, una conducta perseverativa (Tirapu-Ustárriz y Luna-Lario, 2008).

Modelo clínico de FFEE de Mateer (1999).

Inicialmente, Sohlberg y Mateer (1989) propusieron que las FFEE implican una serie de procesos como la elaboración de objetivos, la planificación, la anticipación, la selección de la conducta, la autorregulación, el autocontrol y el uso del feedback. Posteriormente, Mateer (1999), en base a esta propuesta, propuso los siguientes componentes como modelo clínico de las FFEE, los cuales son considerados relacionados e interdependientes, haciendo especial inferencia en que varios de estos componentes (iniciación, inhibición de la respuesta, mantenimiento de la tarea y generación de pensamiento) resultan aspectos fundamentales para hacer frente a situaciones novedosas no rutinarias (Sohlberg y Mateer, 2001):

- Inicio y dirección de la conducta. Activación del sistema para iniciar una respuesta.
- Inhibición de la respuesta. Habilidad para inhibir respuestas automáticas de manera que la respuesta sea dirigida hacia un objetivo específico.
- Mantenimiento de la tarea. Habilidad para mantener la atención y persistir en la tarea hasta que esta se haya completado.

- Organización (de conductas y pensamientos). Supone la organización y secuenciación de la información de manera que esta pueda ser recuperada según la necesidad detectada.
- Generación de pensamiento (creatividad, fluencia y flexibilidad cognitiva). De cara a la resolución de problemas resulta fundamental la capacidad de pensar de manera flexible y buscar posibles soluciones.
- Conciencia (capacidad para monitorizar y modificar la propia conducta). Resulta un aspecto fundamental para llevar a cabo un buen funcionamiento ser capaz de tener conciencia sobre los propios actos y emociones, incorporando información del entorno para así poder ajustarse a las necesidades.

Modelo factorial de FFEE de Miyake et al. (Miyake et al., 2000).

En la literatura científica publicada en los últimos años se han llevado a cabo diversos estudios en los que mediante el análisis factorial se busca identificar los componentes de las FFEE y el modelo propuesto por Miyake et al. (2000) resulta uno de los que mayor respaldo ha obtenido (Tirapu-Ustárroz et al., 2002; Verdejo-García y Bechara, 2010).

Miyake et al. (2000) llevaron a cabo un ensayo en el que estudiaron el rendimiento de personas sanas en una serie de tareas experimentales y pruebas neuropsicológicas utilizadas en la práctica clínica relacionadas con el desempeño de las FFEE. Tras el estudio describieron tres componentes de la función ejecutiva que, aunque definieron como independientes, están moderadamente correlacionados:

- Actualización: monitorización, manipulación y actualización de contenidos en la MT.
- Inhibición: capacidad para inhibir respuestas automatizadas cuando la situación así lo requiera.
- Cambio o alternancia: capacidad para alternar flexiblemente entre diferentes tareas o esquemas.

Estudios posteriores como el de Verdejo-García y Pérez-García (2007) han replicado estos tres factores, añadiendo un cuarto factor que identificaron como “toma de decisiones” en una muestra compuesta por personas sanas y personas drogodependientes, o el estudio de Fisk y Sharp (2004), quienes también junto con la réplica de estos tres componentes añadieron un cuarto factor que relacionaron con pruebas de fluidez y que identificaron como “acceso” a los contenidos que se hallan almacenados en la memoria a largo plazo (Tirapu-Ustárriz et al., 2002; Verdejo-García y Bechara, 2010).

Modelo de FFEE basado en Análisis Factoriales (Tirapu-Ustárriz et al., 2017).

Existen numerosos modelos como el elaborado por Miyake et al. (2000) descrito anteriormente pero no todos obtienen los mismos factores ya que cada estudio depende de los modelos teóricos empleados para su elaboración, aun así, existen algunos factores con una mayor solidez a lo largo de los diferentes estudios y esta es la base que han utilizado Tirapu-Ustárriz et al. (2017) para elaborar esta propuesta de modelo basada en análisis factoriales. Estos autores llevaron a cabo una revisión de la literatura e identificaron los factores con mayor apoyo en los estudios de modelos factoriales y que contaban con el soporte de estudios de neuroimagen y de pacientes lesionados.

Los procesos de control ejecutivo propuestos por Tirapu-Ustárriz et al. (2017) son:

- Velocidad de procesamiento. Es considerada una propiedad del sistema más que un proceso. La velocidad de procesamiento puede identificarse desde tres puntos de vista: como la cantidad de información que puede ser procesada en una unidad de tiempo, la velocidad a la que se realiza una determinada tarea o el tiempo transcurrido desde que aparece el estímulo hasta que se produce la respuesta (Ríos et al., 2004).

- Memoria de trabajo. Se encuentra estrechamente relacionada con el factor de actualización y supone la capacidad de registrar, codificar, mantener y manipular información durante la ejecución de una determinada tarea.
- Fluidez verbal. Implica a la capacidad de acceso a la memoria a largo plazo, tal y como indicaron Fisk y Sharp (2004), o a la memoria semántica y a las estrategias de búsqueda de palabras, con el objetivo de llegar a emitir una respuesta adecuada (Henson et al., 1999).
- Inhibición. Este factor es definido como muy consistente, pero se debe tener en consideración que en algunos estudios es denominado control de la interferencia o atención selectiva. Supone la capacidad para ante una determinada situación evitar emitir una respuesta automática o habitual, aprendida previamente (Pantsiou et al., 2018)
- Ejecución dual. Este proceso se encuentra de manera muy probable estrechamente relacionado con la atención dividida, la cual es entendida como la capacidad para prestar atención de manera simultánea a varios estímulos (Bate et al., 2001). La ejecución dual habitualmente supone la realización de dos tareas simultáneas de origen sensorial diferente (verbal y visual), aumentando así la exigencia de la memoria de trabajo.
- Flexibilidad cognitiva. Este componente se encuentra relacionado con la alternancia, componente que ha sido identificado por numerosos autores, tal y como señalaron Miyake et al. (2000), y que Tirapu-Ustárrroz et al. (2017) definen como “proceso con identidad propia y diferenciada” el cual implica la capacidad de cambiar entre dos o más tareas permitiendo así adaptarse a los requerimientos de la situación (Moro et al., 2015; Pantsiou et al., 2018).

- Planificación. La capacidad de planificación permite llevar a cabo ensayos y valorar diferentes opciones de respuesta y sus consecuencias ante una determinada situación, incluye por tanto la formulación, evaluación y selección de pensamientos y acciones para realizar una determinada acción. En ocasiones se ha descrito como parte de un factor más general de monitorización y control de la conducta ya que implica subprocesos ejecutivos como la memoria de trabajo, la capacidad de inhibición y el cambio de tarea (Jefferson et al., 2006).
- Toma de decisiones. Este proceso implica numerosos subprocesos como seleccionar el objetivo a seguir, determinar la motivación de consecución del mismo, considerar las consecuencias de las diferentes opciones a realizar y valorarlas, además, estos subprocesos no son estáticos y pueden verse modificados a lo largo del proceso, implicando por tanto monitorización y flexibilidad (Miller y Cohen, 2001). La toma de decisiones no solamente implica al procesamiento de la información en sí, sino que implica a los sistemas emocionales asociados, tal y como identificaron Verdejo-García y Pérez-García (2007) y que se basa en la hipótesis del marcador somático de Antonio Damasio (1991) en la que se tiene en consideración que a la hora de tomar decisiones se implican tanto aspectos emocionales como procesos cognitivos.
- Procesos multitarea (*branching*). Implica que diferentes procesos ejecutivos se activen para dar solución a tareas complejas, suponiendo por ejemplo respuestas demoradas, la activación de la memoria de trabajo y recursos atencionales complejos de manera que se permita la planificación y ejecución de diversas subtareas que componen la consecución de una tarea de mayor complejidad. Por tanto, los procesos multitarea llevan implícita una buena planificación y capacidad de inhibición, así como un buen funcionamiento de la memoria prospectiva y de la

memoria de trabajo, de manera que se lleven a cabo todos los pasos necesarios para ejecutar la tarea en el tiempo adecuado, siendo por tanto un factor importante en el desempeño de las actividades avanzadas de la vida diaria (Kumiadi et al., 2021).

Definidos estos factores es considerado que las FFEE son un conjunto de procesos múltiples con distintos componentes independientes pero que a su vez se encuentran íntimamente relacionados entre sí, unos presentan un mayor componente atencional y de procesamiento de la información y otros de planificación y toma de decisiones.

Las FFEE por tanto implican aspectos cognitivos y emocionales y son responsables tanto de conductas como de pensamientos, promoviendo que el funcionamiento de la persona sea adaptativo, teniendo en cuenta tanto información almacenada como estimando y anticipando el posible resultado que se puede dar ante una determinada acción frente a una situación novedosa (Verdejo-García y Bechara, 2010). Así pues, las FFEE tienen un importante papel en el desempeño cotidiano a nivel cognitivo, conductual y emocional, tal y como recogen Bombín-González et al. (2014) y se expone a continuación a modo de recapitulación:

- En cuanto al papel de las FFEE en la cognición, estas suponen un conjunto de procesos de alta complejidad como la planificación, abstracción, toma de decisiones, capacidad de análisis y cognición social. Además, las FFEE participan de la regulación de otros procesos cognitivos como la atención, la memoria y aspectos del lenguaje.
- Respecto a la conducta, tal y como se ha visto ya desde las primeras conceptualizaciones, las FFEE tienen un importante papel en la ejecución de las conductas orientadas a un objetivo concreto, la planificación para su consecución y la realización de dicho plan.

- Por último, en cuanto a aspectos emocionales, las FFEE tienen un papel importante en la regulación afectiva ya que alteraciones en las mismas pueden llevar a ambos extremos de expresión emocional, tanto a labilidad como embotamiento.

Por tanto, las alteraciones en FFEE pueden repercutir en la globalidad de la persona, ya sea a nivel cognitivo, conductual o emocional, comprometiendo su desempeño en las actividades instrumentales de la vida diaria (Godefroy et al., 2018). En la literatura se han descrito diversos síndromes disejecutivos con unas características específicas que dependen de factores concretos como la naturaleza y localización de la lesión (Gómez-Beldarrain y Tirapu-Ustárroz, 2012) y se ha tratado de establecer una serie de patrones asociados a la etiología de la lesión pero, en la actualidad, se observa un mayor uso de una descripción específica de la sintomatología sin establecer un síndrome concreto en el que se hace referencia a la localización de la lesión como por ejemplo se hacía al denominar al déficit como síndrome orbitofrontal o síndrome dorsolateral.

Godefroy et al. (2018) tras varios trabajos buscando esclarecer la naturaleza de los trastornos disejecutivos y su evaluación determinan que con la presencia de daño en la corteza frontal se pueden ver envueltos tanto síntomas cognitivos como conductuales. Para estos autores la sintomatología cognitiva es aquella que se evidencia con el uso de tests neuropsicológicos y la sintomatología conductual es la que se puede observar examinando directamente la conducta de la persona afectada.

A continuación, en la Tabla 8, se enumeran los diferentes trastornos disejecutivos según se trata de sintomatología cognitiva o conductual.

Tabla 8

Trastornos disejecutivos

Trastornos conductuales	Trastornos cognitivos
Síntomas principales	Síntomas principales
- Hipoactividad global con apatía y/o abulia. - Hiperactividad global con distractibilidad y/o inestabilidad psicomotora y/o desinhibición. - Conducta perseverativa, estereotipada. - Trastornos de la conducta social (habilidades interpersonales, desinhibición, pérdida de empatía y trastorno de control de impulsos).	- Alteración en el mantenimiento de la alerta y en el inicio de la acción. - Déficit en la estrategia de búsqueda léxico-semántica. - Alteración en planificación. - Dificultades en el cambio de tarea.
Otros síntomas con menor evidencia	Otros síntomas con menor evidencia
- Anosognosia o anosodiaforia. - Confabulación espontánea o paramnesia reduplicativa. - Alteración en el control de la conducta sexual, de alimentación y urinaria.	- Déficit en identificación de emociones y teoría de la mente. - Alteración en procesos de metacognición. - Dificultad en procesos estratégicos de la memoria episódica. - Alteración en memoria de trabajo. - Dificultad en coordinación en tareas duales.

Nota. De elaboración propia, adaptado de Godefroy et al. (2018).

Siguiendo lo expuesto en la Tabla 8, en cuanto a la sintomatología conductual se refiere, la hipoactividad global junto con la pérdida de interés y la capacidad de anticipación es el trastorno más frecuente en general, tratándose de pacientes que muestran una clara apatía que conlleva una pérdida de motivación y su consecuente disminución en la actividad. En el vértice opuesto se encuentran las personas que presentan hiperactividad global, la cual supone la presencia de conductas desinhibidas y a las que comúnmente se han asociado los trastornos de la conducta social. Por lo que respecta a las alteraciones en la conducta sexual, alimentaria y urinaria, estas van de la mano de los cambios presentes en la actividad global, presentándose una hiper o hipoactividad de la conducta en cuestión (Godefroy et al., 2018).

Por otro lado, en cuanto a la sintomatología que conforma los trastornos cognitivos, el déficit en la capacidad para iniciar acciones supone uno de los trastornos más importantes, aunque es la falta de inhibición de respuestas automáticas la que es considerada la alteración

ejecutiva más representativa, la cual está relacionada con la atención selectiva. Otra alteración cognitiva importante son las dificultades en resolución de problemas, las cuales están relacionadas con alteraciones específicas en la capacidad de deducción y en la capacidad de cambiar de tarea. Otro aspecto a tener en consideración en cuanto a su relación con los trastornos disejecutivos es la memoria episódica, cuyos procesos estratégicos de codificación y recuperación suelen verse afectados en estos pacientes, así como la metacognición. Por último, hacer referencia a los procesos socio-emocionales como la identificación de emociones o el uso de información sobre las emociones para regular la conducta ya que la alteración de estos aspectos es común en personas con trastornos disejecutivos (Godefroy et al., 2018).

Así pues, las alteraciones cognitivas y conductuales que conforman los trastornos disejecutivos son muy variadas y dependiendo de la etiología de la alteración y de la localización de la lesión predominarán unos déficits u otros. A continuación, se revisa la afectación de las FFEE según el tipo de demencia.

2.1. FFEE en las demencias

Cuando existe afectación de los lóbulos frontales o de sus múltiples interconexiones, ya sea con estructuras corticales o subcorticales, se ven afectadas las funciones ejecutivas, así pues, dichas alteraciones tienen una elevada prevalencia (Godefroy et al., 2018) y suelen estar presentes en numerosas afecciones neurológicas.

Tal y como se vio al inicio de este capítulo es habitual que con el envejecimiento normal se produzcan alteraciones en la capacidad de planificación, en el control atencional, en la flexibilidad y en la fluidez verbal (Bruna et al., 2012) y en el caso de las demencias, unas patologías pueden presentar un mayor déficit en FFEE que otras, pero en cualquier caso siempre aparece con la progresión de la enfermedad (Duke y Kaszniak, 2000). Así pues, a continuación, se revisan los diferentes perfiles disejecutivos relacionados con los tipos de demencia más comunes vistos en el primer capítulo.

2.1.1. FFEE y Enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer (EA) suele manifestarse principalmente teniendo como principal característica el déficit de memoria, tal y como se ha visto en el primer capítulo (Barragán et al., 2019) y estudios relativamente recientes han identificado el compromiso de las FFEE como la segunda disfunción neuropsicológica más frecuente, estando presente en un 87,5% de los casos de demencia a causa de la EA (Godefroy et al., 2014). Dichos autores describieron que el perfil disejecutivo en la EA suele estar basado principalmente en alteraciones en la planificación, flexibilidad e inhibición, así como una hipoactividad globalizada. Posteriormente Townley et al. (2020), completaron este perfil remarcando que las alteraciones en FFEE propias de las personas con EA se daban predominantemente en la disfunción cognitiva de estos procesos (planificación, flexibilidad, inhibición...) y no tanto en la presencia de alteraciones conductuales, aspecto más característico de la variante conductual/disejecutiva de la EA y de la DFT (Lam et al., 2013; Bergeon et al., 2020).

Estudios posteriores como el realizado por Cañas Lucendo et al. (2022) han analizado el funcionamiento de la memoria de trabajo, el control inhibitorio y la flexibilidad cognitiva en personas con EA en comparación con personas sanas, encontrando que estos tres factores se encuentran alterados en las personas con EA, con diferente grado de afectación dependiendo del grado de severidad de la demencia. Estos autores corroboran que la inhibición es uno de los procesos ejecutivos más afectado en la enfermedad de Alzheimer conllevando un mayor tiempo de reacción y una mayor comisión de errores en tareas tipo Stroop (Belanger et al., 2010; Cañas Lucendo et al., 2022). De manera similar afirman que la memoria de trabajo se encuentra alterada en personas con EA, especialmente en fases más avanzadas y que se observan alteraciones en la flexibilidad cognitiva independientemente del grado de severidad de la demencia, mostrando conductas perseverativas especialmente también conforme progresa la enfermedad (Cañas Lucendo et al., 2022). Estas alteraciones en FFEE conllevan que se vea

afectado el desempeño en las actividades de la vida diaria y la integración social, afectando a la calidad de vida y provocando que aparezcan complicaciones en el ámbito emocional, como suele ser la depresión, hecho que supone una peor evolución de la demencia (Ribas et al., 2023).

En cuanto a la patología cerebral asociada a estos déficits, se ha descrito un patrón consistente de hipometabolismo en regiones fronto-parietales (Townley et al., 2020) las cuales se encuentran estrechamente relacionadas con las funciones ejecutivas. Corriveau-Lecavalier et al. (2022) han reseñado recientemente una serie de casos clínicos, todos ellos diagnosticados de EA mediante biomarcadores, en los que han especificado un perfil hipometabólico con un perfil clínico concreto, tal y como se detalla a continuación:

- Hipometabolismo predominantemente fronto-parietal izquierdo: supone una mayor afectación en aspectos verbales, en concreto, en la memoria de trabajo verbal y fluencia verbal. Estos autores asocian esta alteración a una disfunción en el bucle fonológico más que una disfunción primaria del lenguaje puesto que estos pacientes muestran buen rendimiento en tareas como la denominación por confrontación, donde no está implicada la memoria de trabajo (Corriveau-Lecavalier et al., 2022)
- Hipometabolismo predominantemente fronto-parietal derecho: en estos pacientes se ve mayormente comprometido el uso de material visual, a diferencia de los pacientes con mayor hipometabolismo izquierdo, quienes tal y como se ha visto, muestran mayores dificultades en el uso de material verbal. Así pues, se identificó que estas personas tenían una mayor dificultad en spatial-span que en digit-span y en tareas de reconocimiento de memoria visual, donde mostraron mayor dificultad que en tareas de reconocimiento de memoria verbal. Esta alteración ha sido relacionada con un déficit en la agenda visoespacial (Corriveau-Lecavalier et al., 2022), la cual permite manipular la información visual y espacial mientras se ejecuta la tarea (Baddeley, 2002).

- Hipometabolismo predominantemente fronto-parietal bilateral: en este perfil las principales afectaciones cognitivas descritas fueron la flexibilidad y la inhibición, con una relativa preservación de la memoria de trabajo y, además, también identificaron que presentaban una progresión más lenta de la enfermedad (Corriveau-Lecavalier et al., 2022).

Por último, cabe hacer breve mención a la variante conductual/disejecutiva de la enfermedad de Alzheimer, ya que esta presenta un perfil específico donde la sintomatología de inicio es principalmente disejecutiva y conductual y no tanto mnésica, donde destacan las alteraciones conductuales, de la personalidad y de la conducta social (Lam et al., 2013; Bergeon et al., 2020) y que además se diferencia de la DFT principalmente por presentar un mayor déficit de memoria y una atrofia predominantemente temporoparietal (Ossenkoppele et al., 2015).

2.1.2. FFEE y Demencia Vascular

Las personas con deterioro cognitivo de origen vascular pueden presentar una sintomatología muy diversa ya que, tal y como se ha visto en el primer capítulo, esta depende del tipo de lesiones, de su extensión y de su localización, aun así, está consensuado que las funciones ejecutivas suelen estar afectadas en este tipo de pacientes y que por tanto, su evaluación en la práctica clínica supone un aspecto fundamental, junto con la atención, la memoria, el lenguaje y la función visoespacial (Hachinski et al., 2006; Iadecola et al., 2019; Skrobot et al., 2018). Así pues, la presencia de déficit atencional y en la función ejecutiva son criterios diagnósticos de trastorno neurocognitivo vascular según el DSM-5 (APA, 2014). Siguiendo con la clasificación de las demencias vasculares presentada anteriormente, a continuación, se presentan las posibles alteraciones en funciones ejecutivas según el tipo de demencia vascular.

En la demencia vascular multiinfarto (demencia vascular cortical) se ven afectadas grandes áreas del córtex y por tanto es probable encontrar afectación de cualquiera de los

procesos cognitivos incluidas las FFEE, la sintomatología dependerá de la localización de la lesión (Perez-Sánchez et al., 2015).

En cuanto a la demencia vascular subcortical, los pacientes con este tipo de demencia en la que se ve afectada la sustancia blanca suelen presentar alteraciones en atención y concentración y funciones ejecutivas (Perez-Sánchez et al., 2015).

En tercer lugar, en la demencia post-ictus o por infarto estratégico, de manera similar a la demencia vascular cortical, en la demencia post-ictus la persona afectada presentará una sintomatología dependiente de las áreas cerebrales afectadas.

Por último, en la demencia mixta, de la misma manera que en los tipos de demencia vascular anteriores, la sintomatología presente también dependerá de la tipología de las lesiones asociadas, su localización y su gravedad.

Así pues, es complicado establecer un patrón de alteraciones en FFEE asociadas al deterioro cognitivo vascular dada la naturaleza heterogénea de este tipo de demencias, pero queda establecido que existen dos patrones específicos, uno de tipo cortical y otro subcortical y este último está más relacionado con alteraciones en atención, FFEE y disminución en velocidad de procesamiento (Bello y García-Casares, 2018).

2.1.3. FFEE y Demencia con Cuerpos de Lewy

La sintomatología asociada a las FFEE es una de las características propias de la demencia con cuerpos de Lewy (DLB) en cuanto a cognición se refiere, junto con alteraciones en procesos atencionales y visoperceptivos (Abdelnour Ruiz, 2021; McKeith et al., 2017), además, es común encontrar en estos pacientes atrofia cerebral en regiones frontales anteriores y laterales bilaterales (Marcos, 2018).

Los déficits ejecutivos descritos en personas con DLB son diversos, en una revisión realizada por Simard et al. (2000) describieron que se habían reseñado déficits en memoria de

trabajo, control inhibitorio, inhibición de la respuesta y alternancia, flexibilidad cognitiva y fluencia verbal, resultados que se han ido confirmando a lo largo de los últimos años como por ejemplo por Johns et al. (2009) en un estudio donde compararon un grupo de personas con DLB y DFT o por Kemp et al. (2017), quienes destacan los déficits en alternancia, fluencia verbal y memoria de trabajo, ya presentes en fases iniciales de la enfermedad. Otros estudios y revisiones posteriores también han hecho mención a la presencia de alteraciones en funciones ejecutivas en el DCL con cuerpos de Lewy, junto con déficits atencionales y visoespaciales (Ciafone et al., 2020; Hemminghyth et al., 2020; Xu et al., 2018), siendo destacable la presencia de errores perseverativos y dificultades en alternancia y flexibilidad cognitiva (Petrova et al., 2015).

En un trabajo reciente llevado a cabo por Ciafone et al. (2022) estudiaron el perfil neuropsicológico del deterioro cognitivo leve con cuerpos de Lewy en comparación con el DCL por enfermedad de Alzheimer e identificaron que el DCL con cuerpos de Lewy se caracterizaba por presentar disfunción ejecutiva y enlentecimiento en el procesamiento de la información mientras que el debido a EA era típicamente amnésico. En este estudio se valoraron las FFEE mediante una prueba de fluencia verbal fonética (FAS) y el Trail Making Test A y B, por lo que la disfunción ejecutiva descrita se asoció a una alteración en el cambio de tarea o alternancia (Ciafone et al., 2022), tal y como se ha señalado anteriormente.

2.1.4. FFEE y Demencia a causa de la Degeneración Lobar Frontotemporal

Retomando lo expuesto en el primer capítulo, la degeneración lobar frontotemporal (DLFT) incluye tres tipos de demencia, pero además está presente en otros síndromes parkinsonianos. La afectación de los lóbulos frontales implica necesariamente que exista afectación de las FFEE entre otra sintomatología, este hecho resulta más evidente en la

demencia frontotemporal variante conductual o frontal (vcDFT) y es más moderado en las afasias progresivas primarias, tanto en la fluente como la no fluente (Johns et al., 2009).

Los actuales criterios diagnósticos para la vcDFT consideran entre otra sintomatología conductual la presencia de un perfil neuropsicológico concreto: la presencia de déficits en tareas ejecutivas y relativa preservación de la memoria episódica y de las funciones visoespaciales (Rascovsky et al., 2011). Así pues, las personas con vcDFT muestran alteraciones disejecutivas tanto a nivel conductual como cognitivo, destacando déficits en conducta social e interpersonal, dificultad en regulación de la conducta, déficits cognitivos en procesos atencionales, en memoria de trabajo, fluencia verbal, control inhibitorio, alternancia, planificación y toma de decisiones (Elderkin-Thompson et al., 2007; Johns et al., 2009). Además, resulta un hecho común encontrar en estos pacientes sintomatología común de la dependencia del medio como la conducta de utilización o la imitación y también se ha descrito evidencia sobre su dificultad en la capacidad de abstracción verbal (González-Gómez et al., 2021; Johnen y Bertoux, 2019).

En el caso de las personas con afasia progresiva primaria aparecen alteraciones conforme progresa la enfermedad, especialmente en fluencia tanto semántica como fonológica y en flexibilidad cognitiva (Johns et al., 2009; Wicklund et al., 2007).

2.1.5. FFEE y otros tipos de demencia

Tal y como se ha expuesto existen numerosos tipos de demencia y en cuanto a las FFEE se refiere estas suelen verse afectadas en un momento u otro de la evolución de la enfermedad. En este apartado se hace una breve mención a otras demencias que también cursan con disfunción ejecutiva.

En primer lugar, la demencia por enfermedad de Parkinson (PDD por *Parkinson's Disease Dementia*, su denominación en inglés) es similar a la demencia con cuerpos de Lewy en cuanto a sintomatología, tanto cognitiva como motora, pero se trata de entidades diferentes,

hecho que se evidencia en que en la DLB la sintomatología cognitiva es más severa y en la PDD destaca la sintomatología motora (Petrova et al., 2015). En la PDD las FFEE son el proceso cognitivo más afectado, tanto en fases iniciales como conforme avanza la enfermedad, pudiendo verse afectados subprocesos como la planificación, la memoria de trabajo espacial y la alternancia (Goldman et al., 2014).

En segundo lugar, la parálisis supranuclear progresiva, como demencia de etiología subcortical, cursa con un síndrome disejecutivo acompañado de enlentecimiento en el procesamiento de la información donde se puede observar dificultad en el razonamiento, planificación y capacidad de abstracción (Carmona-Abellán et al., 2015).

Por último, en cuanto a la degeneración corticobasal, también se han descrito disfunciones ejecutivas como dificultad en la planificación, limitaciones en el control inhibitorio y alteraciones en la fluencia verbal (Machado de Oliveira et al., 2017).

Por consiguiente, las funciones ejecutivas se encuentran afectadas en gran parte de las enfermedades neurodegenerativas que cursan con deterioro cognitivo, ya sea al inicio o con el progreso de la enfermedad, y estas afectan de manera importante en el mantenimiento de la autonomía y el progreso del deterioro cognitivo, de manera que resultan un aspecto importante a considerar en las intervenciones no farmacológicas que se planteen para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

3. Reminiscencia

La reminiscencia tiene su origen como término tal y como es conocido hoy en día en el concepto de “revisión de vida” acuñado por Butler en 1963, quien la definió como un proceso mental natural que implica la toma de conciencia de experiencias pasadas y conflictos no resueltos que permite conseguir un proceso de adaptación exitoso de la persona a lo largo de las diferentes etapas vitales, jugando un papel adaptativo especialmente en etapas finales de la vida. Tras esta definición se han descrito diversos modelos que conceptualizan de manera más concreta este proceso, ya sea respecto a los diferentes tipos de reminiscencia o sus usos, tal y como se verá posteriormente, pero de manera general la reminiscencia se define como hoy en día como el hecho de narrar o pensar en las experiencias vividas en el pasado que son personalmente significativas, pudiendo tratarse tanto de vivencias exitosas como no exitosas y tal y como señalan Satorres et al. (2018) a través de la reminiscencia las experiencias vitales son reexaminadas y reintegradas de manera consciente.

Con la conceptualización inicial realizada por Butler pronto se empezó a hacer uso de la revisión de vida como herramienta terapéutica, principalmente para tratar problemas psicológicos, promoviendo así la necesidad de crear instrumentos de medida sobre el constructo, pero como es común en el ámbito de la psicología, el uso terapéutico y la investigación sobre la reminiscencia se ha encontrado con numerosos problemas metodológicos, recogidos por Webster et al. (2010) los cuales se enumeran a continuación:

- Falta de una conceptualización adecuada, tanto respecto al proceso de reminiscencia como a su metodología de aplicación.
- Falta de fundamentación sobre los supuestos en los que se apoya la revisión de vida, como que es un proceso común a todas las personas o que tiene una función intrapsíquica.
- No existe evidencia empírica robusta sobre sus efectos terapéuticos, la evidencia es contradictoria.

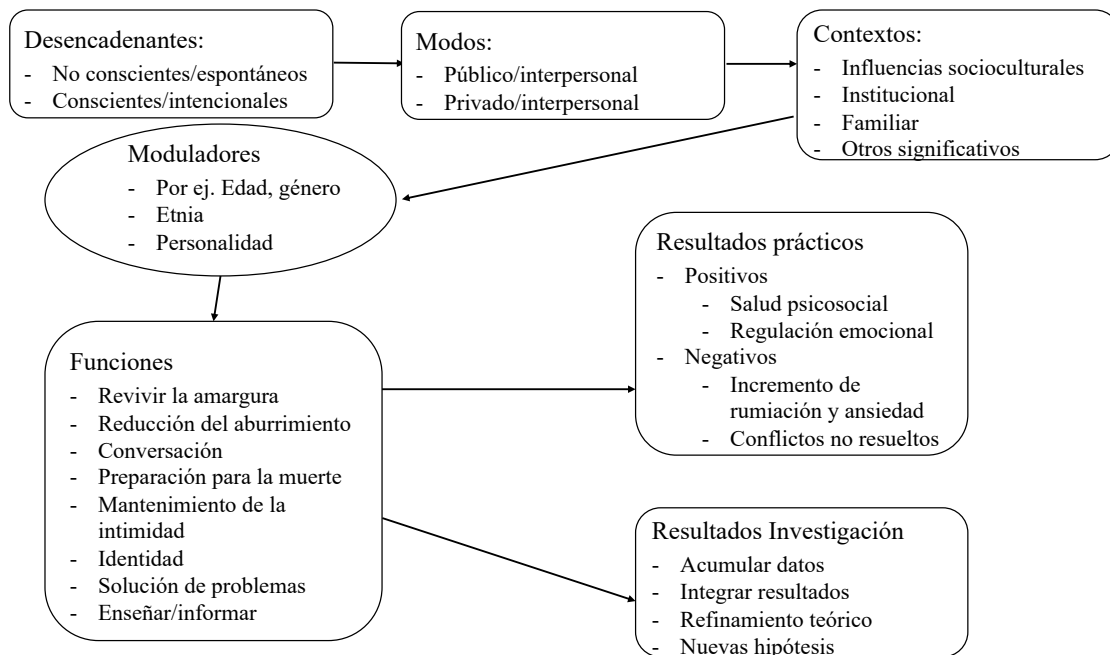
- Los instrumentos validados psicométricamente son escasos.
- Los diseños experimentales suelen presentar carencias metodológicas como, por ejemplo, falta de grupos control o grupos heterogéneos.
- Las conclusiones extraídas de los diferentes estudios no son concluyentes puesto que las conexiones teóricas que las justifican son débiles.

Estas limitaciones han motivado la elaboración del modelo heurístico de componentes de la reminiscencia propuesto por estos autores (Webster et al., 2010), quienes remarcan tras revisar la evolución histórica del concepto de reminiscencia que esta no es específica de la vejez y que tiene lugar a lo largo de todo el ciclo vital y que es multicausal, viéndose influenciada por numerosos determinantes e implicando por tanto una serie de resultados, ya sean prácticos o de investigación.

El modelo teórico propuesto por Webster et al. (2010), denominado Modelo heurístico de reminiscencia, incluye 6 componentes diferenciados: factores desencadenantes del proceso, modos en los que se trabajan los recuerdos, contexto en el que se producen, los moduladores que influyen sobre el proceso (características personales), las funciones que cumple la reminiscencia para cada persona y por último los resultados, ya sean prácticos o de investigación. En la Figura 8 presentada a continuación se puede observar la secuencia descrita, aunque los autores remarcan que no se trata de una secuencia fija, sino que es dinámica, adaptada a la situación, y que los diferentes componentes interaccionan de forma recíproca.

Figura 8

Modelo heurístico de los componentes de la reminiscencia



Nota. De Webster et al. (2010).

Tal y como se muestra en la Figura 8, los desencadenantes pueden ser conscientes o no conscientes. Diferentes estímulos sensoriales (como un olor concreto) o un proceso interno (como un sueño) pueden evocar recuerdos autobiográficos, además, dada su espontaneidad, pueden presentar diferente valencia e intensidad emocional, a diferencia de los recuerdos solicitados de manera intencional. Los desencadenantes intencionales suponen un medio para una finalidad concreta y no un fin en sí mismo, como parte de una estrategia de afrontamiento, ya sea pasada, presente o futura (Webster et al., 2010).

En cuanto a los modos, una vez aparece el recuerdo este puede ser elaborado en modo público o privado, puede ser compartido con los demás o tratado de forma interna. Según este modelo, el contexto en el que se producen estos recuerdos también determina su naturaleza, el proceso de reminiscencia se da enmarcado en un contexto y en relación a unos parámetros concretos, en cuanto a este aspecto, los valores socioculturales proporcionan estilos de

narración en las historias de vida, los diferentes contextos religiosos y geopolíticos (institucionales) también repercuten en la manera de narrar la propia historia, dando una mayor importancia o suprimiendo ciertos aspectos de la historia en relación a contexto institucional, de manera similar influye la familia, dando una mayor importancia a unas vivencias u otras en relación al funcionamiento propio de la familia. También son factores importantes en cuanto a contexto las características de la persona receptora de la historia (Webster et al., 2010).

Siguiendo con los componentes, el proceso de reminiscencia cuenta con una serie de variables que influyen en su aparición, su desarrollo y el resultado final, y estas son las características moderadoras, propias de la persona que realiza el proceso. La edad de la persona, el género, el origen étnico y la personalidad han mostrado influir en las diferentes funciones de reminiscencia (Webster et al., 2010), expuestas en la Figura 8, las cuales serán tratadas en el siguiente punto.

Por último, en cuanto a resultados se refiere, los procesos de reminiscencia aportan información útil tanto en el desempeño profesional clínico como en investigación, contribuyendo a la elaboración de modelos teóricos como por ejemplo, determinar la asociación de las funciones de reminiscencia con diversas variables psicológicas como la satisfacción con la vida (Cappeliez et al., 2005) y a una formulación adecuada de intervenciones sobre la reminiscencia o basadas en la misma, identificando de manera adecuada los factores influyentes así como los objetivos de la intervención (Webster et al., 2010).

3.1. Tipos y funciones de reminiscencia

Establecer una clasificación de tipos de reminiscencia ha sido un objetivo fundamental para poder identificar la influencia que esta ejerce sobre el bienestar y otros constructos psicológicos. Por este motivo, años atrás se han definido diferentes clasificaciones de los tipos de reminiscencia como, por ejemplo, tal y como citan Wong y Watt (1991), la clasificación de

Coleman (1986), basada en la actitud hacia la reminiscencia, pudiendo ser negativa, positiva, etc., o la propuesta de Lieberman y Tobin (1983) quienes se centran en el estilo personal. Ante esta situación, Wong y Watt (1991) llevaron a cabo una investigación mediante la cual establecer una taxonomía en la que se clasificaran los diferentes tipos de reminiscencia y establecer su relación con un envejecimiento exitoso. A continuación, se definen los seis tipos de reminiscencia identificados por estos autores:

Reminiscencia Integrativa.

El principal objetivo de la reminiscencia integrativa es lograr un sentimiento de autoestima, coherencia y reconciliación con respecto al propio pasado. Las características definitorias de este tipo de reminiscencia son la presencia de declaraciones que indican la aceptación del propio pasado, la reconciliación entre la discrepancia entre lo que hubiese sido ideal y la realidad y la aceptación de acontecimientos vitales negativos y la resolución de conflictos del pasado (Wong y Watt, 1991).

Reminiscencia Instrumental.

Este tipo de reminiscencia contribuye a la percepción subjetiva de competencia y continuidad, con la recolección de planes pasados, actividades llevadas a cabo con un determinado objetivo, intentos pasados de superar dificultades y la capacidad de retomar experiencias del pasado para resolver problemas actuales (Wong y Watt, 1991).

Reminiscencia Transmisiva.

La reminiscencia transmisiva supone la acción de transmitir un legado personal y cultural, responde a la necesidad de dejar una “herencia” compartiendo las ideas y valores propios mediante el hecho de compartir información sobre valores tradiciones, la cultura, los modos de proceder propios de un tiempo pasado, así como la sabiduría adquirida con el paso de los años (Wong y Watt, 1991).

Reminiscencia Escapista.

Este tipo de reminiscencia se caracteriza por la tendencia a glorificar el pasado menospreciando el presente, resulta definitorio de la reminiscencia escapista presumir de logros del pasado, exagerar el disfrute de eventos vividos o revelar el deseo de volver a aquella época dorada que suponen los “viejos tiempos” (Wong y Watt, 1991).

Reminiscencia Obsesiva.

La reminiscencia obsesiva aparece como consecuencia de la culpabilidad por el pasado, siendo por tanto indicativa de la falta de integración de experiencias pasadas problemáticas y que llevan a rumiar de manera continuada estos eventos pasados perturbadores. Este tipo de reminiscencia conlleva una visión amarga del propio pasado, con rasgos de culpa y desesperación (Wong y Watt, 1991).

Reminiscencia Narrativa.

Este último tipo de reminiscencia se basa en la descripción de los eventos del pasado más que en su interpretación, tal y como se ha visto en los anteriores tipos. Sus principales funciones son proveer de datos autobiográficos y recoger anécdotas del pasado (Wong y Watt, 1991).

En base a esta clasificación, Wong y Watt (1991) investigaron si se cumplía su hipótesis de que la reminiscencia integrativa e instrumental estaban asociadas a un envejecimiento satisfactorio mientras que la reminiscencia obsesiva se podría asociar a un envejecimiento no satisfactorio. Estos autores concluyeron que la reminiscencia integrativa está asociada a un envejecimiento exitoso, el cual está vinculado no tanto a la revisión de vida en sí sino al logro de la integridad en dicha revisión. Respecto a la reminiscencia instrumental, es el locus de control interno asociado al uso de estrategias de afrontamiento a lo largo de la vida el directamente implicado en el envejecimiento exitoso ya que no solamente proporciona ejemplos pasados de resolución de problemas de manera exitosa, sino que también le aporta a la persona un mayor sentimiento de dominio (Wong y Watt, 1991). Así pues, estos autores pudieron

confirmar que los tipos más adaptativos de reminiscencia, la reminiscencia integrativa y la instrumental, suelen estar presentes en personas con un envejecimiento exitoso.

Así pues, tras esta clasificación de tipos de reminiscencia cabe señalar la dificultad en establecer una diferenciación entre lo que Wong y Watt denominan tipos y los usos o funciones de reminiscencia ya que tras su descripción se hace evidente el hecho de que se hacen referencia a diferentes usos y que estos pueden estar presentes en diferentes tipologías (Webster, 1993). En relación a seguir aumentando el conocimiento sobre los diferentes usos de la reminiscencia Webster (1993) creó la *Reminiscence Function Scale* (RFS), la escala más utilizada en investigación al respecto y a través de la cual se ha podido establecer diferentes relaciones entre los distintos tipos de reminiscencia y sus usos.

La RFS es una escala compuesta por 43 ítems que miden las ocho funciones para las que la mayoría de las personas hacen uso de la reminiscencia (Webster, 1997), las cuales están incluidas en el modelo heurístico de la reminiscencia propuesto por Webster et al. (2010). Estos ocho factores no son excluyentes y pueden estar presentes varios de ellos en el momento de recordar, son los siguientes (Ros et al., 2016):

- Reducción del aburrimiento. Supone el uso de los recuerdos propios para rellenar un vacío de falta de estimulación o intereses.
- Identidad. Hace referencia a la identificación del propio patrón vital a través de los recuerdos.
- Solución de problemas. Supone el hecho de recordar la resolución de problemas en el pasado para resolver problemas presentes.
- Conversación. Hace referencia al hecho de comunicar recuerdos personales sin intención evaluativa o instructiva.
- Revivir la amargura. Implica que se reviven recuerdos de circunstancias difíciles.

- Enseñar/informar. Supone el hecho de compartir recuerdos con intención de transmitir una lección de vida.
- Preparación para la muerte. Implica el uso de los recuerdos para aceptar la propia muerte.
- Mantenimiento de la intimidad. Supone mantener viva la memoria de personas significativas que ya están presentes, principalmente por fallecimiento.

Estas funciones de reminiscencia han suscitado la elaboración de diversos modelos conceptuales sobre los que se establece su relación con diferentes variables predictoras de la salud mental y bienestar en las personas adultas mayores (Ros et al., 2016). Un ejemplo de ello es el modelo elaborado por Cappeliez y O'Rourke (2006) quienes proponen un modelo de tres variables:

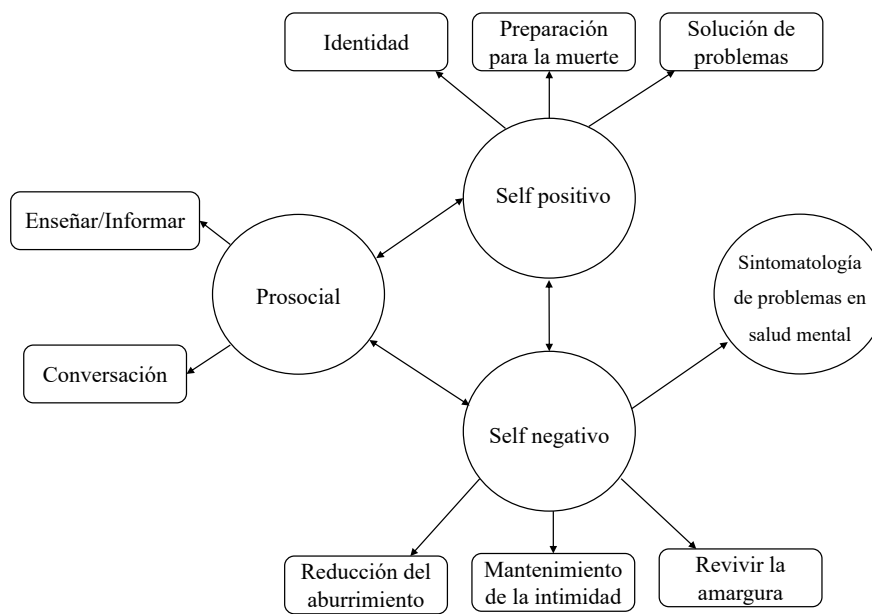
- 1) Variable de self positivo, en la que se incluyen las funciones de identidad, solución de problemas y preparación para la muerte.
- 2) Variable de self negativo, en la que se incluyen revivir la amargura, reducción del aburrimiento y mantenimiento de la intimidad.
- 3) Variable prosocial, que incluye las variables conversación y enseñar/informar.

Estos autores asocian la variable de self negativo a un mayor grado de malestar psicológico mientras que en la variable positiva se produciría el hecho contrario, en cuanto a la variable prosocial, esta no fue asociada de manera directa a aspectos de salud mental, aunque es común asociarla a sentimientos y experiencias positivas (Cappeliez y O'Rourke, 2006). En un estudio relativamente reciente, Ros et al. (2016) analizan la estructura factorial y su relación con la salud mental en una muestra de personas adultas mayores española, confirmando tanto las ocho funciones de reminiscencia como el modelo propuesto por Cappeliez y O'Rourke en 2006. En la Figura 9 se puede observar un esquema de este modelo de tres factores predictivo

de la salud mental en personas mayores donde se reflejan las relaciones descritas anteriormente entre las diferentes funciones de reminiscencia y las variables propuestas.

Figura 9

Modelo de funciones de reminiscencia y salud mental en personas mayores



Nota. Adaptado de Cappeliez y O'Rourke (2006).

Así pues, en el estudio llevado a cabo por Ros et al. (2016) se confirmó que las variables relacionadas con el self tenían una validez predictiva en relación con la sintomatología relacionada con la salud mental y no se encontró relación entre la función prosocial y dicha sintomatología.

En relación a la variable de self positivo, la función que mayor predicción de bienestar supuso es la identidad, la cual está relacionada con una mayor conciencia personal y sentido de uno mismo, por otro lado, la preparación para la muerte se relaciona con integridad al final de la vida y la solución de problemas está relacionada con la capacidad de adaptación al entorno. Por tanto, todos estos aspectos tienen un efecto positivo sobre el envejecimiento, promocionan la adaptación y el bienestar en personas adultas mayores (Cappeliez y O'Rourke, 2006; Ros et al., 2016).

En cuanto a la variable de self negativo, se ha descrito como desadaptativa y está estrechamente relacionada con bajos niveles de bienestar psicológico y altas tasas de trastornos psicológicos (O'Rourke et al., 2011). Las funciones revivir la amargura y reducción del aburrimiento se han vinculado a una baja satisfacción con la vida y a desórdenes emocionales y el mantenimiento de la intimidad centrado en la pérdida de seres queridos se relaciona con la vivencia recurrente de sentimientos negativos, con lo que todo ello supone una tendencia a generar un estado de ánimo deprimido y la presencia de trastornos psicológicos (Cappeliez y O'Rourke, 2006; Ros et al., 2016).

Por último, la función prosocial, aunque no se ha relacionado de manera directa con la salud mental está estrechamente relacionada con experiencias normalmente positivas y satisfactorias (Cappeliez y O'Rourke, 2006; Ros et al., 2016).

Por tanto, la reminiscencia en base a sus funciones es capaz de promover la salud mental en personas adultas mayores, de manera que se trata de una herramienta importante de cara a promover el bienestar general y la salud mental en particular, así como también en la cognición, tal y como se ha indicado previamente y se verá de manera más profunda en los siguientes puntos con las intervenciones basadas en la reminiscencia y sus efectos.

4. Estimulación cognitiva de las FFEE

Retomando lo expuesto en el capítulo previo, la estimulación cognitiva es definida como las intervenciones realizadas con la finalidad de promover el pensamiento, la concentración y la memoria para activar procesos cognitivos conservados y así retardar el avance del deterioro cognitivo (Spector et al., 2008; Woods et al., 2012).

Las propuestas de estrategias terapéuticas basadas en la estimulación de las FFEE suponen un aspecto a tener en cuenta puesto que el síndrome disejecutivo presente en personas con demencia implica alteraciones en el desempeño de las AVD y en las relaciones sociales,

afectando al estado de ánimo y a la calidad de vida en general (Ribas et al., 2023).

Dadas las características de las FFEE, tal y como se ha visto al inicio de este capítulo, estas incluyen diversos procesos y existen numerosos modelos que incluyen unos u otros componentes. En este trabajo se seguirá el modelo de FFEE basado en análisis factoriales de Tirapu-Ustárrroz et al. (2017) para exponer cómo se lleva a cabo la estimulación de estos factores. Por tanto, a continuación, se presentará cómo pueden ser trabajados con el objetivo de mantener o incluso potenciar su funcionamiento, pero previamente se deben tener en consideración una serie de aspectos siempre que se planifique una sesión o programa de estimulación cognitiva, con independencia del proceso cognitivo a trabajar (Muñoz Céspedes y Tirapu Ustárrroz, 2001):

- Toda intervención cognitiva debe basarse en una valoración previa, de manera que se conozcan las limitaciones y fortalezas de la persona que va a recibir la intervención.
- En base a lo establecido en la valoración neuropsicológica, se deberá graduar la complejidad de la tarea y en caso de que sea necesario, subdividirla en componentes.
- Se deben dar instrucciones claras y sencillas que faciliten la estructuración y ejecución de la tarea.
- Se debe fomentar el uso de estrategias propias de la persona a la hora de realizar la actividad.
- Siempre se deben tener en cuenta las habilidades previas de la persona e intentar siempre que sea posible que las actividades se lleven a cabo en su contexto natural.

Además de estos aspectos otra cuestión a tener en cuenta es establecer una buena relación terapéutica. Sohlberg y Mateer (2001) en su propuesta de afrontamiento de síntomas disejecutivos en personas con daño cerebral adquirido plantearon una serie de procedimientos

entre los que se incluye este aspecto que resulta fundamental ante cualquier intervención y ante cualquier persona, sea cual sea su patología. Estas autoras establecen los siguientes aspectos a tener en cuenta para desarrollar una buena alianza terapéutica: resulta imprescindible trabajar mediante actividades y temas que sean del interés de la persona, se deben establecer objetivos conjuntamente siempre que esto sea posible, cuando se produzcan situaciones erróneas se deberá guiar a la persona hacia una ejecución adecuada y la comunicación debe verse facilitada mediante el uso de lenguaje no verbal, estableciendo contacto visual y utilizando un tono de voz agradable y una postura adecuada. En definitiva, se deberá establecer una relación terapéutica basada en la empatía, el respeto y la confianza (Sohlberg y Mateer, 2001), de manera que se cree un entorno agradable y se propicie la participación de la persona afectada.

Así pues, a continuación, se retoman los diferentes procesos de control ejecutivo propuestos en el modelo de Tirapu-Ustárriz et al. (2017) y se exponen diferentes ejemplos de tareas para su estimulación:

Velocidad de procesamiento.

La velocidad de procesamiento es definida como la velocidad a la que se realiza una determinada tarea (Ríos et al., 2004) y, por tanto, puede ser trabajada mediante tareas de tipo atencional con un factor de control del tiempo, ya sea contrarreloj o indicando que se realicen lo más rápido posible. Algunos ejemplos pueden ser los siguientes:

- Presentación de una lámina con una serie de estímulos que han de contabilizar, lo más rápido posible.
- Ordenar una serie de números dados de menor a mayor, presentados visualmente, en el menor tiempo posible.
- Realizar una sopa de letras u otro pasatiempo de su elección en un tiempo concreto.

- Actividades sencillas de tipo N-back, por ejemplo, dar dos golpes sobre la mesa cada vez que escuchen dos números seguidos iguales.
- Actividades de cancelación de estímulos, de búsqueda de parejas o de estímulos iguales a un modelo acotadas a un tiempo concreto o que deben ejecutarse lo más rápido posible.

Memoria de trabajo.

Este proceso que supone el registro, codificación, mantenimiento y manipulación de la información durante la ejecución de la tarea puede ser trabajada mediante diversas actividades, pero sobre todo se debe tener en cuenta que está presente en numerosas acciones como es el hecho de recordar los pasos a seguir y su orden concreto para realizar una tarea o recordar información útil a la hora de llevar a cabo una acción y también en la resolución de problemas (Moro et al., 2015). Algunas tareas específicas de la memoria de trabajo son las siguientes:

- Actividades de cálculo mental.
- Tareas de deletreo.
- Ordenar alfabéticamente una serie de palabras.
- Resolución de anagramas donde se ocultan unas palabras de una categoría semántica concreta.
- Ejecutar una tarea según los pasos previamente indicados (manteniendo la consigna).
- Repetir frases o números en el orden inverso al proporcionado.
- Tareas de búsqueda de estímulos repetidos.

Fluidez verbal.

La fluidez verbal además de implicar procesos de producción del lenguaje también está influenciada por la velocidad de respuesta, la organización mental, el uso de estrategias de búsqueda y diferentes almacenes de memoria para iniciar una respuesta correcta ante una situación novedosa (Henson et al., 1999; Ramírez et al., 2005). Para estimular la fluidez verbal se pueden llevar a cabo diversas tareas que impliquen la producción verbal tanto en clave fonológica como semántica, algunos ejemplos son los siguientes:

- Emisión de palabras en clave semántica en diferente grado de concreción, por ejemplo, frutas en general, frutas de verano, frutas grandes o frutas pequeñas.
- Emisión de palabras en clave fonológica, por ejemplo, palabras que empiecen por una determinada letra o sílaba, palabras que contengan una determinada letra o palabras que finalicen por una letra concreta.
- Elaborar frases que contengan unas palabras dadas.
- Evocar palabras que tengan relación con una palabra concreta, por ejemplo, palabras que estén relacionadas con la palabra “primavera”.
- Emitir sinónimos y/o antónimos de una serie de palabras dadas.

Inhibición.

La inhibición se puede encontrar definida a lo largo de los estudios haciendo referencia tanto a la atención selectiva como al control de la interferencia, supone la capacidad para evitar emitir una respuesta automática o previamente aprendida (Pantsiou et al., 2018; Tirapu-Ustárroz et al., 2017). Algunas propuestas de actividades para activar la capacidad de inhibición son las siguientes:

- Ejecutar acciones según un estímulo dado, por ejemplo, si se muestra una pelota

azul levantar la mano y si se muestra una pelota verde cerrar los ojos.

- Tareas tipo go-no go, por ejemplo, si el terapeuta se toca la nariz la persona deberá tocarse la oreja y viceversa.
- Colorear un estímulo concreto de un color determinado y a la señal cambiar de estímulo y de color, realizando diversos cambios a lo largo de la tarea.
- Tareas tipo Stroop, por ejemplo, en una lámina con números leer cuántas cifras hay e inhibir la cifra presentada.
- Identificar una categoría semántica concreta dentro de un conjunto de palabras, por ejemplo, levantar la mano cada vez que la palabra escuchada sea una fruta.
- Enumerar una serie de elementos automatizados como, por ejemplo, los días de la semana, en orden inverso.

Flexibilidad cognitiva.

La flexibilidad cognitiva se encuentra estrechamente relacionada con la alternancia, hecho que permite alternar la ejecución entre diferentes tareas (Miyake et al., 2000) permitiendo a la persona adaptarse a cada situación (Pantsiou et al., 2018). Algunos ejemplos de tareas que permiten trabajar este proceso son las siguientes:

- Palabras encadenadas (se debe buscar una palabra que finalice igual que la anteriormente dada, cambiando por tanto la letra demandada).
- Mediante unas cifras dadas solicitar que elaboren un número concreto, por ejemplo, el más grande o el más pequeño posible.
- Completar frases inacabadas, tanto de manera normal como con absurdos.
- Con unas palabras dadas elaborar una frase en la que las palabras aparezcan en un orden concreto y después elaborar otra en la que aparezcan en el orden contrario.

- Exponer los diferentes usos que puede tener un determinado objeto, por ejemplo, una botella.
- Elaborar palabras con unas sílabas o letras dadas.

Planificación.

La capacidad de planificación permite valorar diferentes posibilidades ante una determinada situación y las posibles consecuencias de su aplicación (Tirapu-Ustárroz et al., 2017), supone una capacidad altamente compleja y que puede ser trabajada mediante tareas como las siguientes:

- Actividades en las que se plantean situaciones tipo “¿qué harías si...?”
- Tareas de estimación temporal, ¿cuánto tiempo se tarda en realizar una determinada acción?, ¿en qué franja horaria es más probable ubicar dicha acción?
- Actividades en las que se han de describir los pasos a realizar para llevar a cabo una tarea concreta, por ejemplo, pintar una habitación de casa. Esta misma actividad se puede realizar dando los pasos a seguir de manera desordenada y que la persona los ordene.
- Seleccionar qué objetos se necesitan para llevar a cabo una acción determinada, por ejemplo, pasar un día en la playa.
- Resolución de laberintos.

Toma de decisiones.

La toma de decisiones supone un mecanismo complejo en el que se tienen en consideración tanto aspectos emocionales como cognitivos para procesar la información y llevar a cabo la toma de decisiones propiamente dicha (Verdejo-García y Pérez-García, 2007), este proceso conlleva un buen uso de la planificación. Para trabajar la toma de decisiones se

pueden plantear situaciones problemáticas de la vida real o proponer dilemas éticos que la persona deberá resolver, pudiéndose ofrecer opciones de respuesta o trabajar mediante respuesta libre.

Ejecución dual.

La ejecución dual está muy relacionada con la atención dividida, la cual permite focalizar la atención de manera simultánea a diversos estímulos (Bate et al., 2001). Se entiende por ejecución dual cuando se realizan dos tareas simultáneas que implican material de diferente origen sensorial, por lo tanto, algunos ejemplos de tareas de ejecución dual son los siguientes:

- Realizar una tarea de cancelación a la vez que se denominan palabras de una determinada categoría semántica.
- Colorear una imagen a la vez que se repiten las palabras que va diciendo el terapeuta.
- Recortar unas figuras a la vez que se escucha una historieta y posteriormente responder preguntas sobre la misma.
- Atender a una serie de estímulos visuales a la vez que se realizan unos cálculos en voz alta para posteriormente identificar los estímulos mostrados.

Procesos multitarea (branching).

Este factor implica la activación de diversos componentes de las funciones ejecutivas para resolver una determinada situación, de manera que se intercalan diferentes subtareas que conforman la resolución final de una tarea compleja (Kumiadi et al., 2021; Tirapu-Ustárrroz et al., 2017). Los procesos multitarea se pueden trabajar mediante diferentes propuestas como por ejemplo las siguientes:

- Durante la ejecución de una actividad concreta como, por ejemplo, escribir nombres de ciudades, al escuchar una señal acústica dejar la actividad, dar una vuelta por la sala y en acabar volver al sitio y retomar la actividad.
- Solicitar la realización de diversas tareas diferentes en un tiempo concreto, por ejemplo, dos actividades de cálculo, dos de escritura y dos de praxias visoconstructivas. La clave está en la indicación de que no se pueden realizar dos modalidades iguales seguidas y por tanto deberán alternar su ejecución controlando el tiempo invertido en cada una de ellas.

Por último, en cuanto a la efectividad de la estimulación de las funciones ejecutivas en las personas con deterioro cognitivo, diversos estudios han mostrado como esta puede implicar efectos beneficiosos en diversos aspectos, no solamente en su desempeño propio sino también de manera indirecta en otras áreas y procesos. Tal y como exponen Moro et al. (2015), las intervenciones en personas con deterioro cognitivo leve se han centrado de manera clásica en actividades multicomponente no específicas o en mejorar la memoria y, sin embargo, la literatura en cuanto a la estimulación en FFEE no es tan prolífica. Estos autores en un estudio llevado a cabo con personas con DCL aplicaron un programa específico de estimulación de las funciones ejecutivas obteniendo resultados positivos no solo en los procesos ejecutivos sino también de manera indirecta en memoria y cognición general, de manera concreta se observó mejoría en memoria de trabajo y atención alternante pero no pudieron confirmar mejoría en planificación y velocidad de procesamiento. Estos resultados contrastaron con los obtenidos por los participantes del grupo control, los cuales mostraron un mayor declive en FFEE, hecho que fue identificado como un factor de riesgo de evolución a demencia, por tanto, proponen la importancia de estimular las FFEE desde fases iniciales del DCL y que dicha intervención se mantenga en el tiempo puesto que los resultados no se mantuvieron a largo plazo (Moro et al., 2015).

Anteriormente, en un estudio longitudinal llevado a cabo por Unverzagt et al. (2009) estudiaron el efecto de un programa de estimulación cognitiva para personas sanas y con deterioro cognitivo leve, pudiendo confirmar que las personas con DCL que recibieron entrenamiento en velocidad de procesamiento y razonamiento obtuvieron resultados beneficiosos, tanto como las personas sanas. Por otro lado, en un estudio llevado a cabo para evaluar la efectividad del entrenamiento de la ejecución dual en personas con deterioro cognitivo leve se observó que estas mejoraban su desempeño en FFEE en general (Makizako et al., 2013)

Por último, más recientemente, Valdés et al. (2019) en un estudio con personas con deterioro cognitivo leve mostraron como el entrenamiento en la velocidad de procesamiento con estímulos visuales puede tener efectos beneficiosos en el campo de visión útil, pudiendo mejorar el desempeño de las actividades de la vida diaria, aunque remarcaron que estos resultados requieren una mayor investigación ya que no fueron tan robustos como los obtenidos previamente (Lin et al., 2016).

Por tanto, la evidencia científica sobre la efectividad de las intervenciones centradas de manera específica en la estimulación de los procesos ejecutivos en personas con demencia y deterioro cognitivo leve es escasa, resultando necesario ampliar estas investigaciones para confirmar los hallazgos descritos y poder definir de manera más adecuada su modo de aplicación y usabilidad.

5. Intervenciones sobre la Reminiscencia

Al igual que la conceptualización de la reminiscencia, Butler fue el primero en promover el uso de la “revisión de vida” con fines terapéuticos (1974) con la intención de revisar e integrar experiencias vividas y conflictos no resueltos, reflexionando sobre ellos, buscando fomentar el proceso de adaptación e integridad en relación a lo vivido.

Desde entonces, las intervenciones sobre la reminiscencia se han llevado a cabo en un amplio abanico de poblaciones, tanto en personas adultas mayores que viven en la comunidad como en residentes en instituciones, personas con demencia u otros colectivos específicos e incluyendo una gran variedad de actividades como la escritura autobiográfica, la realización de entrevistas orales o expresiones artísticas entre muchas otras. Estas intervenciones son llevadas a cabo en una gran variedad de tipologías de centros y pueden incluir tanto a las personas adultas mayores como a sus familiares o cuidadores, pero existen numerosas modalidades de intervenciones, encontrándose diferentes nombres para un mismo procedimiento y a la inversa, denominando de diferentes maneras a procesos similares (Westerhof et al., 2010). Actualmente en la literatura se puede encontrar la distinción de tres tipos básicos de intervenciones de reminiscencia:

1. Reminiscencia simple. Este tipo de intervención es adecuada para personas con buena salud mental y que encuentran el hecho de compartir sus recuerdos autobiográficos una actividad positiva (Westerhof et al., 2010). Se basa en la narración espontánea de material autobiográfico que suele presentarse en un contexto social, con la finalidad de informar y comunicar, describiendo eventos del pasado que normalmente son positivos promoviendo de esta manera el bienestar y emociones positivas, así como el contacto social (Webster et al., 2010). Este tipo de intervención puede ser facilitada a través de grupos de reminiscencia o en grupos que buscan fomentar el vínculo intergeneracional mediante la expresión oral de recuerdos autobiográficos positivos activando las funciones prosociales de la reminiscencia, conversación y enseñar/informar (Webster et al., 2010; Westerhof et al., 2010). En cuanto a las personas encargadas de llevar a cabo este tipo de intervención, necesitan habilidades básicas que les permitan facilitar el proceso espontáneo de reminiscencia y promover la interacción social (Westerhof et al., 2010).

2. Revisión de vida. Esta modalidad se trata de un proceso más estructurado que revisa todo el ciclo vital y está orientado a personas que muestran dificultades para encontrar un sentido en la vida o encuentran dificultades de adaptación ante las adversidades, por tanto, el principal objetivo de esta intervención es mejorar diversos aspectos de la salud mental como la aceptación, el autodominio y el sentido de la vida (Westerhof et al., 2010). La revisión de vida incluye actividades como entrevistas individuales o grupos autobiográficos guiados, donde se evalúan las vivencias, buscando elaborar una historia de vida coherente integrando eventos positivos y negativos donde es fundamental la aceptación propia, de esta manera, se ven activadas las funciones de reminiscencia de self positivo, identidad y solución de problemas (Webster et al., 2010; Westerhof et al., 2010). En este caso las personas encargadas de llevar a cabo la intervención necesitan habilidades más avanzadas de manera que estas les permitan estructurar las sesiones y plantear preguntas que relacionen los recuerdos con la vida actual, ayudando a las personas participantes a reconceptualizar el significado de vivencias del pasado (Westerhof et al., 2010).
3. Terapia de revisión de vida. Este tipo contempla el uso de la terapia de reminiscencia con el objetivo de tratar procesos psicopatológicos, considerando la revisión de vida como una manera de identificar los factores causales del proceso psicopatológico, buscando promover una visión positiva del pasado tratando de reconstruir la historia de vida y promoviendo cambios en la identidad de la persona (Webster et al., 2010). Así pues, el principal objetivo es promover el cambio y mejorar los síntomas psicopatológicos, centrándose en la reducción de las funciones de reminiscencia de self negativo (revivir la amargura y reducción del aburrimiento) y estimulando las funciones positivas (Westerhof et al., 2010). En este caso, las intervenciones están orientadas a desarrollar un sentido de identidad positiva centrándose en recuerdos positivos, además,

puede plantearse a través de diferentes marcos terapéuticos como puede ser la terapia cognitivo-conductual o el psicoanálisis, siendo necesario por tanto que las personas que lleven a cabo este tipo de intervenciones tengan la formación específica necesaria (Westerhof et al., 2010).

Así pues, estos tres tipos de intervenciones se pueden identificar como tres niveles de intensidad distintos de reminiscencia, desarrollándose a través de diferentes protocolos y metodologías que vienen determinados por diferentes criterios. Dichas intervenciones están presentes de manera frecuente en los centros de atención a personas mayores y siguiendo el planteamiento de Martínez Rodríguez (2012) se recogen a continuación las diferentes posibilidades de intervención.

Por un lado, en relación a los tres tipos de intervención de reminiscencia expuestos previamente se pueden establecer dos modalidades en base a los objetivos, de manera que la intervención se puede plantear con una finalidad terapéutica propiamente dicha, con la que se busca resolver conflictos no resueltos o una mayor adaptación a la vida presente y por otro lado un planteamiento más estimulativo mediante la mera evocación de recuerdos sin una finalidad terapéutica pero sin obviar el hecho de que se pueden llevar a cabo reflexiones sobre lo vivido que conducen a una imagen positiva del mismo y a una mayor integración con el presente (Martínez Rodríguez, 2012).

Las intervenciones sobre la reminiscencia también pueden ser definidas en base a su estructuración, por un lado, pueden verse organizadas en programas de intervención estructurados donde en base a una temática prevista y una metodología concreta se llevan a cabo una serie de sesiones planificadas previamente y por otro pueden plantearse intervenciones informales sin programación, que se plantean de manera espontánea y que no por ello son menos gratificantes y valiosas (Martínez Rodríguez, 2012). En relación a ello, se ha estudiado

el número de sesiones idóneo para obtener resultados positivos, encontrando información dispar ya que diversas revisiones señalan que el número de sesiones no muestra un efecto claro sobre los resultados obtenidos con de la intervención (Bohlmeijer et al., 2007; Pinquart y Forstmeier, 2012).

Por otro lado, la intervención en reminiscencia se puede llevar a cabo de manera individual o en formato de grupo, este criterio depende en parte de los objetivos de la intervención, puesto que cuando se lleva a cabo una intervención terapéutica suele aplicarse en formato individual o incluso realizando una intervención combinada. Para ambas modalidades se han descrito aspectos positivos en el bienestar y en el estado de ánimo ya que el formato individual permite una mayor personalización de los objetivos terapéuticos y el formato grupal fomenta el contacto y la integración social (Bohlmeijer et al., 2003; Bohlmeijer et al., 2007) pero no se ha podido identificar que una modalidad sea superior frente a la otra (Pinquart y Forstmeier, 2012).

Así pues, partiendo de estos criterios, surgen una gran variedad de posibilidades de intervención como son los grupos de conversación o las sesiones grupales estructuradas (Martínez Rodríguez, 2012). Además, existen numerosos elementos que pueden acompañar a las intervenciones sobre la reminiscencia, como objetos familiares, objetos antiguos, fotografías, material audiovisual diverso, refranes... en definitiva, una amplia variedad de estímulos significativos que pueden ser útiles para evocar recuerdos.

A continuación, en los siguientes puntos, se recogen los efectos de las intervenciones sobre la reminiscencia en personas adultas mayores en general y posteriormente qué efectos producen estas intervenciones en personas con demencia.

5.1. Efectos de las intervenciones sobre la reminiscencia en personas adultas mayores

Retomando lo descrito anteriormente, las intervenciones basadas en reminiscencia pueden proponerse de maneras muy diversas que dependerán de los objetivos de la intervención, las características del grupo o de la persona a la que van dirigidas, el contexto de su aplicación y las habilidades y perfil profesional de la persona que va a implantar la intervención (Lin et al., 2003; Martínez Rodríguez, 2012; Westerhof et al., 2010).

Durante las últimas décadas se ha estudiado como las diferentes funciones de reminiscencia revisadas anteriormente son capaces de influir en el bienestar de las personas mayores y, tal y como se ha indicado en la descripción de las mismas, es posible predecir la presencia de sintomatología depresiva en relación a estas, en función se produzca un mayor uso de variables de self positivas o negativas (Cappeliez y O'Rourke, 2006; Ros et al., 2016). En un estudio reciente llevado a cabo por Satorres et al. (2021) se planteó el efecto que produce un programa de reminiscencia sobre estas variables en un grupo de personas mayores sanas, tal y como se expone a continuación.

En este estudio se aplicó una intervención basada en reminiscencia simple dirigida a un grupo, con una duración de diez semanas en las que se realizó una sesión semanal con una duración de dos horas. Las sesiones tuvieron siempre la misma formulación metodológica iniciando con una exposición de los objetivos a trabajar en la sesión y cómo iba a llevarse a cabo, posteriormente se aplicó un ejercicio de relajación y las actividades planificadas y al finalizar cada sesión se llevó a cabo la evaluación y registro de la misma. Este estudio tuvo como principal objetivo establecer cómo las ocho funciones de reminiscencia propuestas por Webster (1997) cambian tras participar en un programa de reminiscencia simple. Observaron que el grupo experimental mostró un incremento en el uso de funciones de reminiscencia asociadas a self positivo y una disminución en las relativas a self negativo, en contraste con lo

observado en el grupo control, en quienes se produjo un aumento en el uso de las funciones negativas. De manera concreta, se obtuvo que el aumento del uso de las funciones “solución de problemas” y “preparación para la muerte” se mantuvo en el seguimiento llevado a cabo posteriormente (tres meses después). Por otro lado, también observaron un aumento en el uso de la función conversación en el grupo experimental el cual se mantuvo en el seguimiento, en relación a esta función, el hecho de compartir experiencias y crear vínculos sociales tiene un efecto beneficioso en las personas mayores, mejorando el bienestar psicológico y la salud física (Cappeliez y O’Rourke, 2006). Así pues, teniendo en cuenta que estas funciones positivas de reminiscencia no solamente conllevan un mayor bienestar y salud mental en personas mayores (Ros et al., 2016; Satorres et al., 2021), sino que también tienen efectos sobre otras variables como la percepción de salud, el envejecimiento exitoso o la satisfacción con la vida, la aplicación de programas de reminiscencia es una buena herramienta de intervención para mejorar estos aspectos (Satorres et al., 2021).

Durante las últimas décadas se han realizado diversas revisiones sistemáticas y metaanálisis que han estudiado los resultados obtenidos en las investigaciones basadas en la aplicación de intervenciones sobre reminiscencia en la salud psicológica de las personas mayores (Pinquart y Forstmeier, 2012; Lin et al., 2003; Tam et al., 2021). En primer lugar, Lin et al. (2003) hacen referencia a las dificultades metodológicas halladas como la poca descripción de los procedimientos llevados a cabo, la gran variedad en la modalidad de las intervenciones, los diferentes resultados estudiados o las muestras pequeñas. Estos autores indican que las intervenciones basadas en reminiscencia pueden ser de utilidad para mejorar el estado de ánimo, el funcionamiento cognitivo, la satisfacción vital y la autoestima de personas mayores pero dichas dificultades no permitieron definir resultados consistentes, promoviendo así un mayor estudio sobre el tema (Lin et al., 2003).

Posteriormente, Pinquart y Forstmeier (2012) pudieron aportar mayores evidencias al incluir 128 estudios en su metaanálisis y hacen referencia no solamente al papel terapéutico de la reminiscencia sino también a los efectos preventivos que puede tener. En primer lugar, en cuanto a la sintomatología depresiva y otros síntomas psicológicos, indicaron que se obtenían resultados positivos con la aplicación de la reminiscencia pero que este efecto era mayor en la aplicación de la modalidad terapia de revisión de vida, hecho que es explicado por la mayor gravedad de los síntomas de depresión que presentaban las personas participantes de esta modalidad. Respecto a las otras dos modalidades, revisión de vida y reminiscencia simple, no encontraron diferencias en los efectos sobre depresión y bienestar. En esta revisión también describieron efectos positivos de las intervenciones basadas en reminiscencia sobre la integridad y el desarrollo de una actitud de aceptación hacia la propia vida, aunque no tuvieron datos suficientes para determinar qué modalidad de intervención podía resultar más efectiva. En cuanto al efecto de estas intervenciones sobre la cognición, solamente se pudo confirmar que era efectiva en casos de personas con deterioro cognitivo. Así pues, en esta revisión se describen varios efectos positivos en variables como la depresión, integridad, bienestar y cognición, que además se mantuvieron en las valoraciones de seguimiento (Pinquart y Forstmeier, 2012).

Por último, recientemente Tam et al. (2021) elaboraron una revisión sistemática y metaanálisis donde analizaron los resultados de los estudios llevados a cabo en personas mayores sanas en los que se aplicaba alguna modalidad de intervención sobre la reminiscencia. En total se incluyeron 31 artículos de los cuales se obtuvieron diversas conclusiones. A través del metaanálisis estos autores concluyeron que las intervenciones sobre la reminiscencia tenían efectos positivos sobre la sintomatología depresiva y la satisfacción con la vida de personas mayores. De manera más concreta exponen que las intervenciones basadas en la reminiscencia suelen promover el recuerdo de eventos vitales positivos adoptando una visión más equilibrada

de la vida, aliviando así la sintomatología depresiva. En cuanto a la satisfacción con la vida se refiere, el hecho de elaborar las historias vitales permite reinterpretar y ofrecer un mayor significado a esos episodios y no tanto juzgarlos, aumentando así la sensación de control de vida, reduciendo la insatisfacción y permitiendo una mayor focalización en objetivos relevantes. Por último, en cuanto a otras variables recogidas que no pudieron ser incluidas en el metaanálisis por falta de datos como el bienestar psicológico, la calidad de vida, la felicidad y la ansiedad, estos autores recogen que en general se han obtenido resultados positivos en estos aspectos (Tam et al., 2021).

Además de estos efectos más centrados en el estado de ánimo y el bienestar psicológico, también se han llevado a cabo estudios específicos en otras variables paralelas a la salud mental como son las estrategias de afrontamiento. Tal y como se ha visto a lo largo de este capítulo la reminiscencia tiene un efecto positivo en la capacidad de adaptación de las personas mayores, hecho que se ha asociado a la reminiscencia instrumental, descrita como la capacidad de retomar experiencias del pasado para resolver problemas actuales (Wong y Watt, 1991). En un trabajo realizado por Satorres et al. (2018) se estudió si una intervención basada en reminiscencia instrumental era capaz de mejorar las estrategias de afrontamiento en un grupo de personas mayores en el cual se obtuvieron resultados positivos especialmente en estrategias de afrontamiento centradas en el problema, en concreto en estrategias de resolución de problemas, revaloración positiva y búsqueda de apoyo social (Satorres et al., 2018). Así pues, sugieren que mediante una intervención basada en reminiscencia instrumental se pueden mejorar las estrategias de afrontamiento, permitiendo a las personas mayores afrontar de manera más satisfactoria las diferentes situaciones que se les puedan plantear, repercutiendo directamente en su bienestar psicológico. Estos resultados no se pudieron mantener a largo plazo, por lo que se propone considerar la posibilidad de ofrecer intervenciones más duraderas

y que se lleven a cabo sesiones de refuerzo para poder mantener los resultados y mejorar así el proceso de adaptación al envejecimiento (Satorres et al., 2018).

En definitiva, se ha descrito el efecto de la reminiscencia en personas adultas mayores sobre numerosas variables como la depresión, la integridad, los propósitos en la vida, las relaciones sociales, etc., en mayor o menor medida. Aun así resultan necesarios un mayor número de estudios que permitan confirmar estos efectos con un mayor rigor, establecer factores como el papel de los diferentes tipos de intervenciones o el efecto que la reminiscencia tiene sobre la cognición en personas mayores sanas, ya que es un aspecto poco estudiado en personas sin deterioro cognitivo (Pinquart y Forstmeier, 2012).

5.2. Intervenciones sobre la reminiscencia en personas con demencia

Tras lo expuesto en el punto anterior donde se evidencia el uso de las intervenciones basadas en reminiscencia para personas mayores sanas, en este punto se expone el uso de estas intervenciones para personas con deterioro cognitivo o demencia. Mientras en el caso de las personas mayores en general el objetivo principal es mejorar el bienestar y el estado de ánimo de las personas participantes los objetivos de las intervenciones para personas con demencia se centran en mejorar aspectos como la cognición y la comunicación además del estado de ánimo y la calidad de vida en general (Woods et al., 2018).

A lo largo de esta introducción teórica ya se han dado unas pinceladas sobre cómo se interviene en personas con demencia a través de la reminiscencia puesto que la relativamente preservada memoria autobiográfica hace de esta herramienta un método eficaz mediante el cual, a través del uso de diversos materiales y en intervenciones tanto individuales como en grupo, se ha conseguido encontrar efectos positivos en cognición, calidad de vida, comunicación y estado de ánimo, aunque no de manera consistente (Woods et al., 2018).

Estos hallazgos se han visto confirmados en revisiones sistemáticas recientes como las de Cammisuli et al. (2022), Saragih et al. (2022a) o Park et al. (2019), quienes recogen que las intervenciones basadas en reminiscencia en personas con demencia son especialmente eficaces en el mantenimiento de la cognición a nivel global, la disminución de la depresión y otros síntomas neuropsiquiátricos y en la mejora de aspectos relacionados con la calidad de vida de las personas con demencia. Por otro lado, también se ha estudiado el efecto que estas intervenciones tienen en las actividades de la vida diaria pero no se han encontrado resultados positivos al respecto (Saragih et al., 2022a). En relación con estos resultados, y tal y como se ha visto en personas mayores sanas (Pinquart y Forstmeier, 2012), parece que los resultados positivos suelen ser mayores cuando existe una mayor alteración previa, tal y como es descrito por Justo-Henriques et al. (2022) que exponen que aquellas personas con una peor calidad de vida, peor estado de ánimo previo y peor funcionamiento ejecutivo obtenían mayores beneficios en estos términos tras participar en un programa de reminiscencia.

Por otro lado, de manera más concreta, en cuanto a sintomatología psiquiátrica y conductual se refiere, resultan interesantes los hallazgos obtenidos en un estudio en el que se implantó un programa de reminiscencia para tratar la agitación, enmarcado en un centro de atención centrada en la persona, como parte de las actividades significativas que ofrecían a los residentes (Lin et al., 2022). Estos autores ofrecieron un programa de una sesión semanal durante 10 semanas a través del cual pudieron observar cómo aumentaban las interacciones sociales, mejoraba el estado de ánimo, disminuía la conducta agitada y mejoraba la cognición en los participantes (Lin et al., 2022).

Además de los resultados descritos a través de estas revisiones resulta importante hacer mención a otros resultados obtenidos a través de otros estudios, como por ejemplo el estudio llevado a cabo por Park y Moon (2022) donde estudiaron el efecto de la terapia de reminiscencia sobre el lenguaje, en concreto sobre las habilidades semánticas y comunicativas. En este estudio

se llevó a cabo un programa de terapia de reminiscencia de cuatro semanas en 41 mujeres con demencia en el que se aplicaron dos sesiones semanales de 30 minutos cada una. Estos autores concluyeron que se producían mejoras en estos aspectos repercutiendo de manera directa en la comunicación, aunque no se pudo confirmar que aumentase la cantidad de discurso de las personas participantes, animando por tanto a seguir en esta línea de investigación de cara a mejorar la comunicación en personas con demencia (Park y Moon, 2022).

Por tanto, y a modo de resumen de lo expuesto en cuanto a este tipo de intervenciones, siguiendo las conclusiones obtenidas en las diversas revisiones sistemáticas (Cammisuli et al., 2022; O'Philbin et al., 2018; Park et al., 2019; Saragih et al., 2022a; Woods et al., 2018) se puede concluir que:

- Las intervenciones basadas en la reminiscencia son una modalidad de intervención ampliamente utilizada en personas con demencia, tanto en centros de atención a personas mayores como en el domicilio.
- Los resultados obtenidos a lo largo de los estudios incluyen efectos positivos significativos en calidad de vida, estado de ánimo, cognición y comunicación.
- Dada la gran variedad de tipos de intervenciones sobre reminiscencia es complicado extraer conclusiones concretas sobre qué tipo ofrece mejores resultados.
- No existen datos consistentes sobre qué modalidades son las más beneficiosas, si intervención individual o en grupo e intervención en el domicilio o en centro de atención.
- Resulta necesario un mayor número de estudios con mayor calidad metodológica para poder confirmar y ampliar los resultados obtenidos hasta la fecha.

6. Efecto de la estimulación cognitiva y la reminiscencia sobre otras variables psicológicas

Por último, en este punto se hará una breve mención a tres variables psicológicas que repercuten en el bienestar general de las personas mayores. A continuación, se definen estas variables y se determina la influencia que pueden ejercer sobre ellas las intervenciones basadas en reminiscencia y la estimulación cognitiva, tal y como ya se ha podido entrever a lo largo de este capítulo.

6.1. Satisfacción vital

El bienestar se ha tratado de definir desde dos vertientes diferentes, por un lado, la aproximación hedonista y por otro la eudaimonista (Willroth et al., 2023). La posición hedonista relaciona de manera directa el bienestar subjetivo con el placer y la felicidad (Diener et al., 1999) mientras que la aproximación eudaimonista incluye también un componente de desarrollo del potencial de la persona (Waterman, 1993).

Desde este punto de vista hedonista se construyó el constructo de bienestar subjetivo en el cual se describen tres componentes: el afecto positivo, el afecto negativo y la satisfacción con la vida (Diener et al., 1999). Los dos primeros componentes hacen referencia a los aspectos emocionales de constructo y la satisfacción con la vida es el componente cognitivo, el cual hace referencia a un proceso en el que se lleva a cabo una evaluación donde la persona compara sus propias circunstancias vitales con las que considera que son apropiadas o deseables (Diener et al., 1999). La aproximación eudaimonista se ha relacionado de manera más estrecha con el bienestar psicológico, el cual está compuesto por seis dimensiones diferenciadas: autonomía, aceptación propia, relaciones positivas con terceros, control del entorno, propósitos en la vida y crecimiento personal (Ryff, 1989). Estas dos vertientes se han ido desarrollando de manera paralela y se ha hecho referencia a la existencia de cierto solapamiento entre ellas,

especialmente en cuanto al componente de satisfacción con la vida ya que cuenta con importantes aspectos eudaimónicos, tal y como indican Díaz et al. (2015), dado el aspecto evaluativo que supone.

El estudio del bienestar y la satisfacción con la vida ha sido el objetivo de numerosas investigaciones científicas que han intentado establecer relaciones de riesgo y/o protectoras frente a diversas patologías, entre ellas el deterioro cognitivo y la demencia, sobre las que se han encontrado resultados dispares. Peitsch et al. (2016) recogen que diversos factores han sido asociados a la satisfacción con la vida, como la presencia de fragilidad, el estado cognitivo, la salud global, la autonomía y la autoestima, concluyendo en su estudio que una baja satisfacción con la vida puede predecir a medio-largo plazo la aparición de demencia e incluso la muerte, de manera similar a la presencia de un estado de ánimo deprimido. De esta misma manera, Kim et al. (2020) también describieron en su estudio que las personas con un mayor riesgo de demencia mostraron una menor satisfacción con la vida y aunque no pudieron establecer una relación directa resaltan la importancia de intentar aumentar la satisfacción vital mediante el apoyo social para intentar evitar en la medida de lo posible la progresión a demencia.

Por otro lado, en un estudio reciente llevado a cabo por Willroth et al. (2023), confirman que el bienestar de tipo eudaimónico está estrechamente relacionado con la reserva cognitiva, teniendo un importante efecto protector frente al riesgo de demencia y proponiendo por tanto que se incluya en las propuestas de intervención para evitar la aparición de deterioro cognitivo. En esta línea, Abellana-Pérez et al. (2023) hacen referencia a la importancia de tener propósitos en la vida, como factor protector ante los cambios neuropatológicos que pueden estar ya presentes a mediana edad, promoviendo así la reserva cognitiva a largo plazo.

En cuanto a la satisfacción con la vida de personas con demencia ya instaurada, no es fácil encontrar estudios que valoren este aspecto dada la dificultad que supone su evaluación en

este tipo de pacientes, encontrándose por tanto una mayor referencia a la calidad de vida en general que puede ser informada por terceros y no tanto a la satisfacción con la vida, que como se ha visto, se trata de un constructo más subjetivo y por tanto más complejo de valorar en estos casos (Martyr et al., 2018). En este sentido, Wu et al. (2020) estudiaron estos aspectos tanto a través de las propias personas con demencia como a través de sus cuidadores y compararon los resultados encontrando que normalmente las personas con demencia percibían mayor bienestar que el que reportaban sus cuidadores y cuidadoras. Aun así, identifican como ambas opciones de medida son aptas para su estudio puesto que ofrecen información interesante sobre estos aspectos.

Desde otro punto de vista, Gotanda et al. (2023) estudiaron la existencia de diferencias en satisfacción con la vida en personas con demencia y personas sin deterioro cognitivo y no encontraron diferencias, sí que observaron que presentaban menor satisfacción con la vida personas con mayor dependencia para las AVD y estado de ánimo deprimido, independientemente de si tenían deterioro cognitivo o no, hecho que indican puede estar relacionado con la anosognosia, tan frecuente entre las personas con demencia.

Las intervenciones basadas en la reminiscencia, tal y como se ha descrito previamente, han tenido entre sus objetivos mejorar el bienestar emocional y la satisfacción con la vida de las personas participantes. En el metaanálisis llevado a cabo por Bohlmeijer et al. (2007) concluyeron que los resultados sugieren cierto efecto positivo sobre estas variables, en mayor medida si se aplicaba la modalidad de revisión de vida frente a la reminiscencia simple.

En cuanto a la estimulación cognitiva, también es común encontrar entre los trabajos de investigación la inclusión del bienestar general entre sus variables a estudio, pero resulta complicado encontrar resultados específicos sobre la satisfacción con la vida. Así pues, en cuanto al bienestar general, Woods et al. (2012) recogieron en la revisión Cochrane sobre

estimulación cognitiva que esta además de mejorar la cognición en general podía promover efectos positivos sobre la calidad de vida y el bienestar en personas con demencia leve-moderada. Allward et al. (2020) en un estudio relativamente reciente observaron como recibir una intervención basada en la estimulación cognitiva podía tener efectos beneficiosos sobre el bienestar psicológico general, ofreciendo herramientas específicas para afrontar el deterioro cognitivo.

6.2. Resiliencia

La resiliencia en personas mayores es definida como un rasgo o característica propia de la persona y como un proceso dinámico de afrontamiento ante los eventos adversos que se pueden ir produciendo en el envejecimiento, que tal y como define Windle (2011) está compuesto por 3 componentes: la presencia de un factor de riesgo o adversidad, la adaptación positiva o evitación y factores protectores o recursos que faciliten una adaptación eficaz en respuesta a dicha adversidad. Así pues, la definición de resiliencia incluye características o rasgos protectores, procesos de afrontamiento, la consideración del contexto social y ambiental y la interacción de estos aspectos.

Dadas las circunstancias que suelen acompañar el envejecimiento como cambios en el entorno social, la posible presencia de deterioro físico, cognitivo y/o funcional y la comorbilidad de enfermedades crónicas, no se plantea la resiliencia como un resultado positivo ante estas posibles adversidades sino más como un proceso de adaptación, ajuste y aceptación efectivos (Windle, 2011).

Los estudios sobre resiliencia en el ámbito de las personas con demencia se han centrado principalmente en sus personas cuidadoras, pero respecto a la resiliencia en la propia persona afectada existe muy poca literatura, aunque de manera reciente ha empezado a aumentar cierto interés en este tema, puesto que también se empiezan a explorar las fortalezas que pueden

mitigar los déficits, con el objetivo de evidenciar que se puede “vivir bien” con un diagnóstico de demencia (Lamont et al., 2020).

En una revisión sistemática reciente llevada a cabo por Windle et al. (2023) se plantea establecer un modelo conceptual sobre la resiliencia en personas con demencia con la finalidad de establecer si resulta posible ser resiliente en dicha condición. Estos autores indican que es posible, aunque supone un reto conforme avanza la enfermedad dada la progresión de los síntomas. Tras este análisis establecen que la resiliencia en personas con demencia puede ser alcanzada mediante el papel que pueden ejercer las fortalezas psicológicas, la adaptación práctica a la vida con demencia, mantener las aficiones e intereses, así como las relaciones con familiares y amigos, participar de actividades en la comunidad y recibir apoyo de profesionales sanitarios (Windle et al., 2023). Con esta conceptualización se hace especial referencia a la importancia del factor social en la resiliencia puesto que se centra en la capacidad de desarrollar las fortalezas de uno mismo, en la habilidad de seguir siendo responsable de la propia vida en la medida de lo posible y seguir participando de actividades sociales (Huber et al., 2011; Windle et al., 2023).

Por tanto, el momento del diagnóstico es identificado como un momento clave ya que puede generar un estado de shock, confusión y depresión y muchas personas identifican la falta de soporte por parte de los profesionales sanitarios en el momento en el que les proporcionaron dicho diagnóstico, por este motivo, se propone una posición más positiva en el momento del diagnóstico, haciendo especial hincapié en aquello que se puede hacer, animar a las personas a seguir con sus vidas de manera significativa y buscar servicios de apoyo tras el diagnóstico (Windle et al., 2023).

En cuanto a herramientas para mejorar la resiliencia en personas mayores en general, se ha identificado que intervenciones como la reminiscencia y basadas en mindfulness pueden

resultar útiles, en especial si además se incluyen actividades significativas que impliquen procesos creativos (Allen et al., 2018). En este sentido Bradwell (2021) describió una experiencia intergeneracional con niños y personas mayores mediante la cual se estableció una relación significativa en un contexto relacionado con el arte, la música y la expresión corporal. Tras esta intervención observaron que se obtenía un espacio satisfactorio, que las personas participantes deseaban seguir participando de estas actividades, dando especial importancia a la relación establecida entre las dos personas y la posibilidad de expresar y comunicarse mediante las actividades propuestas, aunque el deterioro cognitivo fuese avanzado.

De manera más concreta en cuanto al efecto de la reminiscencia sobre la resiliencia en personas mayores en general, Meléndez et al. (2015a) describieron una intervención basada en un programa de reminiscencia a través del cual se buscaba desarrollar estrategias de afrontamiento adaptativas e impulsar la resiliencia ante la adversidad, con una duración de ocho semanas en las que se llevaba a cabo una sesión semanal. A través de las sesiones de reminiscencia se rememoraron situaciones adversas y como se hizo frente a las mismas, promoviendo así emociones positivas y aumentando su capacidad adaptativa y, por ende, la resiliencia, tal y como pudieron confirmar al comparar los resultados obtenidos en el grupo control, quienes obtuvieron puntuaciones más bajas en resiliencia.

No ha sido posible encontrar estudios respecto al efecto que puede ejercer la estimulación cognitiva sobre la resiliencia, así como otros estudios que intervengan sobre la resiliencia en personas con demencia, más allá de lo que aquí se ha descrito. Tal y como se ha visto en este punto, el estudio de la resiliencia en personas con demencia es relativamente reciente, por lo que las nuevas propuestas de intervención e investigación más centradas en las fortalezas y no tanto en los déficits, suponen un amplio campo de estudio en este aspecto, y de manera concreta sobre este aspecto, buscando el efecto que puedan tener diferentes terapias no farmacológicas sobre la resiliencia en personas con demencia.

6.3. Estado de ánimo

La sintomatología depresiva es común tanto en el deterioro cognitivo leve como en la demencia. En el caso del DCL se ha estimado que un 32% de los pacientes presentan síntomas depresivos (Ismail et al., 2017) y en el caso de la demencia entre un 15,9% y un 37% presenta un trastorno depresivo y dicha cifra oscila dependiendo del tipo de demencia y de los criterios utilizados para diagnosticar el trastorno depresivo (Asmer et al., 2018; Kuring et al., 2018). La sintomatología depresiva es el síntoma neuropsiquiátrico más prevalente a lo largo de todas las etapas de la demencia (Kuring et al., 2018) e implica consecuencias adversas como un mayor declive cognitivo y funcional (Asmer et al., 2018; Cipriani et al., 2015) y una disminución de la calidad de vida (Shin et al., 2005).

Es un hecho común encontrar en fases iniciales demencias no diagnosticadas al atribuir la sintomatología depresiva a un trastorno depresivo y no a la presencia de deterioro cognitivo. Además, el hecho de vivir diversos episodios depresivos a lo largo de la vida ha sido definido como un factor de riesgo de demencia a causa de la enfermedad de Alzheimer, aunque no se trata de un hecho universal. Por otro lado, también se ha hecho referencia a que en ocasiones la sintomatología depresiva aparece en respuesta a la conciencia de déficit (Cipriani et al, 2015). En definitiva, se trata de una relación compleja de definir, pero es un hecho que la sintomatología depresiva está presente en gran parte de las personas con deterioro cognitivo, de manera que es un factor ampliamente estudiado, buscando disminuir dichos síntomas a través de las diferentes terapias no farmacológicas.

Las intervenciones basadas en la reminiscencia son una de las principales herramientas que se han utilizado para mejorar el estado de ánimo en las personas mayores y, tal y como se ha visto previamente, diversas revisiones sistemáticas y metaanálisis han demostrado su efectividad en la mejora de la sintomatología depresiva (Lin et al., 2003; Pinquart y Forstmeier, 2012; Tam et al., 2021) puesto que la terapia de reminiscencia ayuda a rememorar aspectos

vitales de manera detallada, ayudando a su reinterpretación de una manera más realista y desde un punto de vista más objetivo y, en definitiva, de una manera más equilibrada (González et al., 2015; Tam et al., 2021).

De la misma manera, también se ha descrito como una herramienta útil para mejorar la sintomatología depresiva en personas con demencia. En un estudio llevado a cabo por González et al. (2015) implantaron una intervención de diez sesiones de reminiscencia con el objetivo de reforzar la identidad y coherencia personales mediante la integración de las experiencias vividas, encontrando que, tras el programa, se redujo la sintomatología depresiva y mejoró el bienestar psicológico, mejorando así la calidad de vida. Estos resultados se han visto replicados a lo largo de los últimos años, tal y como se expone en diversas revisiones recientes en las que se confirma que las intervenciones basadas en reminiscencia promueven beneficios en personas con demencia relacionados con el estado de ánimo, mejorando la autoestima y las habilidades interpersonales (Cammisuli et al., 2022) y reduciendo la depresión y mejorando la calidad de vida también en personas con demencia institucionalizadas (Thomas y Sezgin, 2021).

En cuanto al efecto de la estimulación cognitiva sobre el estado de ánimo deprimido, se han descrito resultados contradictorios. En la última revisión Cochrane publicada sobre estimulación cognitiva se ha descrito una mejora del bienestar general y del estado de ánimo, pero de manera leve, observando que dichos resultados varían mucho entre los diferentes estudios (Woods et al., 2023). Así pues, es posible encontrar estudios que obtienen resultados positivos en los que mejora el estado de ánimo deprimido, tal y como es indicado en otras revisiones sistemáticas (Cafferata et al., 2021; Saragih et al., 2022b). A modo de ejemplo, en una investigación reciente se estudió el efecto que ejercía un programa de estimulación cognitiva de 12 semanas sobre la ansiedad y la depresión en personas con deterioro cognitivo leve y encontraron que sus participantes obtenían mejoras significativas en ambos aspectos (Carcelén-Fraile et al., 2022) pero, por otro lado, en otro estudio similar no se obtuvieron

mejoras en este sentido (Gómez-Soria et al., 2020). Este hecho puede deberse a diferencias metodológicas como las herramientas utilizadas para evaluar la depresión o las características de la muestra, como es el caso de Gómez-Soria et al. (2020), quienes no encontraron cambios en el estado de ánimo, pero su muestra tampoco mostraba niveles de depresión elevados.

En definitiva, el estado de ánimo, la resiliencia y la satisfacción con la vida, son factores íntimamente relacionados con el bienestar y la calidad de vida y mediante las terapias basadas en la reminiscencia y la estimulación cognitiva se puede ejercer cierto efecto sobre parte de ellas, así pues resultan herramientas interesantes a seguir estudiando para definir la metodología de intervención más adecuada y seguir conociendo en mayor medida su efecto sobre estas variables, de manera que se continúe contribuyendo a mejorar el bienestar de las personas con demencia.

7. Resumen

En este último capítulo de introducción teórica se han revisado los conceptos de funciones ejecutivas y reminiscencias y sus intervenciones asociadas. En primer lugar, se ha hecho un repaso a los diferentes modelos conceptuales de las FFEE para posteriormente hacer referencia a las alteraciones disejecutivas y el perfil específico que se puede observar en cada tipo de demencia. Posteriormente se describe la conceptualización de reminiscencia, los diferentes tipos y sus funciones. En la segunda parte de este capítulo se ha continuado con las intervenciones sobre las FFEE a través de la estimulación cognitiva, revisando cada uno de los procesos y cómo se puede trabajar sobre ellos y posteriormente se han descrito los diferentes tipos de intervenciones sobre la reminiscencia y sus efectos, tanto en personas mayores como en personas con demencia. Por último, se han descrito las diferentes variables psicológicas incluidas en este trabajo, la satisfacción vital, la resiliencia y el estado de ánimo, revisando su concepto y el efecto que pueden ejercer sobre ellas la estimulación cognitiva y las intervenciones basadas en la reminiscencia.

CAPÍTULO 4

MÉTODO

1. Objetivos e hipótesis

La evidencia científica expuesta en los capítulos anteriores pone de manifiesto el papel que tienen las terapias no farmacológicas en el tratamiento de las personas con deterioro cognitivo, en concreto, la estimulación cognitiva y las intervenciones basadas en la reminiscencia. Además, en relación a esto, resulta necesario seguir aportando trabajos científicos que aumenten dicha evidencia y que además ayuden a sistematizar y apoyen el trabajo que es realizado a diario en los centros de atención a personas con demencia.

Así pues, se plantea como objetivo general de este trabajo comprobar la efectividad de un programa de estimulación cognitiva y reminiscencia para personas con demencia, de manera concreta sobre diversos aspectos de las Funciones Ejecutivas, las funciones de reminiscencia y diferentes variables relacionadas con el bienestar psicológico. De manera clásica los diferentes estudios basados en estimulación cognitiva y reminiscencia se centran en demostrar su eficacia sobre cognición en general, en procesos de memoria y el estado de ánimo y el bienestar. En esta

propuesta, tras objetivarse el hecho de que las intervenciones basadas en la reminiscencia integrativa e instrumental están asociadas a un envejecimiento satisfactorio (Wong y Watt, 1991) y que estas son capaces de promover la salud mental en las personas mayores, se propone, por tanto, un programa de reminiscencia y estimulación cognitiva centrado en las funciones ejecutivas, mediante el cual se busca conseguir los objetivos específicos y refutar las hipótesis que se describen a continuación.

En primer lugar, en cuanto a las variables cognitivas se refiere, este estudio se ha centrado en valorar el efecto sobre la cognición global y en diferentes procesos de control ejecutivo, en concreto, en parte de los descritos en el modelo de FFEE basado en Análisis Factoriales de Tirapu-Ustárrroz et al. (2017).

- Objetivo Específico 1: Valorar el efecto de un programa de estimulación cognitiva y reminiscencia en personas con demencia sobre un factor de cognición global.

En la literatura científica, los diferentes estudios buscan ofrecer una visión integral del efecto de sus intervenciones mediante un factor global de cognición a través del cual observar cómo repercute dicha intervención sobre todos los procesos cognitivos mediante una única medida, la cual se suele asociar al grado de deterioro cognitivo y de funcionalidad. Con relación a este objetivo se propone la hipótesis de que no hay un empeoramiento en el deterioro cognitivo de las personas con demencia tras participar en el programa de estimulación cognitiva y reminiscencia (H1).

- Objetivo Específico 2: Estimar el impacto de un programa de estimulación cognitiva y reminiscencia en personas con demencia sobre la flexibilidad cognitiva.

Este proceso, tal y como se ha visto anteriormente, supone la capacidad de alternar entre diferentes tareas mediante la capacidad de adaptación de la persona a las demandas de la situación en cuestión. Asociada a este objetivo se plantea la hipótesis de que tras el programa de intervención en personas con demencia se observe un aumento en el rendimiento en flexibilidad cognitiva (H2).

- Objetivo Específico 3: Establecer la efectividad de un programa de intervención en personas con demencia sobre la velocidad de procesamiento.

Definida como la velocidad a la que es realizada una determinada tarea, se espera obtener cambios en la velocidad de procesamiento tras ser trabajada en el programa de estimulación cognitiva y reminiscencia que aquí se presenta, siendo por tanto la tercera hipótesis que tras implantar dicho programa en personas con demencia mejore la velocidad de procesamiento (H3).

- Objetivo Específico 4: Valorar la efectividad de un programa de intervención en personas con demencia sobre la memoria de trabajo.

Este complejo proceso que implica el registro, codificación, mantenimiento y manipulación de la información mientras que se ejecuta una determinada tarea está implicado en numerosas actividades cotidianas. Este objetivo pretende identificar qué efecto produce el programa que aquí se presenta, con la hipótesis de que se producirá una mejora en la memoria de trabajo tras implantar el programa en personas con demencia (H4).

- Objetivo Específico 5: Comprobar la efectividad de un programa de estimulación cognitiva y reminiscencia en personas con demencia sobre la capacidad de planificación.

Tal y como se ha visto previamente, la capacidad de planificación supone la formulación, evaluación y selección de pensamientos y acciones para realizar una acción determinada y es considerado como un proceso de monitorización de la conducta. Con este programa de intervención en personas con demencia se espera una mejora en la capacidad de planificación de las personas participantes, tal y como se indica en la quinta hipótesis (H5).

- Objetivo Específico 6: Valorar la efectividad de un programa de intervención en personas con demencia sobre la capacidad de inhibición.

La capacidad de inhibición es uno de los procesos ejecutivos más consistentes en la literatura y supone la capacidad para evitar la expresión de una respuesta automática o habitual. Con la aplicación de este programa de estimulación cognitiva y reminiscencia se espera obtener una mejora en la capacidad de inhibición de las personas con demencia (H6).

- Objetivo Específico 7: Establecer la efectividad de un programa de intervención en personas con demencia sobre la fluidez verbal.

El último proceso cognitivo a estudio es la fluidez verbal, definida como la capacidad de acceder a la memoria a largo plazo con el fin de emitir respuestas adecuadas. Mediante su estimulación a través de las actividades propuestas en el programa de intervención que aquí se presenta se espera un aumento en la fluidez verbal de las personas con demencia (H7).

En segundo lugar, en relación con lo ya descrito en capítulos anteriores, los objetivos específicos sobre variables psicológicas se centran en la satisfacción vital, el estado de ánimo y la resiliencia, las cuales están relacionadas con el bienestar general:

- Objetivo Específico 8: Comprobar el efecto de un programa de estimulación cognitiva y reminiscencia para las personas con demencia sobre la satisfacción vital.

No resulta una tarea fácil encontrar trabajos donde se lleve a cabo el estudio de la satisfacción con la vida en personas con demencia, aun así, diversos trabajos hacen referencia al papel que juegan las intervenciones basadas en la reminiscencia y la estimulación cognitiva sobre el bienestar general y en algunos casos sobre la satisfacción con la vida. Así pues, mediante este estudio, se busca comprobar el efecto que puede tener el presente programa y se hipotetiza que la satisfacción vital aumenta tras su aplicación en personas con demencia (H8).

- Objetivo Específico 9: Constatar el efecto de un programa de intervención en personas con demencia sobre la capacidad de resiliencia.

La resiliencia supone el hecho de afrontar eventos adversos mediante los procesos de adaptación, ajuste y aceptación de manera efectiva. Tal y como se ha revisado anteriormente se

ha estudiado cómo mejorar la resiliencia en personas mayores, encontrando resultados satisfactorios en intervenciones basadas en la reminiscencia. En base a esto, se establece la hipótesis de que tras la aplicación del programa de estimulación cognitiva y reminiscencia en personas con demencia aumenta la capacidad de resiliencia (H9).

- Objetivo Específico 10: Estimar las consecuencias de un programa de intervención en personas con demencia sobre el estado de ánimo.

El estudio del estado de ánimo en personas con demencia es un factor prácticamente presente en todos los estudios sobre terapias no farmacológicas puesto que la presencia de sintomatología depresiva suele ser muy común en esta población. Tal y como se ha visto previamente diversos estudios han demostrado como la estimulación cognitiva y las intervenciones basadas en la reminiscencia resultan herramientas útiles para mejorar el estado de ánimo en las personas con demencia, por tanto, se establece la hipótesis de que tras la aplicación del programa de intervención se evidenciará una mejora en el estado de ánimo (H10).

Por último, se plantea el hecho de estudiar qué efecto puede tener la aplicación de un programa de estimulación cognitiva y reminiscencia en las funciones de reminiscencia:

- Objetivo Específico 11: Estimar el efecto de un programa de intervención en personas con demencia sobre las diferentes funciones de reminiscencia.

Este objetivo se plantea con la previsión de que aquellas funciones de reminiscencia identificadas en la literatura como predictoras de un mayor bienestar se vean beneficiadas, es decir, las funciones identidad, solución de problemas y preparación para la muerte aumentan tras implantar el programa de estimulación cognitiva y reminiscencia (H11), conllevando aspectos positivos y mejoras que repercuten en el bienestar general, descritas en párrafos anteriores. Además, de la misma manera, se supone la disminución de la presencia de las funciones de reminiscencia predictoras de una peor salud mental, es decir, las funciones reducción del aburrimiento, mantenimiento de la intimidad y revivir la amargura, las cuales

estarán menos presentes tras aplicar el programa de intervención (H12). Por último, se plantea que las funciones de reminiscencia relacionadas con la función prosocial (enseñar/informar y conversación), las cuales se asocian con experiencias positivas y satisfactorias, también estén más presentes en aquellas personas que han participado del programa de estimulación cognitiva y reminiscencia (H13).

2. Muestra

El reclutamiento de las personas participantes se llevó a cabo mediante correo electrónico y vía telefónica. En primer lugar, se contactó con la Federación Valenciana de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y otras Demencias (FEVAFA) quien difundió entre las Asociaciones de Familiares de personas con Alzheimer (AFA) federadas la información general y posteriormente se contactó directamente con las AFAs interesadas en participar. Además, también se contactó con profesionales de la neuropsicología asociadas y asociados en el Consorcio de Neuropsicología Clínica y que desarrollan su labor profesional en AFAs, abarcando así todo el territorio español. Finalmente, han participado un total de 9 Centros, ubicados 8 de ellos en la Comunidad Valenciana y 1 en Galicia.

Dependiendo de las características del Centro y de sus recursos y disponibilidad, algunos pudieron ofrecerse para implantar el programa de intervención y otros se prestaron como muestra control. Dada la dificultad encontrada en el reclutamiento de la muestra no fue posible la aleatorización de la distribución de esta en grupo control o grupo experimental y, por tanto, los grupos fueron distribuidos a conveniencia, pero sin tener en cuenta características previas de los participantes, más que cumpliesen los criterios de inclusión.

De manera general, las personas participantes han sido personas mayores con deterioro cognitivo leve o moderado asociado a una demencia neurodegenerativa, ya sea primaria o secundaria, no institucionalizados y con posibilidad de participar en un programa de

estimulación cognitiva, sin alteraciones que dificulten su colaboración. Todas las personas participantes firmaron el consentimiento informado para su participación en el presente estudio. A continuación, se enumeran los criterios de inclusión tenidos en cuenta para la selección de la muestra a estudio:

- Edad superior a 60 años.
- Presentar un diagnóstico clínico de demencia o de deterioro cognitivo.
- Obtener una puntuación mayor o igual a 20 en el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC; Lobo et al., 2002).

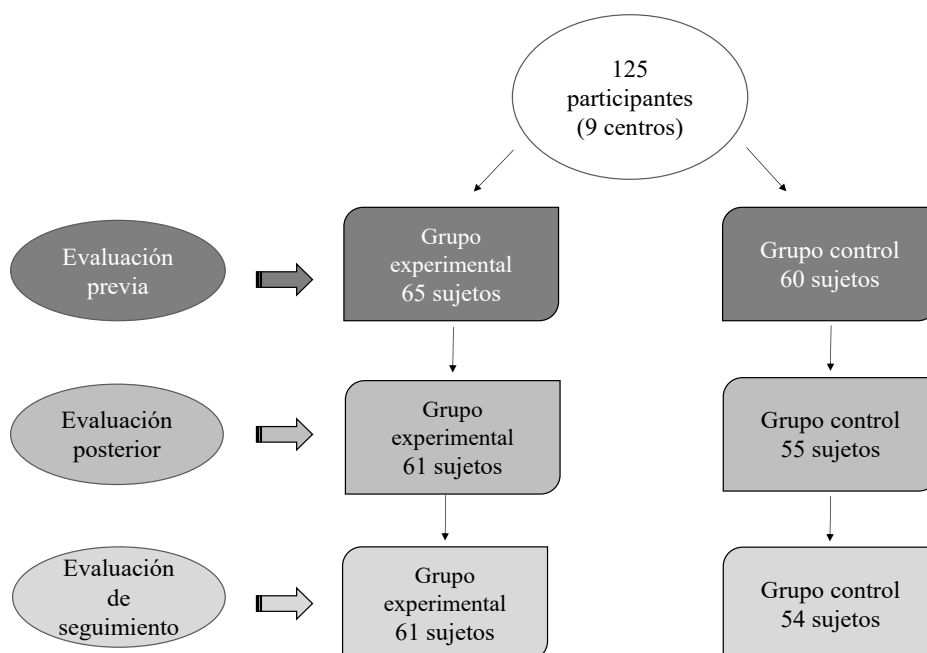
Por otro lado, se determinaron como criterios de exclusión los siguientes:

- La presencia de síntomas psicológicos y conductuales de las demencias.
- Tener alteraciones sensoriales que dificultarían la participación en la intervención.

En la Figura 10 se recoge la totalidad de la muestra y su distribución en los diferentes grupos y su evolución a lo largo del estudio y su seguimiento:

Figura 10

Distribución de participantes en grupos y momentos de evaluación



Así pues, de una muestra inicial de 125 participantes, finalizaron el estudio un total de 115 personas, abandonando el estudio por diversas causas como grave empeoramiento de la cognición que impedía completar las evaluaciones, cambio de recurso asistencial (ingreso en residencia) o defunción.

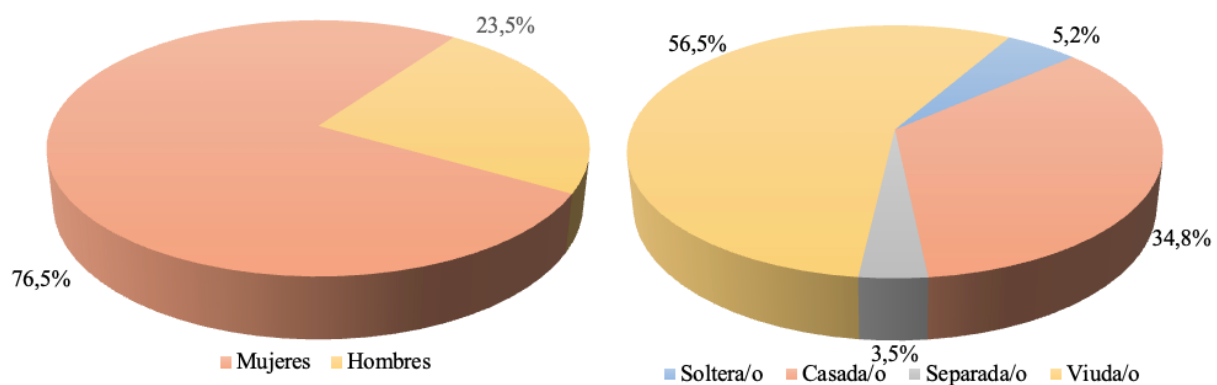
2.1.Muestra total

Tal y como se ha referido previamente, la muestra total ha estado comprendida por 115 personas con una edad media de 79,74 años ($DT = 6,62$), siendo la persona más joven de 60 años y la más longeva de 94.

En cuanto al género, tal y como se muestra en la Figura 11, la muestra total está compuesta por un 76,5% de mujeres frente a un 23,5% de hombres y en cuanto al estado civil, un 56,5% son viudas y viudos, seguidos de un 34,8% que son personas casadas, un 5,2% solteras y un 3,5% separadas o divorciadas.

Figura 11

Distribución por género y estado civil de la muestra total de participantes

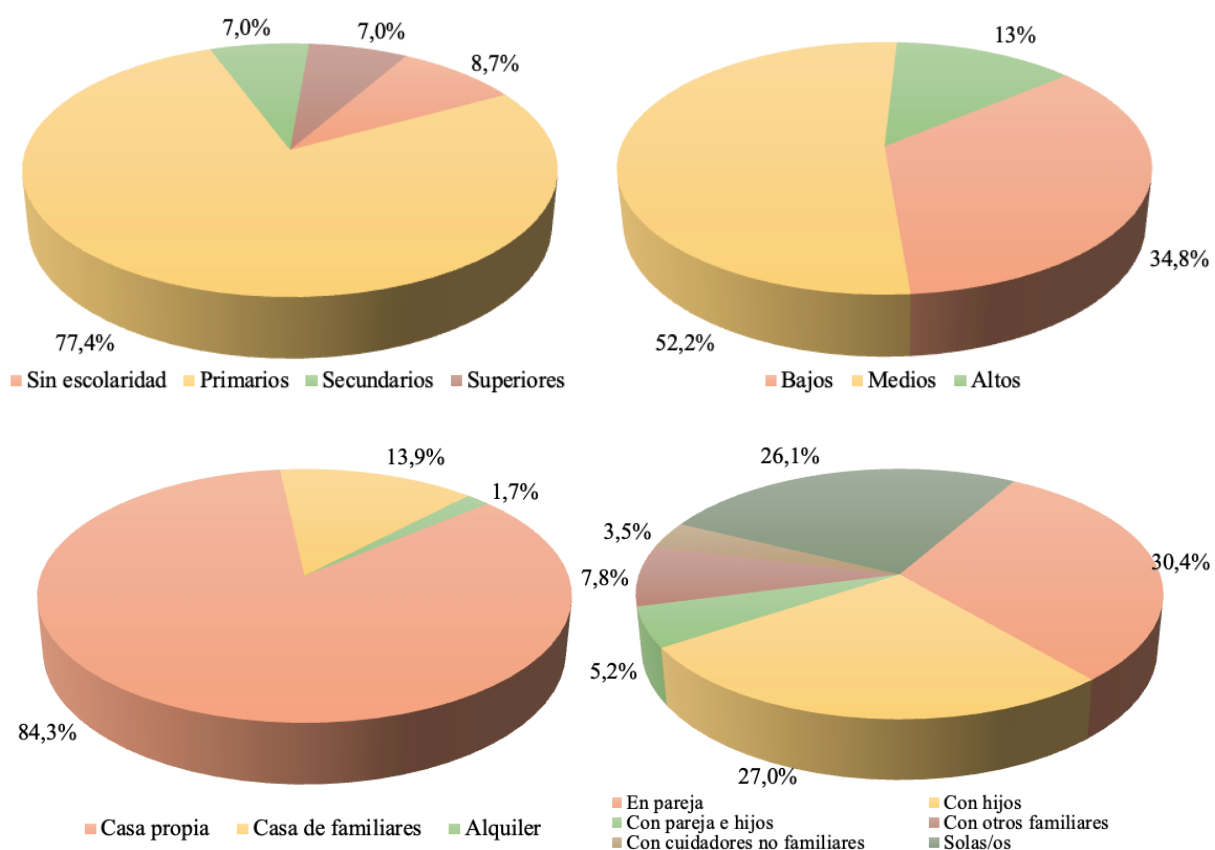


En cuanto al nivel de escolaridad, un elevado porcentaje tiene estudios primarios, representando el 77,4%, seguidos de un 8,7% sin escolaridad, un 7% estudios secundarios y, por último, otro 7% estudios superiores. Respecto al nivel de ingresos, más de la mitad presenta

un nivel de ingresos medio, con un porcentaje del 52,2%, un 34,8% ingresos bajos y un 13% ingresos altos. Estos datos se representan en la Figura 12, junto con el tipo de residencia y con quien comparten dicha vivienda. Los datos indican que un 84,3% vive en una vivienda de su propiedad, un 13,9% en casa de familiares y un 1,7% en un domicilio de alquiler. Respecto a con quién viven, el mayor porcentaje vive en pareja (30,4%), seguido de los que viven con hijos (27%) y las personas que viven solas (26,1%) mientras que el resto de opciones están representadas por pequeños porcentajes (un 7,8% con otros familiares, un 5,2% con pareja e hijos y un 3,5% con cuidadores no familiares).

Figura 12

Distribución de la muestra total de participantes según escolaridad, nivel de ingresos, tipo de vivienda y con quién comparten dicha vivienda



En cuanto al diagnóstico, todas las personas participantes cuentan con un diagnóstico clínico de demencia o deterioro cognitivo que en la actualidad se encuentra en fase moderada.

2.2.Grupo control

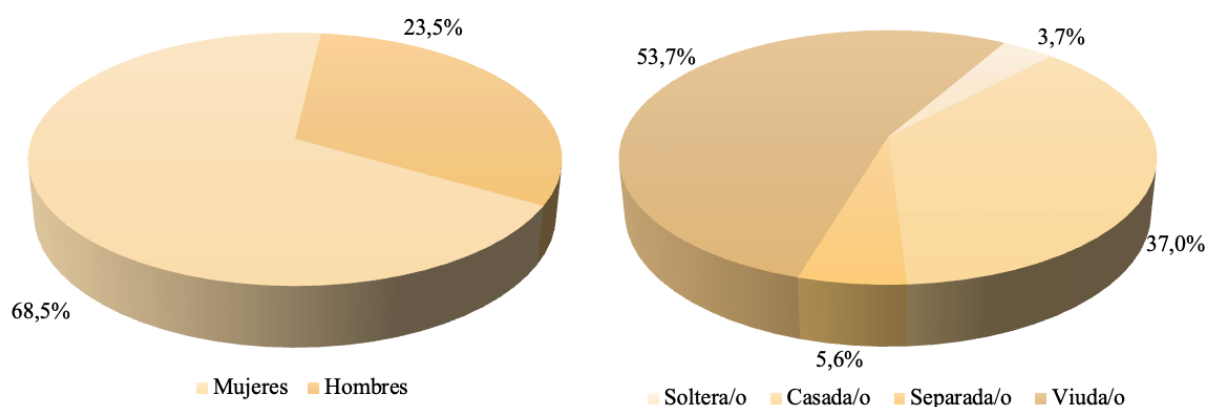
El grupo control estaba formado inicialmente por 60 personas usuarias de diferentes centros de atención a personas con deterioro cognitivo, participando de las actividades habituales del mismo. En un primer lugar no recibieron el programa de tratamiento si no que se mantuvieron en lista de espera. Tras la finalización del estudio estas personas participaron de las intervenciones propuestas.

De las 60 personas que iniciaron el estudio conformando la muestra control finalizaron el estudio un total de 54 personas ya que cuatro participantes no realizaron la segunda evaluación y una persona no realizó la de seguimiento. Los motivos por lo que estas personas no finalizaron su participación en el estudio fueron en cuatro casos porque dejaron de asistir al centro colaborador por cambio de recurso y en dos casos porque hubo un avance en el deterioro cognitivo que no permitía completar las valoraciones de manera adecuada.

En cuanto a las características sociodemográficas del grupo control, la edad media fue de 78,96 años ($DT = 7,00$) con un rango de edad desde 60 hasta 94 años, la mayoría son mujeres con un 68,5% frente a un 31,5% de hombres, tal y como se puede observar en la Figura 13 junto con la información respecto al estado civil, donde se observa que un 53,7% son viudas y viudos, seguidos de un 37% de personas casadas, un 3,7% solteras y un 5,6% separadas o divorciadas.

Figura 13

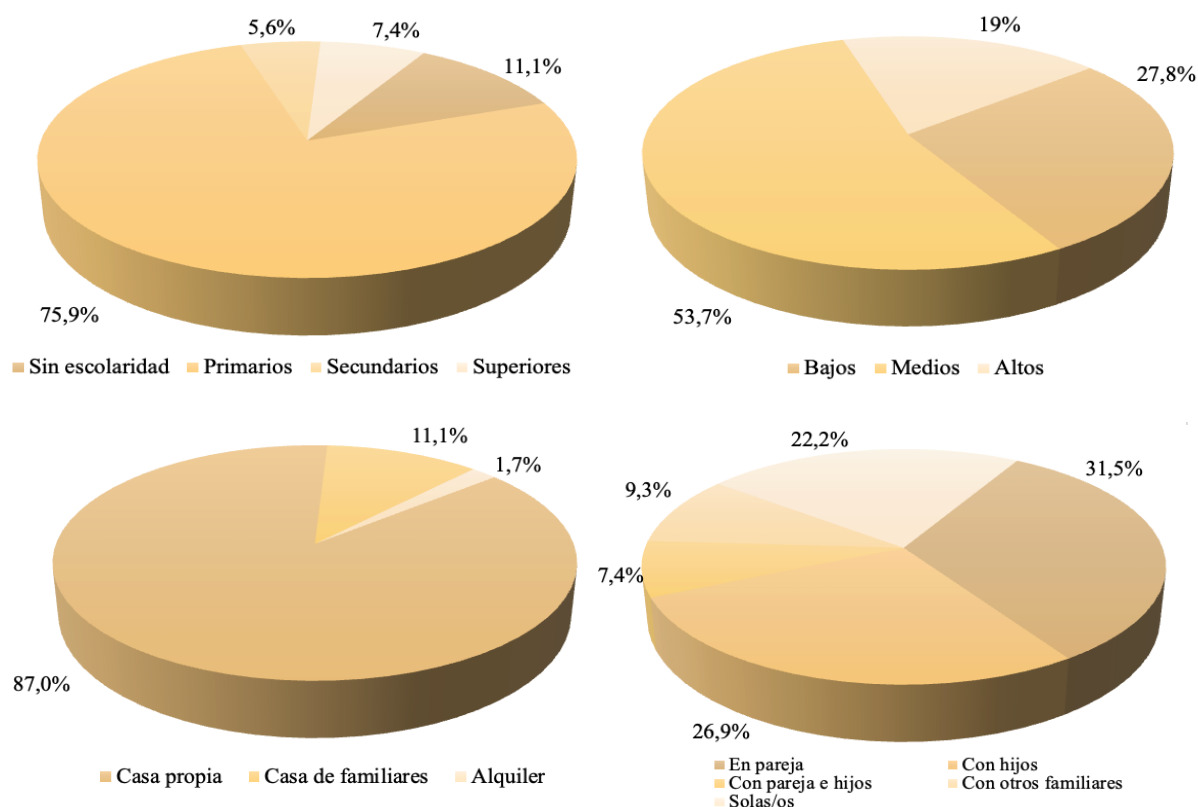
Distribución por género y estado civil del grupo control



Siguiendo con el resto de las variables sociodemográficas, en la Figura 14, en relación con el nivel de estudios, se muestra como un 75,9% tiene estudios primarios, seguidos de un 11,1% sin escolaridad, un 5,6% estudios secundarios y, por último, un 7,4% estudios superiores. En cuanto a la distribución según el nivel de ingresos, la mayor parte tiene un nivel de ingresos medio siendo un 53,7% del grupo, un 27,8% ingresos bajos y un 18,5% ingresos altos. En cuanto al tipo de residencia, el 87% vive en una vivienda de su propiedad, un 11,1% en casa de familiares y un 1,9% en un domicilio alquilado. Respecto a con quién viven, el mayor porcentaje vive en pareja (31,5%), seguido de los que viven con hijos, con un 29,6% y las personas que viven solas, con un 22,2%, mientras que el resto de opciones están representadas por pequeños porcentajes con un 9,3% con otros familiares, un 7,4% con pareja e hijos (nadie en este caso vive con cuidadores no familiares).

Figura 14

Distribución del grupo control según escolaridad, nivel de ingresos, tipo de vivienda y con quién comparten dicha vivienda

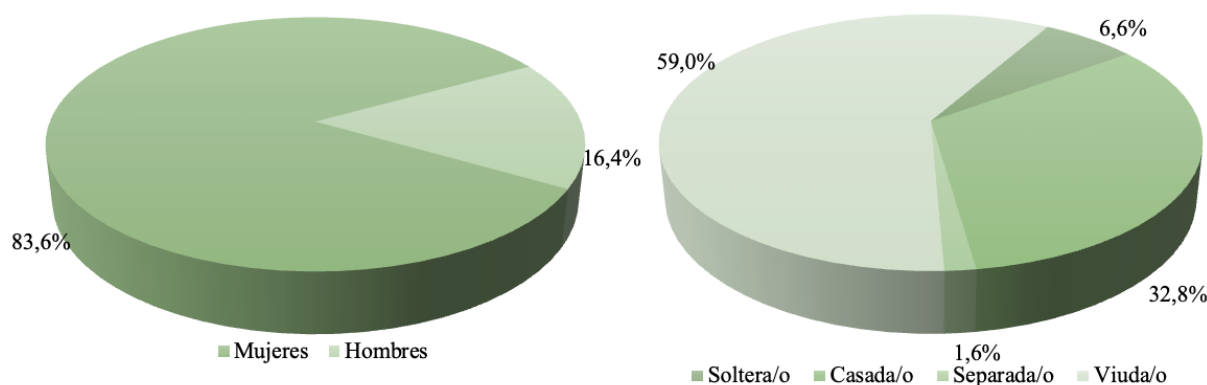


2.3.Grupo experimental

En cuanto al grupo experimental, de manera inicial estuvo formado por 65 personas, asistentes también a centros de atención a personas con deterioro cognitivo y que participaron de la intervención propuesta. Finalmente, el grupo experimental se vio reducido a 61 personas puesto que cuatro participantes no completaron el programa, tres de ellos por cambio de recurso y abandono del centro y uno de ellos por defunción. La edad media del grupo fue de 80,43 años ($DT = 6,24$), siendo la edad mínima de 65 años y la máxima de 94 y en cuanto al género, un 83,6% son mujeres y un 16,4% hombres, tal y como se puede observar en la Figura 15. Además, en esta misma imagen, se refleja la distribución de la muestra según el estado civil, donde un 59% son viudas y viudos, seguidos de 32,8% casados, un 6,6% solteros y un 1,6% separados o divorciados.

Figura 15

Distribución por género y estado civil del grupo experimental

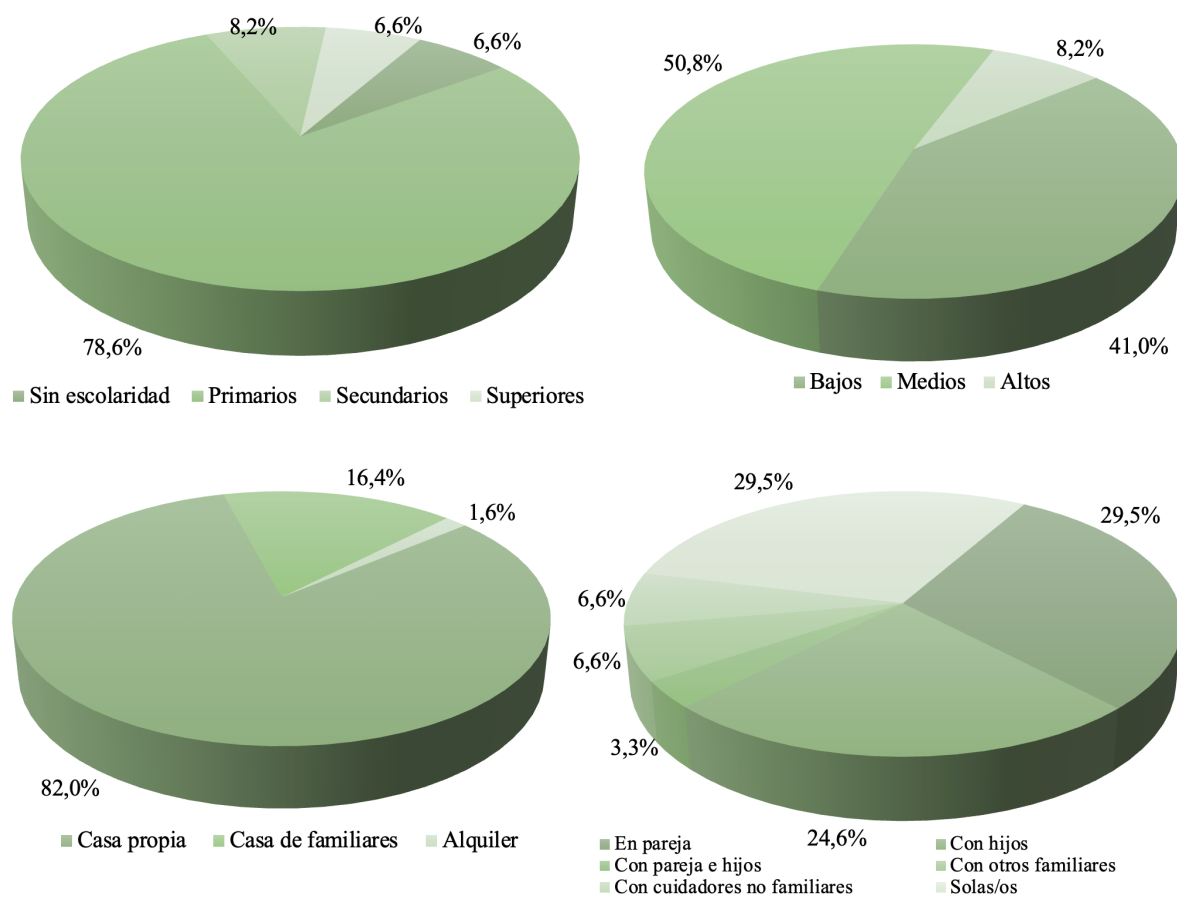


Tal y como se puede apreciar en la Figura 16, en cuanto al nivel de estudios y el nivel de ingresos, un 78,6% tiene estudios primarios, seguidos de un 8,2% estudios secundarios, un 6,6% sin escolaridad y un 6,6% estudios superiores, la mayor parte tiene un nivel de ingresos medio con un 50,8%, un 41% tiene ingresos bajos y un 8,2% ingresos altos. En cuanto al tipo de residencia, el 82% vive en una vivienda de su propiedad, un 16,4% en casa de familiares y un 1,6% en un domicilio alquilado. Respecto a con quién viven, la mayoría vive en pareja

(29,5%) o solas (29,5%), seguido de los que viven con hijos, con un 24,6%. El resto de opciones están representadas por pequeños porcentajes con un 6,6% con otros familiares, un 6,6% con cuidadores no familiares y un 3,3% con pareja e hijos.

Figura 16

Distribución del grupo experimental según escolaridad, nivel de ingresos, tipo de vivienda y con quién comparten dicha vivienda



3. Instrumentos

El protocolo aplicado para la evaluación de las personas participantes está compuesto por un cuestionario creado ad hoc para la recogida de datos sociodemográficos, varias pruebas cognitivas, tres cuestionarios de medidas psicológicas relacionadas con el bienestar psicológico general y un cuestionario de funciones de reminiscencia.

En cuanto a los datos sociodemográficos se recogió la edad de las personas participantes, el género, el estado civil, nivel de estudios alcanzado, lugar de residencia, con quién convive, nivel de ingresos y diagnóstico. Todos estos datos resultan importantes para definir el perfil de las personas participantes, teniendo en cuenta dichos aspectos de cara a los resultados en diversas pruebas cognitivas y psicológicas.

Medidas cognitivas

1. Mini-Examen Cognoscitivo (Lobo et al., 2002).

Esta herramienta es la versión adaptada y validada del *Mini-Mental State Examination* de Folstein et al., publicada originalmente en 1975. Esta herramienta es ampliamente utilizada tanto en la práctica clínica como en investigación (Blesa et al., 2001) y se trata de una prueba de medida breve, cuantitativa y objetiva con la que se determina la presencia o no de deterioro cognitivo y la gravedad de este (Folstein et al., 1975). La prueba suele ser realizada entre 5 y 15 minutos e incluye la valoración de 11 áreas: orientación temporal, orientación espacial, memoria de fijación y memoria reciente, atención-concentración y cálculo, nominación, repetición, comprensión, lectura, escritura y dibujo. Se considera la presencia de deterioro cognitivo a partir de 23 puntos, siendo la puntuación mínima posible de 0 y la puntuación máxima de 30, la cual es calculada sumando todas las puntuaciones de cada una de las 11 secciones.

Al tratarse de una prueba de cribado no consiste en una herramienta diagnóstica y es importante tener en cuenta el nivel cultural previo de las personas que están siendo valoradas, para ello es recomendable adaptar las puntuaciones según los criterios de corrección de las puntuaciones del MEC de Blesa et al. (2001), recogidas en el trabajo realizado en el marco del proyecto NORMACODEM (Normalización de instrumentos cognitivos y funcionales para la evaluación de la demencia), de manera que se adapta la puntuación según la edad y la escolaridad de los pacientes, tal y como se indica en la Tabla 9 presentada a continuación:

Tabla 9*Tabla de corrección de puntuaciones del MEC según edad y escolaridad*

		Edad		
		≤ 50	51-75	>75
Escolaridad	≤ 8	0	+1	+2
	9-17	-1	0	+1
	>17	-2	-1	0

Nota. Adaptado de Blesa et al., 2001.

En este trabajo, Blesa et al. (2001) estudiaron la validez clínica del minimental para la población española y obtuvieron una fiabilidad test-retest de 0,87 (con un intervalo de confianza del 95%: 0,79-0,93), una fiabilidad interna de 0,94 y una fiabilidad entre evaluadores del 0,96.

En el presente estudio el MEC ha sido utilizado en un primer lugar como prueba de cribado para determinar el grado de deterioro cognitivo de las personas participantes y establecer el cumplimiento del criterio de inclusión de presentar un deterioro cognitivo leve o moderado con una puntuación mínima de 20 puntos y, en segundo lugar, las puntuaciones obtenidas han sido tomadas como medida de la función cognitiva global.

2. Trail Making Test (TMT; Reitan, 1955, 1958).

El Trail Making Test es una prueba neuropsicológica que originariamente formaba parte del *Army Individual Test Battery* (1944), herramienta utilizada para valorar la inteligencia general en el ejército de Estados Unidos (Reitan, 1955). El TMT consta de dos partes. La parte A (TMT-A) consiste en 25 círculos distribuidos en una página, numerados del 1 al 25. La persona debe conectar los círculos en orden, empezando por el número 1 y lo más rápidamente posible. La parte B (TMT-B) también está formada por 25 círculos distribuidos en una página, pero con números y letras, los números del 1 al 13 y letras de la A a la L. En esta parte la persona debe unir los círculos alternando entre números y letras teniendo en cuenta el orden ascendente. La ejecución en esta prueba es valorada a través de los segundos que tarda la

persona en ejecutar cada una de las partes, así como a través del número de errores cometidos (Reitan, 1955).

El TMT es una herramienta muy sensible a la presencia de daño neurológico, ya sea neurodegenerativo o adquirido, y resulta útil para estudiar el funcionamiento de diversos procesos cognitivos, como la coordinación visomotora y la exploración visual. De manera concreta para cada una de las dos partes, la atención y velocidad psicomotora se han asociado al TMT-A y la flexibilidad cognitiva y control inhibitorio, así como memoria de trabajo, al TMT-B (Fernández et al., 2002; Llinàs-Reglà et al., 2017; Pérez-Parra y Restrepo-de-Mejía, 2023).

Respecto a los valores estadísticos sobre fiabilidad y validez de esta herramienta, Iñesta et al. (2021) han evidenciado que resulta una herramienta de elevada fiabilidad y validez como indicador de presencia de deterioro cognitivo y estudios como el de Pérez-Parra y Restrepo-de-Mejía (2023) establecen que el TMT-B es una herramienta útil para valorar la memoria de trabajo en personas adultas, al ser comparada con otras herramientas neuropsicológicas.

3. Test Barcelona Revisado (TBR; Peña-Casanova, 2005a).

El Test Barcelona es una batería de pruebas neuropsicológicas con la que se plantea la valoración de todos los procesos cognitivos superiores con el objetivo de establecer un perfil clínico en el que se identifican las capacidades afectadas y las preservadas (Peña-Casanova et al., 1997a). Dicha prueba originariamente incluye 106 subtests que permiten valorar 42 áreas cognitivas que posteriormente han sido reducidos a 41 subtests para 25 áreas en su versión abreviada, incluyendo los principales procesos neuropsicológicos y que normalmente son incluidos en cualquier exploración cognitiva (Peña-Casanova et al., 1997a).

En cuanto a las propiedades psicométricas del Test Barcelona en su versión abreviada, se ha descrito una buena validez de criterio, al obtenerse una correlación significativa al

compararse con la *Alzheimer's Disease Assessment Scale* (ADAS-Cog; Rosen et al., 1984): $r = 0,872$ y $r^2 = 0,761$, $p < 0,001$ (Peña-Casanova et al., 1997b). Respecto a la fiabilidad, se ha definido que los subtests que valoran funciones ejecutivas y memoria presentan correlaciones elevadas y que el Test Barcelona en su globalidad obtiene una correlación de 0,92 ($p < 0,001$) respecto a la fiabilidad test-retest y un alfa de 0,99 en la fiabilidad interevaluadores (Serra-Mayoral y Peña-Casanova, 2006).

Para el presente estudio se han seleccionado los siguientes subtests:

- Subtest Evocación categorial en asociaciones. Incluye dos subtests, en el primero se solicitan animales en un minuto y en el segundo palabras que empiecen por la letra “p”, esta vez durante 3 minutos. En ambas pruebas se valora la capacidad de inhibición de respuestas no adecuadas, el acceso al léxico y la memoria de trabajo (implicada en el mantenimiento de la consigna). El fallo en la capacidad para evocar categorías se ha identificado como un claro índice de disfunción ejecutiva (Peña-Casanova, 2005b).
- Subtest Semejanzas/Abstracción. Implica al pensamiento abstracto llevando a la persona a identificar los componentes esenciales y extraer un rasgo común a una serie de pares de palabras que son presentadas verbalmente, de manera que se implica a componentes verbales y semánticos concretos para llegar a elementos abstractos. En este sentido, la planificación y la organización son consideradas elementos indispensables de la capacidad de abstracción y por tanto forma parte de las FFEE (Gramunt-Fombuena et al., 1998).

Este subtest fue elaborado tomando 6 ítems de la escala de inteligencia para adultos de *Wechsler Adults Intelligence Scale* (WAIS; Wechsler, 1955) donde la persona debe indicar en qué se parecen o qué tiene en común, tal y como se

ha indicado, los pares de palabras presentados (Gramunt-Fombuena et al., 1998; Peña-Casanova, 2005a), por ejemplo, perro y león.

- Subtests Dígitos Directos y Dígitos Inversos. Estos subtests son pruebas clásicas utilizadas en escalas de inteligencia como la WAIS y en las de memoria como la *Wechsler Memory Scale Revised* (WMS-R; Wechsler, 1987), son pruebas diferenciadas ya que implican diferentes habilidades mentales (García-Morales et al., 1998). Con la repetición de números en orden directo se valora la capacidad de atención y la vigilancia, así como la memoria inmediata verbal (García-Morales et al., 1998; Peña-Casanova, 2005a). Respecto a la repetición de números en orden inverso, requiere un mayor uso de recursos cognitivos y permite obtener una medida de la atención, memoria inmediata, memoria de trabajo (Peña-Casanova, 2005a), vigilancia y control mental (García-Morales et al., 1998). En ambos subtests la puntuación es igual al número de dígitos de la serie más larga repetida sin errores, siguiendo el mismo esquema que en la WAIS.

4. Tarea Go-No Go de la *Frontal Assessment Battery* (The FAB; Dubois et al., 2000).

Esta tarea forma parte de The FAB, herramienta neuropsicológica que fue creada para explorar de manera breve diferentes funciones frontales, incluyendo tanto aspectos cognitivos como motores en seis subtests: razonamiento abstracto, programación motora y control ejecutivo de la acción, resistencia a la interferencia, autorregulación, control inhibitorio e independencia del medio. La tarea go - no go forma parte de la valoración del control inhibitorio al ser una herramienta destinada a valorar el control de la impulsividad. Esta tarea consiste en que el paciente debe dar un golpe cuando el examinador dé uno y ninguno cuando el examinador dé dos.

De manera global, *The FAB* presenta buenas propiedades métricas ya que presenta una buena consistencia interna con una alfa de Cronbach de 0,78, así como una buena fiabilidad entre evaluadores y validez concurrente (Dubois et al., 2000; Gifford y Cummings, 1999). Dichos resultados han sido replicados en un estudio llevado a cabo por Hurtado-Pomares et al. (2018) en pacientes con enfermedad de Parkinson, determinando una buena consistencia interna (alfa de 0,751), una elevada fiabilidad y una buena validez concurrente.

5. Figura Compleja de Rey (FCR; Rey, 1997).

La FCR fue creada en 1941 por Rey con el objetivo de valorar la capacidad de construcción visoespacial, la organización perceptiva y la memoria visual. Consiste en la copia de una figura compleja y su posterior reproducción en base al recuerdo. Esta herramienta permite valorar funciones perceptivas, motoras y mnésicas, así como diversos procesos ejecutivos como la capacidad de ejecución, organización y planificación (González Viéitez, 2019; Rey, 1997). Existen numerosas modalidades de puntuación de la FCR, pero en este estudio se ha utilizado la forma original (Rey, 1997). Esta herramienta incluye 18 elementos, y la puntuación máxima es de 36 ya que se puntúa de la siguiente manera: un elemento se puntúa con dos puntos cuando es reproducido y ubicado de manera correcta, se otorga un punto cuando la reproducción está distorsionada o incompleta pero ubicado de manera adecuada, o está mal ubicado pero la reproducción es correcta y 0,5 punto cuando el elemento está mal ubicado y además la reproducción es incompleta o distorsionada, por último, se puntúa el elemento con un 0 si está ausente o irreconocible.

En cuanto a las propiedades psicométricas de la FCR, se ha descrito una fiabilidad alta, tanto en la ejecución de la copia con una alfa de Cronbach de 0,828 como en la de memoria, con una alfa de 0,783, aunque estos datos se refieren a población de 8 a 18 años (Cortés Sotres et al., 1996). Tanto para la copia como para el recuerdo se ha descrito una fiabilidad entre

evaluadores elevada, con una $r = 0,96$ ($p < 0,001$) para la copia y una $r = 0,99$ ($p < 0,001$) para el recuerdo (Caffarra et al., 2002).

Medidas psicológicas

1. Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS de su nombre en inglés *Satisfaction With Life Scale*; Diener et al., 1985).

Esta escala fue creada por Diener et al. en 1985 con el objetivo de ofrecer una herramienta con la que poder valorar la satisfacción con la vida vista como un proceso de juicio cognitivo y que, además, fuese un instrumento útil para la población en general.

LA SWLS está formada por 5 ítems que deben ser respondidos mediante una escala tipo Likert con 7 opciones de respuesta en su versión original, pero en la versión española se ofrecen 5 opciones, donde la persona debe indicar su grado de acuerdo para cada uno de los ítems, donde 1 sería muy en desacuerdo y 5 muy de acuerdo (Atienza et al., 2000). Al igual que la versión original, la versión en castellano de la SWLS presenta unas buenas propiedades psicométricas, con una buena consistencia interna y una elevada validez de constructo (Atienza et al., 2000).

Esta herramienta además ha sido validada para personas mayores por Pons et al. (2002), quienes describieron una consistencia aceptable con una alfa de Cronbach de 0,71.

2. *Brief Resilient Coping Scale* (BRCS; Sinclair y Watson, 2004).

Este instrumento de evaluación está destinado a medir la capacidad de resiliencia en personas mayores ante las dificultades. Está formada por 4 ítems a los que se responde mediante una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta, donde 1 implica que no es una reacción típica de la persona y 5 sería la forma habitual de responder.

La BRCS en su versión original en inglés presenta niveles adecuados de fiabilidad y validez (Sinclair y Watson, 2004). Ha sido traducida y adaptada a la población española por Tomás et al. (2011), en dicho trabajo describieron una adecuada consistencia interna con una alfa de Cronbach de 0,82 y una adecuada validez de criterio. En base a estos resultados y con el objetivo de ofrecer unos datos más consistentes en una muestra más amplia, Moret-Tatay et al. (2015) estudiaron las propiedades psicométricas de la BRCS, obteniendo resultados similares, con una alfa de Cronbach de 0,86 indicativa de una elevada consistencia interna y, además, también obtuvieron buenos resultados en cuanto a la validez de criterio.

3. *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D; Radloff, 1977).*

La CES-D es una escala ampliamente utilizada para medir síntomas depresivos. La escala está compuesta por 20 ítems en los que la persona ha de valorar si ha experimentado o no ciertos síntomas depresivos. Estos 20 ítems describen 20 síntomas propios de la depresión y la persona debe indicar con qué frecuencia los ha experimentado a lo largo de la última semana, respondiendo mediante una escala tipo Likert donde 1 sería ninguna vez y 4 muchas veces. Esta herramienta cubre áreas como estado de ánimo deprimido, sentimientos de dolor e inutilidad, sentimientos de impotencia y desamparo, pérdida de energía, trastornos del sueño y pérdida del apetito.

La escala CES-D es utilizada en personas adultas de todas las edades con una elevada fiabilidad y consistencia interna en su forma original, con una alfa de 0,84 en la población en general y 0,90 en población psiquiátrica, además presenta una elevada fiabilidad discriminante y de constructo (Radloff, 1977). La traducción y adaptación española fue realizada por Latorre y Montañés (1997) y validada por Ros et al. (2011) en personas mayores, tanto con deterioro cognitivo como sin ningún tipo de alteración, obteniendo una buena fiabilidad (alfa de Cronbach de 0,88) en ambas poblaciones.

Medida de Funciones de Reminiscencia.

1. Escala de Funciones de Reminiscencia (RFS de sus siglas en inglés, *Reminiscence Functions Scale*; Webster, 1993).

La escala de funciones de la reminiscencia fue creada por Webster en 1993 con el objetivo de ampliar los conocimientos sobre la reminiscencia y sus usos. Esta escala está compuesta por 43 ítems y mide ocho usos o funciones de la reminiscencia que, tal y como se han descrito en el capítulo anterior, no son excluyentes entre sí: revivir la amargura, reducción del aburrimiento, conversación, preparación para la muerte, identidad, mantenimiento de la intimidad, solución de problemas y enseñar/informar.

La persona que responde a la RFS debe responder a los 43 ítems indicando con qué frecuencia utiliza la reminiscencia para el uso que se le describe, respondiendo en una escala tipo Likert donde 1 es rara vez y 6 muy frecuentemente.

Esta escala presenta una consistencia interna entre 0,74 y 0,89 para las ocho funciones descritas anteriormente (Webster, 1997). En un estudio realizado en 2016 por Ros et al. con población adulta española obtuvieron resultados similares, con los siguientes coeficientes alfa para cada uno de los factores de la escala: 0,74 para revivir la amargura, 0,83 para reducción del aburrimiento, 0,78 para conversación, 0,85 para preparación para la muerte, 0,83 para identidad, 0,87 para mantenimiento de la intimidad, 0,78 para solución de problemas y 0,73 para enseñar/informar.

Por último, a modo de resumen, se exponen en la Tabla 10 las diferentes herramientas utilizadas en el protocolo de evaluación de este estudio indicando las variables a las que corresponden.

Tabla 10*Herramientas del protocolo de evaluación*

	Variables	Herramientas
Cognitivas	Cognición global	Mini-Examen Cognoscitivo.
	Flexibilidad cognitiva	<i>Trail Making Test</i> . Parte B.
	Velocidad de procesamiento	<i>Trail Making Test</i> . Parte A.
	Memoria de trabajo	Dígitos Inversos (Test Barcelona).
	Planificación	Figura Compleja de Rey (Copia). Semejanzas/Abstracción (Test Barcelona).
	Inhibición	Tarea Go-No go (The FAB).
	Fluidez verbal	Evocación Categorical (Test Barcelona).
Psicológicas	Satisfacción con la vida	Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS).
	Resiliencia	<i>Brief Resilient Coping Scale</i> (BRCS).
	Estado de ánimo	<i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale</i> (CES-D).
Reminiscencia	Funciones de Reminiscencia:	Escala de Funciones de Reminiscencia (RFS).
	- Identidad.	
	- Preparación para la muerte.	
	- Solución de problemas.	
	- Mantenimiento de la identidad.	
	- Revivir la amargura.	
	- Reducción del aburrimiento.	
	- Conversación.	
	- Enseñar/informar.	

Nota. De elaboración propia.

4. Desarrollo de la intervención

4.1. Programa de intervención

El programa implantado consiste en una intervención de estimulación cognitiva y reminiscencia con una duración de 8 semanas en las que se han realizado dos sesiones semanales. A continuación, se describen en los siguientes apartados las características principales de este programa.

4.1.1. Objetivos del programa

Objetivos generales:

- Estimular y promover el mantenimiento de las Funciones Ejecutivas.
- Enlentecer el progreso del deterioro cognitivo.
- Fomentar la memoria autobiográfica y las funciones positivas de la reminiscencia.
- Mejorar el nivel de satisfacción vital.
- Promover la capacidad de resiliencia.
- Mejorar el estado de ánimo.

Objetivos específicos:

- Estimular y mejorar la flexibilidad cognitiva.
- Activar y favorecer la velocidad de procesamiento.
- Entrenar y fomentar la memoria de trabajo.
- Ejercitar y mejorar la capacidad de planificación.
- Inducir y fomentar la capacidad de inhibición.
- Entrenar y aumentar la fluidez verbal.

Y, en definitiva, como objetivo final de cualquier intervención destinada a personas con demencia, se busca mejorar la calidad de vida de la persona afectada y de sus familiares y personas cuidadoras.

4.1.2. Fundamentación y características del programa

El programa que aquí se presenta se basa en aquello descrito en la fundamentación teórica previa y en las necesidades comunes de las personas con deterioro cognitivo. Tal y como se ha definido previamente, la estimulación cognitiva y las intervenciones basadas en la reminiscencia son herramientas útiles para intervenir tanto sobre los diferentes procesos cognitivos como sobre diferentes variables psicológicas, buscando mejorar así la calidad de

vida y enlentecer el progreso del deterioro cognitivo pero, aun así, resulta necesario promover la investigación sobre estas herramientas y seguir aportando evidencia sobre su utilidad y sus efectos.

Así pues, el presente programa combina ambas herramientas, la estimulación cognitiva y la reminiscencia, con una estructura concreta y unos contenidos específicos escogidos para promover la consecución de los objetivos descritos previamente. Además, debe hacerse hincapié en que las personas partícipes del programa deben participar de manera activa y siempre se deberá respetar su autonomía y capacidad de decisión, ofreciéndoles el apoyo que pueda resultar necesario en cualquier punto de la intervención.

El programa ha sido aplicado por personas profesionales de la atención a personas con demencia, en su mayoría profesionales de la psicología, que han atendido a las indicaciones descritas en el manual de intervención para el correcto desarrollo de las sesiones y sus actividades.

En definitiva, esta propuesta se ha elaborado teniendo en cuenta las características generales de las personas destinatarias y en base a la práctica clínica y lo recogido en la literatura científica. A continuación, se detallan las características generales del programa:

- Las sesiones están estructuradas de una misma forma, de manera que las personas participantes serán conocedoras del progreso de la sesión, de cómo se lleva a cabo, de los diferentes aspectos que la componen y de su duración.
- La duración de las sesiones es de entre 45 y 60 minutos de manera aproximada. Esta duración depende del número de participantes del grupo y de su participación, tanto de la velocidad de respuesta como de la extensión de sus intervenciones.
- Las actividades de estimulación cognitiva propuestas se basan en actividades

clásicas en las que se busca, en la medida de lo posible, que se esté trabajando el subproceso ejecutivo establecido de manera concreta y clara.

- Las actividades de estimulación cognitiva propuestas presentan una dificultad moderada puesto que las personas destinatarias del presente programa presentan un deterioro cognitivo leve-moderado. Aun así, varias de las actividades presentan diferentes niveles o propuestas para poder adaptar el nivel de dificultad a las personas participantes en las que se esté aplicando la intervención, buscando en la medida de lo posible la personalización del programa.
- Todos los materiales utilizados son de elaboración propia o extraídos de materiales para personas adultas, buscando en todo momento evitar actividades infantilizadas.

Por último, remarcar que todas las personas que han colaborado en la ejecución del programa han seguido una serie de indicaciones básicas en la ejecución del cualquier programa de intervención orientado a personas con deterioro cognitivo como son las siguientes:

- La persona que lleva a cabo el programa antes de cada sesión debe tener preparados todos los materiales necesarios y debe tener claras todas las actividades y sus instrucciones de cara a su ejecución.
- Las instrucciones se dan a las personas participantes de manera clara y se repiten tantas veces como sea necesario.
- Se debe ser consciente de las limitaciones que pueden surgir en las personas participantes, por lo que siempre se fomentará un entorno de trabajo flexible, sin presiones sobre los participantes, y adaptándose en todo momento a sus necesidades.
- En relación con lo anterior, siempre se evidenciarán los logros en las sesiones sin caer en conductas paternalistas.

4.1.3. Metodología del programa

El programa está compuesto por 16 sesiones, con dos sesiones semanales y, por tanto, una duración de 8 semanas, además de una sesión 0 de bienvenida y presentación del programa, donde se explica en qué va a consistir la intervención, explicando en qué consiste la estimulación cognitiva y la reminiscencia y, además, se realizan unas breves actividades para dar a conocer de primera mano cómo van a ser las actividades del programa. Tal y como se ha descrito previamente en los objetivos específicos, el programa está destinado a fomentar, entre otros aspectos, seis subprocesos ejecutivos, los cuales son distribuidos a lo largo de las dos sesiones semanales, de manera que semanalmente se trabajan los seis subprocesos a través de seis actividades, distribuidas de manera equitativa entre las dos sesiones. En lo que respecta al programa de reminiscencia, se distribuye a lo largo de las 16 sesiones un repaso por todo el ciclo vital, desde la infancia hasta la edad adulta, junto con diversas sesiones en las que se trabajan temas transversales.

El programa ha sido definido para ser desarrollado en grupos de 6 personas máximo, y resulta recomendable que se den un mínimo de 3 participantes para poder establecer conversaciones y sinergias adecuadas a la propuesta de intervención, en especial, en las actividades basadas en la reminiscencia.

Por último, algunos aspectos a tener en cuenta respecto al desarrollo de todas las sesiones que ayudan a fomentar la orientación de las personas participantes y a la correcta implementación del programa:

- El entorno donde se desarrolle el programa debe ser siempre el mismo y tiene que ser un espacio agradable y libre de distractores.
- Del mismo modo que el espacio es importante también lo es el horario, en la medida de lo posible, se mantendrán fijos los horarios de las sesiones a lo largo de la semana (días

de la semana y horario).

- Las personas participantes deben estar dispuestas de manera cómoda en el espacio, de manera que su participación sea equitativa y se dispondrán de la misma forma a lo largo de las sesiones, en la medida de lo posible.

4.1.4. Estructura general de las sesiones y del programa

Las 16 sesiones propuestas en este programa tienen la misma estructura, la cual está dividida en cuatro partes: bienvenida, orientación a la realidad, presentación y desarrollo de las actividades y cierre. A continuación, se describen cada una de estas partes:

Bienvenida. En esta primera parte se entabla una pequeña conversación inicial con el objetivo de favorecer la participación de todas las personas y establecer y afianzar relaciones sociales entre todos los participantes y con la profesional que lleva a cabo la intervención. También se realiza una breve introducción de lo que se va a realizar en la sesión enlazándolo con lo realizado en sesiones anteriores. Esta breve parte no debe durar más de 3-5 minutos.

Orientación a la realidad. Este segundo paso supone una parte fundamental en todo programa de estimulación cognitiva. Se lleva a cabo orientación temporal, espacial y un breve repaso personal a través de preguntas como el año en que estamos o una breve referencia a festividades cercanas o a algún tema de actualidad reseñable. Se dedica entre 5 y 10 minutos a esta parte de la sesión.

Presentación y desarrollo de las actividades. En tercer lugar, se da paso a presentar las actividades propuestas en la sesión, en primer lugar, las tres actividades de estimulación cognitiva y tras estas la actividad basada en la reminiscencia. Las actividades se exponen a todo el grupo, pero se realizan de manera individual, en la descripción de las sesiones y las actividades existe material suficiente para que el programa se lleve a cabo con un máximo de 6 personas, con lo que el resto del grupo debe respetar el turno de palabra. Resulta fundamental

que todas las personas participantes realicen todas las actividades propuestas, pero en caso de que se sientan incómodos o les resulte demasiado complejo siempre se tiene en consideración sus deseos y necesidades. La duración de estas actividades es variable pudiendo oscilar entre los 40 y los 50 minutos.

Cierre. Tras finalizar las actividades se felicita a las personas participantes por el esfuerzo en las actividades realizadas, revisando aquello que han realizado y tras valorar la satisfacción con las actividades se les emplaza a la siguiente sesión. El cierre de la sesión tiene una duración aproximada de 3-5 minutos.

4.1.5. Organización de las sesiones, descripción de los tipos de actividades y materiales

En relación con lo definido previamente, el presente programa abarca dos modalidades de intervención, la estimulación cognitiva y una intervención basada en la reminiscencia. Puesto que en capítulos previos ya se ha descrito de manera amplia en qué consisten estas intervenciones dicha información no se retomará en las presentes líneas, pero cabe mencionar aquí cómo se organizan las actividades a lo largo de las sesiones y los materiales necesarios para su correcta implementación.

Tal y como se ha indicado en el apartado anterior, en cada sesión se llevan a cabo 3 actividades de estimulación cognitiva y una actividad de reminiscencia, de manera que con las dos sesiones semanales se hayan trabajado los seis subprocesos ejecutivos objeto de esta intervención: la capacidad de inhibición, la fluidez verbal, la velocidad de procesamiento, la capacidad de planificación, la memoria de trabajo y la flexibilidad cognitiva.

Las actividades que aquí se proponen son en su mayoría de elaboración propia puesto que se trata de tareas clásicas que han sido reformuladas y adaptadas para este programa de intervención, excepto algunos materiales que han sido extraídos de la plataforma de

estimulación cognitiva NeuronUP (www.neuronup.com) pero siempre en su versión de lápiz y papel, no digital.

La metodología utilizada en esta intervención se basa principalmente en la conversación, aunque algunas actividades requieren el uso de lápiz y papel o la presentación de materiales, que puede darse tanto a través del material impreso como en una tablet u ordenador. A continuación, se presenta un ejemplo de actividad para cada uno de los subprocesos ejecutivos tal cual se describen en el programa, en los anexos se pueden consultar los materiales completos.

1. Ejemplo de tarea para estimular y mejorar la flexibilidad cognitiva.

Vamos a pedirles que le den un final a las frases que vamos a decir, todo el mundo participará en todas las frases y de ser posible nos darán dos respuestas. No les pediremos de forma seguida a todos los participantes la misma frase para no caer en la repetición.

- *No fui a trabajar porque...*
- *Ayer por la noche...*
- *Me llevé una sorpresa cuando...*
- *El año que viene...*
- *Mi vecina hoy...*
- *Esta mañana en el mercado...*

2. Ejemplo de actividad para inducir y fomentar la capacidad de inhibición.

Vamos a realizar una actividad tipo Stroop pero con cifras. En esta actividad tenemos material, que podemos imprimir o presentar en una tablet a las personas participantes (Anexo 8). La actividad consiste en que han de leer cuántos números hay e inhibir qué número es el que está escrito. Las primeras seis láminas nos sirven de ensayo y además son las más fáciles ya que presentamos la misma cifra representada las veces que le corresponde. Haremos 6 rondas, hay material para máximo 6 personas, pero si son menos lo adaptaremos y reduciremos al grupo (realizando siempre cada persona 6 ensayos).

A continuación, en la Figura 17 pueden observarse parte de los materiales propuestos para esta actividad.

Figura 17

Ejemplo de materiales para la actividad de inhibición.

7 7 7 7 7 25	4 4 4 4 4 4 26	8 8 8 27	9 9 28
1 1 1 1 1 1 1 29	3 3 3 3 30	2 31	7 7 32
5 5 5 33	4 4 4 4 4 34	6 6 6 6 35	8 8 8 36

Nota. De elaboración propia.

3. Ejemplo de tarea para entrenar y aumentar la fluidez verbal.

Realizamos una sencilla actividad de fluidez verbal con clave semántica, de manera que trabajamos también la memoria semántica y la capacidad de razonamiento. Les vamos a pedir que nos digan 2-3 palabras (mejor tres que dos) relacionadas con las que aparecen a continuación, haremos tres rondas alternando, por ejemplo, la participante 1 para granja, la 2 para primavera, la 3 para chimenea... y en la siguiente ronda cambiamos:

- Granja.
- Primavera.
- Chimenea.
- Banco.
- Coche.
- Fútbol.

Realizaremos tres rondas de manera que cada persona tendrá que decir 2-3 palabras para tres de las palabras dadas.

4. Ejemplo de tarea para activar y favorecer la velocidad de procesamiento.

Empezamos la sesión de actividades con una tarea en la que han de ordenar los números que les vamos a presentar de menor a mayor. Les presentamos las láminas de una en una, realizando la actividad de manera individual y respetando el turno (se pueden presentar impresas o en Tablet). Realizaremos dos rondas para cada persona y deberán trabajar lo más rápido posible. El material está disponible en el Anexo 5.

En la Figura 18 presentada a continuación pueden observarse los materiales propuestos para esta actividad.

Figura 18

Ejemplo de materiales para la actividad de velocidad de procesamiento.

5-8-3-1 1	2-7-4-9 2	6-2-9-4 3	3-9-5-2 4
6-2-7-4 5	4-9-1-3 6	12-8-19-5-10 7	6-13-7-18-2 8
15-9-13-4-17 9	3-16-9-11-6 10	10-5-19-8-1 11	6-12-15-9-18 12

Nota. De elaboración propia.

5. Ejemplo de actividad para entrenar y fomentar la memoria de trabajo.

En esta segunda actividad vamos a trabajar una tarea bastante compleja, lo presentaremos como un reto. La actividad consiste en que les presentaremos una serie de palabras en las que se esconde un anagrama de una ciudad española. Deberán trabajar por orden, respetando el turno, pero dada la complejidad de la tarea en caso de que sea necesario se pedirá ayuda al

resto del grupo. Cada persona se enfrentará a dos palabras. El material está disponible en el Anexo 9, se puede imprimir o ir presentándolo en una tablet. Las palabras y sus soluciones son las siguientes:

- CALIENTA: Alicante.
- AGRADAN: Granada.
- REGONA: Gerona.
- ACEVILAN: Valencia.
- OVOIDE: Oviedo.
- HUECAS: Huesca.
- CENTOLLAS: Castellón.
- ARIOS: Soria.
- VALIA: Ávila.
- TECLEABA: Albacete.
- BALCONERA: Barcelona.
- LLEVAIS: Sevilla.

6. Ejemplo de actividad para ejercitar y mejorar la capacidad de planificación.

En esta ocasión vamos a trabajar qué podríamos hacer para resolver las siguientes situaciones problemáticas que se plantean. Haremos dos rondas, por lo tanto, cada persona deberá resolver dos situaciones. Planteamos... ¿Qué harías si...?

- Pierdes las llaves de casa.
- Olvidas que estabas preparando la comida y se te quema.
- Te encuentras mal, cansada y dolorida.
- Te avisan de que mañana habrá un corte de agua durante toda la mañana.
- Estás comiendo en un restaurante y te encuentras un insecto en tu plato.
- Te han regalado una chaqueta, pero no es de tu talla.

- *Un amigo te debe dinero desde hace mucho tiempo.*
- *No encuentras el libro que te dejó un amigo hace tiempo y tienes que devolvérselo.*
- *Te compras unos zapatos y cuando llegas a casa te das cuenta de que son los dos del mismo pie.*
- *Has cocinado para cuatro invitados, pero llegan seis.*
- *Se te estropea el grifo de la cocina.*
- *No encuentras por ningún sitio el carné de identidad.*

Respecto a las actividades basadas en la reminiscencia, tal y como se han indicado anteriormente cada sesión tiene un tema concreto y a través de las sesiones se trabaja todo el ciclo vital, desde la infancia hasta la vida adulta, pasando por diversos temas transversales como las estaciones del año o la emigración. Para la planificación y diseño de estas sesiones se ha tomado como modelo la guía de Teresa Martínez Rodríguez (Martínez Rodríguez, 2012) donde se propone un programa de reminiscencia orientado a personas mayores donde se trabajan las reminiscencias a través de 35 sesiones. En el caso del presente trabajo, se realizan 16 sesiones con una estructura similar a la propuesta por esta autora.

Resulta fundamental que las personas que aplican el programa tengan en cuenta a la hora de llevar a cabo la sesión que se debe trabajar desde un punto de vista integrativo e instrumental, no solamente generando recuerdos sino también intentando, en la medida de lo posible, fomentar los siguientes aspectos (Martínez Rodríguez, 2012):

- *Aceptar eventos negativos del pasado, aceptar el propio pasado como significativo y que ha merecido la pena.*
- *Resolver antiguos conflictos.*
- *Reconciliar la discrepancia entre lo ideal y la realidad.*
- *Recordar experiencias y lecciones que han contribuido al desarrollo de valores y*

significados personales.

- Identificar el patrón de continuidad entre el pasado y el presente.
- Encontrar un significado y valor de lo vivido.

Todo ello a través de la recolección de sus vivencias y de cómo solucionaron las diferentes situaciones vitales que se les presentaron (resolución de problemas, establecimiento de objetivos y su consecución).

Así pues, a continuación, se detallan los diferentes temas tratados en cada una de las sesiones:

- Sesión 0. Bienvenida. “Los medios de comunicación”.
- Sesión 1. La infancia. “La familia, la casa, la crianza”.
- Sesión 2. La infancia. “Las amistades, los juegos”.
- Sesión 3. La infancia. “El colegio”.
- Sesión 4. “La primavera/El verano/El otoño/El invierno”.
- Sesión 5. La juventud. “El noviazgo y juventud”.
- Sesión 6. La vida adulta. “La boda”.
- Sesión 7. La vida adulta. “La crianza de los hijos”.
- Sesión 8. ¡Música maestro!
- Sesión 9. La vida adulta. “Cuando los hijos crecen”.
- Sesión 10. Alimentación y comidas.
- Sesión 11. La vida adulta. “El trabajo”.
- Sesión 12. ¿Fuera de España?

- Sesión 13. Las faenas del hogar.
- Sesión 14. La vida adulta. “Viajes y vacaciones”.
- Sesión 15. La vida adulta. “La jubilación”.
- Sesión 16. La vida adulta. “Diversión y aficiones”.

Tal y como se ha indicado en los párrafos anteriores, en base al modelo de sesiones descrito por Martínez Rodríguez (2012), todas las intervenciones basadas en la reminiscencia a lo largo del programa han tenido el mismo formato, realizándose 6 actividades dentro de la misma sesión. A continuación, tomando como ejemplo la sesión 7, se expone dicha organización, que está formada por 6 momentos:

SESIÓN 7. LA CRIANZA DE LOS HIJOS.

1. “Presentación de la sesión”.

Presentamos que el tema que vamos a trabajar hoy es la vida adulta, en concreto, el momento de la crianza de los hijos (o sobrinos o hermanitos pequeños en el caso de no tener hijos). Como siempre vamos a pensar en el pasado y en el ahora.

2. “Mi primer pensamiento”. Mediante palabras clave relacionadas con el tema, se insta a todas las personas participantes a que indiquen qué les evocan las palabras que se les van a presentar.

Empezamos a pensar y a centrarnos en el tema que vamos a trabajar, en la crianza de los hijos, como se comentaba en el punto anterior, si alguna persona no ha tenido hijos tomaremos sus vivencias respecto a sobrinos, hermanos pequeños o personas cercanas. Para empezar, les vamos a pedir que nos digan qué les viene a la cabeza al escuchar las siguientes palabras (siempre intentando centrarse en el contexto de la crianza de niños pequeños en su época):

- *Bebé.*

- *Dar de mamar.*
 - *Hijos.*
 - *Educación.*
3. “Recordando”. Se empiezan generar recuerdos, a establecer conversaciones a través de diferentes temas que la persona encargada de desarrollar la sesión va lanzando al grupo, todas las personas aportan sus recuerdos si así lo desean. Se busca el establecimiento de conversaciones y debates.

Mediante las siguientes propuestas de conversación se intenta establecer debate, conversar:

- *Los hijos que han tenido.*
 - *El nacimiento del primer hijo o hija.*
 - *Quién cuidaba a los niños: el papel de las madres, el papel de los padres, de los hermanos y de los abuelos en la crianza.*
 - *La manera de criar: alimentación, higiene, curas médicas-sanitarias, etc.*
 - *Algunos recuerdos especiales: cuando empezaron a hablar, a caminar...*
 - *Tipo de ropa que utilizaban (cuánta ropa les ponían, cómo era la cuna, los pañales, etc.)*
 - *La educación: asistencia a la escuela, los premios y castigos.*
 - *Tipos de juegos y juguetes con sus hijas e hijos.*
4. “Como oro en paño”. Se propone a las personas integrantes del grupo que aporten un buen recuerdo sobre el tema que se está tratando.

Para ir cerrando este punto sobre los recuerdos propios se les demanda que compartan con el resto del grupo un buen recuerdo guardado de cuando sus hijos eran pequeños, si así lo desean.

5. “¿Llevan razón?”. Mediante diferentes refranes o frases célebres sobre el tema que se está trabajando se sigue hablando sobre el tema, las personas participantes hablan sobre su significado, dan su opinión, etc.

Trabajamos los siguientes refranes... ¿lo habían escuchado antes? ¿qué significan? ¿tienen razón? Si alguno no lo han escuchado nunca (lo cual es probable) podemos leerlo igualmente e intentar pensar a qué hace referencia y por qué. Si al final quieren aportar alguno que conozcan que guarde relación con el tema pueden hacerlo.

- *Más cuesta alimentar un vicio que criar dos hijos.*
- *Dar a luz rejuvenece, criar es lo que envejece.*
- *Para criar los padres y para malcriar los abuelos.*
- *De tal palo, tal astilla.*
- *Fills de gat, gatets.*
- *Diners i fills, com més pocs menys perills.*

6. “Conexión con el presente”. En este punto se introduce el tema en el contexto actual, tanto desde un punto de vista positivo como negativo, se buscan las diferencias, las ventajas, las desventajas de cada época, etc.

Por último, conversamos sobre cómo son los siguientes aspectos en la actualidad, teniendo en cuenta cómo eran antes:

- *La crianza de los hijos hoy en día.*
- *Las principales diferencias entre la crianza de antes y la de hoy en día:*
 - *Las ventajas de hoy en día (médicos, higiene, enseres, guarderías, etc.)*
 - *Los aspectos menos favorables de la crianza de hoy en día (en muchos*

casos los niños están menos con los padres, menos número de hermanos, ya no se juega en la calle, etc.)

- *Aquello que no ha cambiado, lo que permanece.*

4.2. Formación evaluadores y profesionales implementadores del programa

Las personas colaboradoras en la realización de las evaluaciones, así como las implementadoras del programa, han sido profesionales de la atención a personas adultas mayores, en concreto, de personas con deterioro cognitivo.

En primer lugar, para el correcto proceso de evaluación y registro de los resultados se elaboró un manual donde se incluye cada una de las pruebas utilizadas y sus instrucciones, de manera que no dé lugar a duda sobre su ejecución y recogida de respuestas. Además, todas las evaluaciones se han llevado a cabo por psicólogas y psicólogos con experiencia previa, además fueron formados de manera individual en el protocolo y se les acompañó durante todo el proceso en caso de posibles dudas.

En cuanto a la implementación del programa, también se confeccionó un manual con toda la información concreta del programa y se proporcionaron todos los anexos en formato PDF relacionados con las actividades, de manera que dispusieran de todas las instrucciones y materiales necesarios para correcta ejecución del programa.

Se mantuvo un contacto periódico con dichos profesionales para resolver posibles dudas y llevar a cabo un seguimiento de la progresión de las sesiones.

4.3. Cronograma y plan de trabajo

Tal y como se ha presentado previamente, el programa tiene una duración de 16 sesiones que son implantadas a lo largo de 8 semanas (2 sesiones semanales), por lo que teniendo en cuenta los tres momentos de evaluación, el plan de trabajo propuesto a los centros colaboradores abarca un total de 18 semanas aproximadamente, tal y como se muestra en la Tabla 11.

Tabla 11

Plan de trabajo

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Evaluación Pre – intervención																		
Intervención																		
Evaluación Post - intervención																		
Evaluación de seguimiento																		

Nota. De elaboración propia.

En primer lugar, durante las dos primeras semanas se debían realizar las evaluaciones previas de las personas participantes.

A continuación, durante las ocho semanas siguientes, se debería llevar a cabo la implementación del programa con las 16 sesiones, realizando dos a la semana, tal y como se ha indicado. En caso de que algún día festivo coincida con la planificación de las sesiones se debería haber procurado que las dos sesiones se lleven a cabo en la misma semana reubicando la sesión.

Durante las dos semanas siguientes tras la aplicación de la intervención se debían realizar las valoraciones post intervención y tras 1 mes (4 semanas) realizar la valoración de seguimiento.

En total, se implementó el programa en un total de 11 grupos de tratamiento, formados por un máximo de 6 participantes, con los que se implantaron las intervenciones y se realizaron las evaluaciones entre octubre de 2022 y julio de 2023. Durante este periodo también se llevaron a cabo las evaluaciones del grupo control.

5. Análisis

Para el tratamiento de los datos recogidos se elaboró una base de datos para su correspondiente análisis con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics (Versión 29).

En primer lugar, se realizaron análisis descriptivos para los datos sociodemográficos de la muestra. Posteriormente, para comprobar los diferentes efectos de la intervención realizada, se efectuaron análisis estadísticos de varianzas para muestras independientes y chi-cuadrado con el objetivo de comparar la homogeneidad de los grupos en sus características sociodemográficas. Para el análisis de los efectos de la intervención se realizaron ANOVAS mixtos 2x3 (grupo x tiempo). Siendo el tiempo un factor de medidas repetidas y el grupo un factor de medidas independientes. Para finalizar, se realizaron comparaciones post-hoc con el método de Bonferroni, estudiando tanto los efectos simples como la interacción (grupo x tiempo). El nivel de significación se fijó al 0,05.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS

1. Análisis descriptivo de las variables demográficas

Previamente a los análisis estadísticos se llevó a cabo la comparación entre ambos grupos en las variables sociodemográficas. Tal y como se expone a continuación no se obtuvieron diferencias significativas en ningún sociodemográfico y, por tanto, ambos grupos se consideran homogéneos y comparables.

En primer lugar, en la Tabla 12, se exponen los contrastes de los sociodemográficos más relevantes, el sexo y la edad.

Tabla 12

Pruebas de contraste sociodemográficos de sexo y edad

	Control	Experimental	Estadístico de contraste
Nº mujeres - hombres	37-17	51-10	$\chi^2(2) = 3,62$ $p = 0,057$
Edad M (DT)	78,96 (7,00)	80,46 (6,24)	$F(1, 115) = 1,40$ $p = 0,239$ $\eta^2 = 0,012$

Por último, en relación con resto de datos sociodemográficos, de la misma forma, se exponen a continuación en las Tablas 13, 14, 15 y 16, donde se observan los porcentajes y la prueba de contraste que indica que no existen diferencias entre los grupos.

Tabla 13

Tabla de contingencia y prueba de contraste de la variable estado civil

	Control	Experimental	Total
Soltera/o	3,7%	6,6%	5,2%
Casada/o	37,1%	32,8%	34,8%
Separada/o	5,6%	1,6%	3,5%
Divorciada/o			
Viuda/o	53,7%	59%	56,5%

No existen diferencias entre grupos $\chi^2(4) = 3,11$ $p = 0,538$

Tabla 14

Tabla de contingencia y prueba de contraste de la variable escolaridad

	Control	Experimental	Total
Sin escolaridad	11,1%	6,6%	8,7%
Estudios primarios	75,9%	78,6%	77,4%
Estudios secundarios	5,6%	8,2%	7,0%
Estudios superiores	7,4%	6,6%	7,0%

No existen diferencias entre grupos $\chi^2(4) = 1,89$ $p = 0,756$

Tabla 15

Tabla de contingencia y prueba de contraste de la variable tipo de residencia

	Control	Experimental	Total
Casa propia	87,1%	82,0%	84,3%
Casa de familiares	11,1%	16,4%	13,9%
Casa alquilada	1,9%	1,6%	1,7%

No existen diferencias entre grupos $\chi^2(4) = 3,67$ $p = 0,452$

Tabla 16

Tabla de contingencia y prueba de contraste de la variable con quien viven

	Control	Experimental	Total
Sola/o	22,2%	29,5%	26,1%
Con pareja	31,5%	29,5%	30,4%
Con hijos	29,6%	24,6%	27,0%
Con pareja e hijos	7,4%	3,3%	5,2%
Con otros familiares	9,3%	6,6%	7,8%
Con cuidadores no familiares	0%	6,6%	3,5%

No existen diferencias entre grupos $\chi^2(6) = 6,29$ $p = 0,391$

2. Resultados de la intervención.

Tal y como se ha descrito anteriormente, la muestra está compuesta por 115 participantes los cuales se han distribuido en dos grupos, el grupo experimental (GE) y el grupo control (GC), quienes fueron evaluados en tres tiempos, uno pre-intervención (T0), otro post-intervención o a las 8 semanas en el caso del grupo control (T1) y otro de seguimiento, al mes de haber finalizado la intervención o al mes de la última evaluación en el caso del grupo control (T2).

A continuación, se muestran los resultados obtenidos para cada uno de los grupos en las variables estudiadas.

2.1. Resultados en las variables cognitivas.

Para analizar los efectos de la intervención sobre las variables cognitivas se realizaron ANOVAS mixtos con un diseño 2 (grupos control y experimental) x 3 (tiempo de evaluación: pre-intervención, post-intervención y seguimiento). A continuación, en la Tabla 17 se presentan los efectos principales y de interacción en las variables cognitivas.

Tabla 17

Efectos principales y de interacción de las variables cognitivas

	Efecto principal del tiempo			Efecto principal del grupo			Interacción tiempo x grupo		
	<i>F</i> (2, 115)	<i>p</i>	η^2	<i>F</i> (2, 115)	<i>p</i>	η^2	<i>F</i> (2, 115)	<i>p</i>	η^2
MMSE	2,45	0,089	0,022	0,32	0,574	0,003	0,88	0,415	0,008
TMT-A (tiempo)	42,70	< 0,001	0,306	3,85	0,053	0,038	1,81	0,166	0,018
TMT- A (errores)	0,14	0,869	0,001	0,29	0,586	0,003	0,76	0,469	0,008
TMT-B (tiempo)	1,10	0,334	0,009	1,11	0,296	0,009	1,11	0,334	0,009
TMT-B (errores)	2,16	0,117	0,017	1,90	0,171	0,015	2,16	0,117	0,017
FCR-Copia	0,90	0,406	0,008	0,22	0,642	0,002	1,16	0,313	0,011
Go-No go	9,62	< 0,001	0,079	0,71	0,402	0,006	5,68	0,004	0,048
Dígitos inversos	0,36	0,698	0,003	2,76	0,099	0,024	3,83	0,023	0,033
Evocación semántica	0,24	0,782	0,002	0,01	0,955	0,001	4,73	0,010	0,041
Evocación fonológica	0,91	0,402	0,008	0,18	0,666	0,002	0,46	0,631	0,004
Semejanzas/ Abstracción	1,08	0,341	0,010	0,34	0,559	0,003	0,66	0,517	0,006

En las variables Mini-Examen Cognoscitivo, las relacionadas con el TMT en su forma

A y B, tanto el tiempo como errores, la Figura Compleja de Rey, Evocación fonológica y semejanzas/abstracción, en la interacción tiempo x grupo no se obtuvieron resultados significativos, con lo que no se han podido objetivar cambios en el grupo experimental tras la intervención en comparación con el grupo control. Las variables en las que se han obtenido efectos significativos se exponen a continuación y en la Tabla 18 se reflejan las medias y desviaciones estándar (*DE*) de dichas interacciones significativas.

Tabla 18

Medias y desviaciones estándar (DE) de las interacciones significativas de las variables cognitivas

	Pre-intervención (T0)		Post-intervención (T1)		Seguimiento (T2)	
	GC	GE	GC	GE	GC	GE
Go-No go	1,72 (1,1)	1,52 (1,2)	1,85 (1,1)	2,11 (1,0)	1,75 (1,0)	2,15 (1,1)
Dígitos inversos	2,83 (0,91)	2,84 (0,96)	2,66 (1,1)	3,15 (1,0)	2,72 (0,9)	2,98 (0,9)
Evocación semántica	9,79 (3,6)	9,00 (4,2)	9,17 (3,7)	9,92 (4,8)	9,47 (3,9)	9,64 (4,2)

Nota. GC = grupo control; GE = grupo experimental

Go-No go.

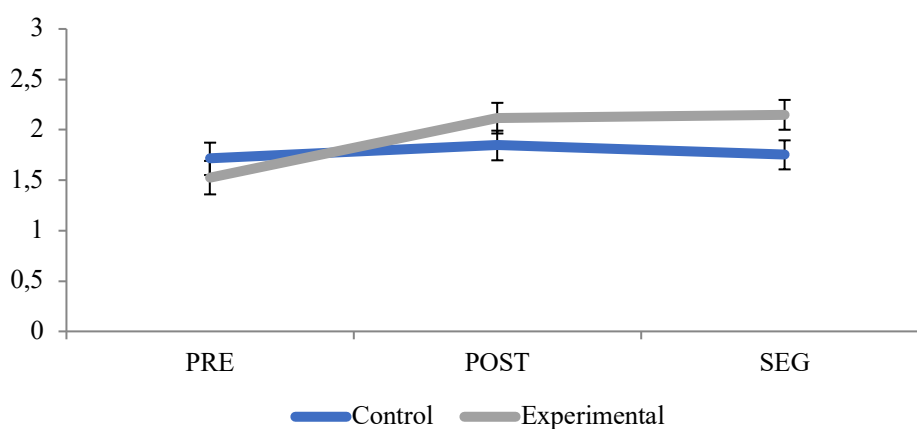
Respecto a la variable Go-No go, los efectos de la interacción obtenidos tras la intervención (interacción tiempo x grupo) fueron significativos ($F(2, 115) = 5,68; p = 0,004; \eta^2 = 0,048$), señalando que existe un cambio tras la intervención en dicha variable en el grupo experimental. Respecto a los efectos simples del tiempo y del grupo se observó un efecto significativo del tiempo ($F(2, 115) = 9,62; p < 0,001; \eta^2 = 0,079$) pero no del grupo ($F(2, 115) = 0,71; p = 0,402; \eta^2 = 0,006$).

Tras realizar los análisis post hoc, en las pruebas t de Bonferroni no se obtuvieron diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control en ninguno de los tres tiempos de evaluación ($T_0: p = 0,399$, $T_1: p = 0,203$ y $T_2: p = 0,054$). Al estudiar los grupos de forma independiente, sí que se observa una mejora significativa en el grupo experimental, mostrando diferencias entre la evaluación previa y los tiempos post-intervención y seguimiento, con una $p < 0,001$, mientras que en el grupo control no se constata dicha mejora. Pese a que se mantienen las diferencias en el grupo experimental entre la valoración pre-intervención y el seguimiento ($p < 0,001$), no se produce una diferencia entre los resultados de la valoración post-

intervención y el seguimiento. Este hecho se puede observar en la Tabla 18, con las medias y desviaciones estándar, donde se observa una mejora en la puntuación con respecto a la valoración pre-intervención en el grupo experimental que se mantiene hasta la valoración de seguimiento ($M_{T0} = 1,52$; $M_{T1} = 2,11$; $M_{T2} = 2,15$), tal y como se observa de manera gráfica en la Figura 19 a continuación.

Figura 19

Medias de los grupos en Go-No go



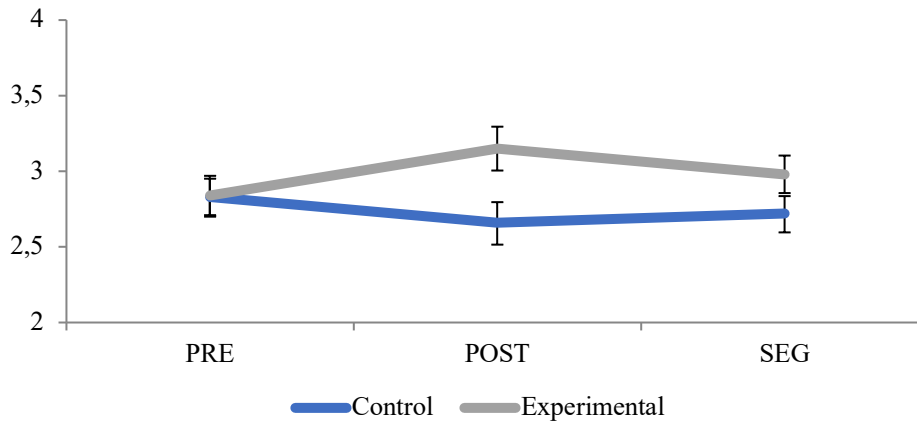
Dígitos inversos.

La variable dígitos inversos mostró efectos significativos tras la aplicación del programa de intervención ($F(2, 115) = 5,68$; $p = 0,023$; $\eta^2 = 0,033$), no obteniéndose diferencias significativas en los efectos simples del tiempo ($F(2, 115) = 0,36$; $p = 0,698$; $\eta^2 = 0,03$) y del grupo ($F(2, 115) = 2,76$; $p = 0,099$; $\eta^2 = 0,024$). Los análisis post hoc para la comparación de los tiempos entre los grupos mostraron que en la valoración post-intervención había diferencias significativas entre ambos grupos ($p = 0,016$), diferencia que no estaba presente en la valoración previa ($p = 0,974$) pero dicha diferencia no se mantuvo tras el seguimiento ($p = 0,120$). Tal y como se observa en la Figura 20 y se ha expuesto en la Tabla 18, la media del grupo experimental mejoró en la valoración post-intervención comparada con la evaluación inicial ($p = 0,048$), pero dicha mejora no se mantuvo tras un mes de seguimiento ($M_{T0} = 2,84$; $M_{T1} = 3,15$; $M_{T2} = 2,98$) y tampoco se observaron diferencias entre la evaluación inicial y el seguimiento (p

= 0,669). Además, el grupo control no modificó sus puntuaciones significativamente al compararse los tres tiempos.

Figura 20

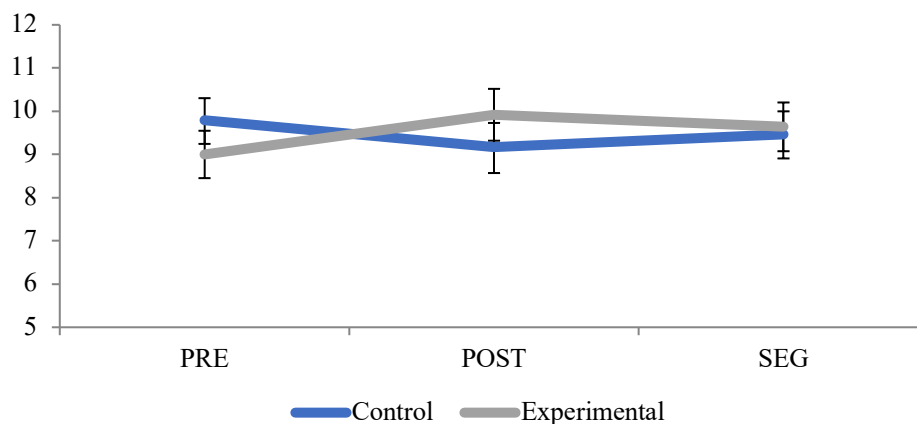
Medias de los grupos en Dígitos inversos



Evocación categorial semántica.

La variable evocación categorial en clave semántica mostró efectos significativos tras la aplicación del programa de intervención para la interacción tiempo x grupo ($F(2, 115) = 4,728; p = 0,010; \eta^2 = 0,41$), obteniendo mejores resultados tras la intervención. El efecto simple del tiempo no resultó significativo ($F(2, 115) = 0,246; p = 0,782; \eta^2 = 0,002$) ni el efecto simple del grupo ($F(2, 115) = 0,003; p = 0,955; \eta^2 = < 0,001$).

Los análisis post hoc mostraron que no se dieron diferencias entre ambos grupos a lo largo de los tres tiempos de evaluación. Al estudiar cada grupo de forma independiente el grupo control no modificó sus puntuaciones a lo largo de los tres tiempos; en relación al grupo experimental se obtuvo una mejora significativa entre la evaluación inicial y la post intervención ($p = 0,047$), pero no se observaron diferencias entre la evaluación previa y el seguimiento ni entre la post intervención y el seguimiento. Tal y como se observa en la Figura 21, la media del grupo experimental mejoró en la valoración post-intervención y aunque se mantiene dicha tendencia a la mejora tras un mes de seguimiento, no de manera significativa ($M_{T0} = 9,00; M_{T1} = 9,92; M_{T2} = 9,64$).

Figura 21*Medias de los grupos en Evocación categorial semántica*

2.2. Resultados en las variables psicológicas

Tal y como se ha expuesto previamente, las variables psicológicas estudiadas han sido el estado de ánimo, la resiliencia y la satisfacción con la vida. A continuación, en la Tabla 19, se muestran los efectos simples, así como el efecto de la interacción en las variables estudiadas.

Tabla 19*Efectos principales y de interacción de las variables psicológicas*

	Efecto principal del tiempo			Efecto principal del grupo			Interacción tiempo x grupo		
	<i>F</i> (2, 115)	<i>p</i>	η^2	<i>F</i> (2, 115)	<i>p</i>	η^2	<i>F</i> (2, 115)	<i>p</i>	η^2
SWLS	1,08	0,339	0,010	1,34	0,250	0,012	3,04	0,050	0,026
BRCS	1,41	0,247	0,012	2,01	0,160	0,018	8,72	< 0,001	0,072
CES-D	25,81	< 0,001	0,190	1,11	0,296	0,010	22,51	< 0,001	0,170

En la siguiente tabla (Tabla 20) se exponen las medias y desviaciones estándar obtenidas y a continuación se expone cada una de las variables.

Tabla 20*Medias y desviaciones estándar (DE) de las interacciones significativas de las variables psicológicas*

	Pre-intervención (T0)		Post-intervención (T1)		Seguimiento (T2)	
	GC	GE	GC	GE	GC	GE
SWLS	19,73 (3,8)	19,78 (4,8)	18,69 (4,2)	20,31 (4,1)	18,86 (4,5)	19,72 (4,1)
BRCS	14,22 (3,3)	13,81 (4,1)	13,56 (3,6)	15,21 (3,1)	13,79 (3,5)	15,03 (3,0)
CES-D	13,45 (9,2)	15,54 (6,9)	18,60 (7,2)	15,57 (5,5)	18,82 (7,8)	15,85 (5,2)

Nota. GC = grupo control; GE = grupo experimental

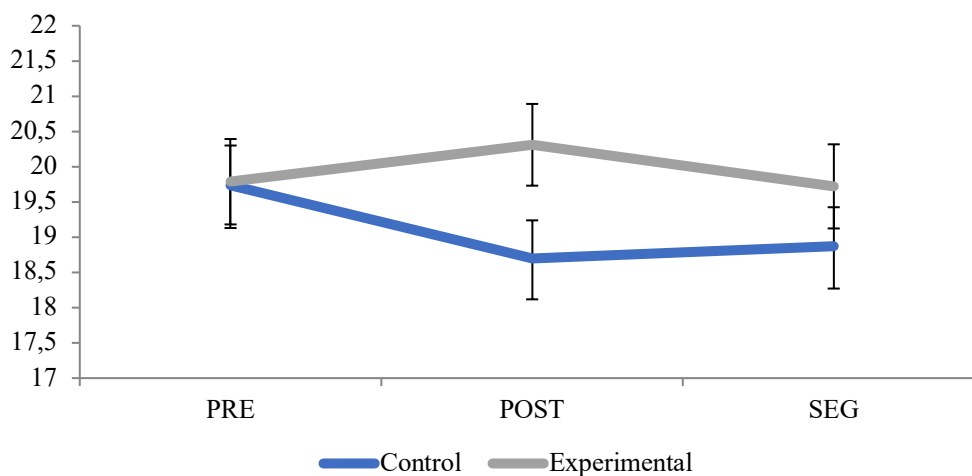
Satisfacción con la vida (SWLS)

Los análisis de la variable SWLS mostraron resultados no significativos de los efectos simples del tiempo ($F(2, 115) = 1,08; p = 0,339; \eta^2 = 0,010$) y del grupo ($F(2, 115) = 1,34; p = 0,250; \eta^2 = 0,012$) pero los resultados de la interacción tiempo x grupo sí que mostraron diferencias significativas ($F(2, 115) = 3,04; p = 0,050; \eta^2 = 0,026$), evidenciando pues el efecto de la intervención.

Tras realizar los análisis post hoc, las pruebas de comparación de medias, no existían diferencias entre los grupos en la valoración inicial, mientras que en la post-intervención al comparar el grupo control y el experimental sí que se observaron diferencias significativas ($p = 0,298$), siendo las puntuaciones mayores para el grupo experimental. Por lo que se refiere al análisis de la evaluación de cada grupo estudiado de forma independiente, el grupo control mostró una disminución significativa de la satisfacción vital desde la valoración inicial a la post-intervención ($p < 0,001$), así como de la valoración inicial a la de seguimiento ($p < 0,001$). En cambio, en relación con el grupo experimental no se observaron diferencias significativas a través del tiempo, manteniendo la puntuación inicial en satisfacción con la vida. Estos resultados se observan en la Figura 22, a continuación.

Figura 22

Medias de los grupos en Satisfacción con la vida



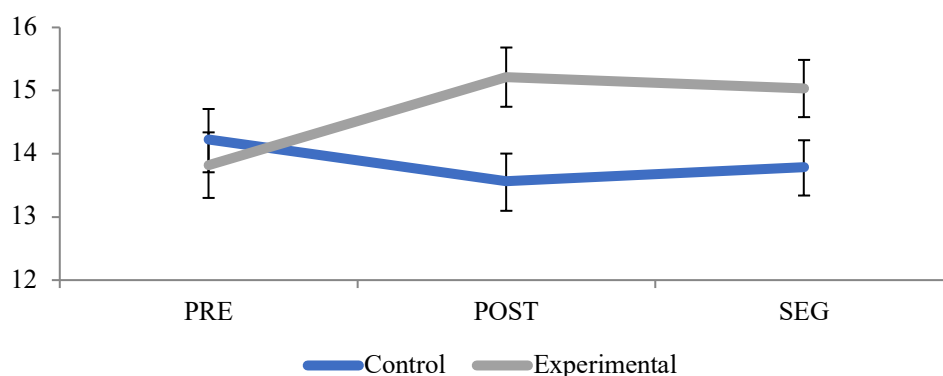
Resiliencia (BRCS)

En la variable BRCS también se obtuvieron efectos significativos de la interacción (tiempo x grupo) tras la intervención ($F(2, 115) = 8,72; p < 0,001; \eta^2 = 0,072$), hecho que no se observó en los efectos simples del tiempo $F(2, 115) = 1,41; p = 0,247; \eta^2 = 0,012$ ni en los efectos simples del grupo $F(2, 115) = 2,01; p = 0,160; \eta^2 = 0,018$.

Al ser significativa la interacción, se aplicaron pruebas post hoc para el análisis de los efectos simples. Al comparar los grupos en cada tiempo, no se observaron diferencias en la evaluación inicial, sin embargo, en la comparación post-intervención, el grupo experimental obtuvo puntuaciones significativamente mayores ($p = 0,011$) así como en el seguimiento ($p = 0,048$). El estudio de la evolución de los grupos de forma independiente mostró que el grupo control no modificó sus puntuaciones significativamente a lo largo de los tres tiempos. El grupo experimental incrementó significativamente sus puntuaciones de la evaluación inicial a la post-intervención ($p = 0,001$) y se mantuvo en el seguimiento la puntuación obtenida en la post-intervención por lo que no se obtuvieron diferencias, sin embargo, sí que fue significativamente más alta la puntuación del seguimiento que la de la evaluación inicial ($p = 0,006$). En la Figura 23, expuesta a continuación, se puede observar de manera gráfica la evolución de las medias obtenidas en los tres tiempos de evaluación en los dos grupos.

Figura 23

Medias de los grupos en BRCS



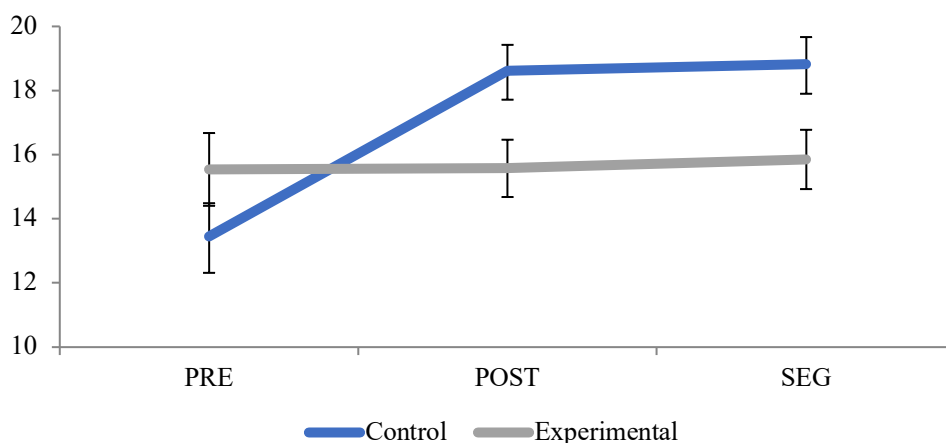
Estado de ánimo (CES-D)

Por último, en cuanto a las variables psicológicas, en la variable CES-D, se mostraron significativos los efectos simples del tiempo ($F(2, 115) = 25,81; p < 0,001; \eta^2 = 0,190$) pero no los efectos simples del grupo ($F(2, 115) = 1,11; p = 0,296; \eta^2 = 0,010$). Por lo que respecta a la interacción tiempo x grupo esta resultó significativa ($F(2, 115) = 22,5; p < 0,001; \eta^2 = 0,170$).

Dada la interacción significativa se aplicaron pruebas post hoc. La comparación de los grupos en los tres tiempos señaló que no existían diferencias entre estos en la evaluación inicial, sin embargo, tanto en la post-intervención como en el seguimiento se observó una menor puntuación de la CES-D en el grupo experimental, $p = 0,014$ y $p = 0,019$ respectivamente. En relación a la evolución de cada grupo independientemente, en el grupo experimental se observa un mantenimiento de sus puntuaciones no existiendo una variación significativa entre los tiempos. En cambio, en el grupo control se observa un incremento significativo cuando se compara la puntuación de la evaluación inicial con la de la post-intervención ($p < 0,001$) y cuando se compara con el seguimiento ($p < 0,001$), sin embargo, entre post-intervención y seguimiento no existen diferencias significativas. Dichos resultados son observables en la Figura 24, donde se reflejan las medias obtenidas de ambos grupos y sus diferencias, las cuales también se pueden consultar en la Tabla 20.

Figura 24

Medias de los grupos en CES-D



2.3. Resultados en las variables de reminiscencia

Las variables de reminiscencia estudiadas son los usos o funciones de reminiscencia descritos en capítulos anteriores: identidad, solución de problemas, preparación para la muerte, revivir la amargura, reducción del aburrimiento, mantenimiento de la intimidad, conversación y enseñar/informar.

En la Tabla 21, se muestra el efecto de la intervención en todas las variables, donde los resultados de la interacción (tiempo x grupo) han resultado significativos.

Tabla 21

Efectos principales y de interacción de las variables de reminiscencia

	Efecto principal del tiempo			Efecto principal del grupo			Interacción tiempo x grupo		
	<i>F</i> (2, 115)	<i>p</i>	η^2	<i>F</i> (2, 115)	<i>p</i>	η^2	<i>F</i> (2, 115)	<i>p</i>	η^2
Identidad	2,27	0,106	0,020	1,55	0,216	0,014	5,95	0,003	0,051
Solución de problemas	1,33	0,268	0,012	4,06	0,046	0,035	7,54	0,001	0,063
Preparación para la muerte	3,02	0,051	0,026	1,76	0,188	0,015	6,81	0,001	0,057
Revivir la amargura	1,12	0,329	0,010	1,05	0,308	0,009	4,66	0,010	0,040
Reducción del aburrimiento	0,43	0,654	0,004	0,98	0,324	0,009	6,51	0,002	0,055
Mantenimiento de la intimidad	1,49	0,228	0,013	0,01	0,946	< 0,001	6,48	0,002	0,055
Conversación	1,58	0,209	0,014	1,52	0,220	0,013	5,36	0,005	0,046
Enseñar/informar	7,02	0,001	0,059	1,31	0,255	0,012	5,91	0,003	0,050

Como se observa en la Tabla 21, en todas las variables estudiadas los efectos de la interacción tiempo x grupo han resultado significativos.

En la Tabla 22, presentada a continuación, se detallan las medias y desviaciones estándar para cada una de las variables y posteriormente se detallan los resultados obtenidos en cada una de las variables de reminiscencia.

Tabla 22

Medias y desviaciones estándar (DE) de las interacciones significativas de las variables de reminiscencia

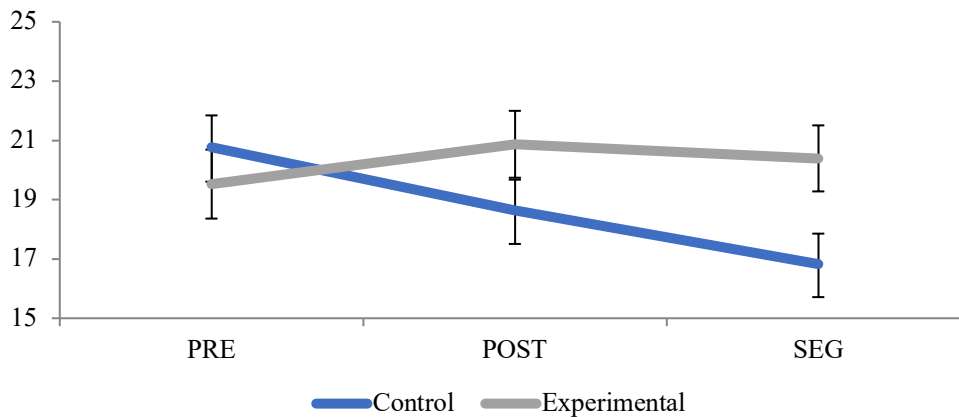
	Pre-intervención (T0)		Post-intervención (T1)		Seguimiento (T2)	
	GC	GE	GC	GE	GC	GE
Identidad	20,76 (8,4)	19,52 (8,3)	18,36 (8,0)	20,86 (8,2)	16,82 (8,2)	20,39 (7,8)
Solución de problemas	17,52 (8,2)	17,18 (7,4)	14,52 (6,6)	18,19 (7,9)	14,41 (8,0)	18,68 (8,1)
Preparación para la muerte	16,50 (9,4)	15,21 (7,7)	13,49 (7,7)	15,85 (7,9)	12,13 (7,2)	16,08 (8,0)
Revivir la amargura	13,54 (7,8)	12,49 (6,7)	12,30 (6,0)	14,18 (6,9)	11,11 (6,3)	13,59 (7,0)
Reducción del aburrimiento	17,62 (7,7)	16,62 (8,0)	14,54 (6,3)	18,52 (8,1)	16,33 (7,1)	16,81 (7,6)
Mantenimiento de la intimidad	19,92 (5,3)	17,90 (5,5)	18,15 (5,5)	19,36 (4,9)	17,60 (5,8)	18,59 (5,6)
Conversación	17,0 (6,3)	16,34 (6,6)	15,26 (5,7)	17,04 (5,7)	14,47 (6,6)	17,04 (6,0)
Enseñar/informar	18,01 (7,4)	16,88 (6,7)	15,37 (7,3)	17,34 (6,9)	13,62 (7,2)	16,60 (6,7)

Nota. GC = grupo control; GE = grupo experimental

Identidad.

En la variable identidad, no se mostraron significativos los efectos simples del tiempo ($F(2, 115) = 2,27; p = 0,106; \eta^2 = 0,020$) ni los efectos simples del grupo ($F(2, 115) = 1,55; p = 0,014; \eta^2 = 0,014$). Respecto a los resultados de la interacción tiempo x grupo sí que resultaron significativos ($F(2, 115) = 5,95; p = 0,003; \eta^2 = 0,051$).

Tras realizar los análisis post hoc, las pruebas de comparación de medias mostraron que no existían diferencias significativas entre los grupos en la evaluación inicial ($p = 0,433$) ni en la post-intervención ($p = 0,106$), mientras que sí que se observaron diferencias significativas entre el grupo control y el grupo experimental en el seguimiento ($p = 0,020$). Este efecto se puede observar en la Figura 25 a continuación. El estudio de la evolución de los grupos de forma independiente mostró que en el grupo experimental las puntuaciones se mantuvieron a través del tiempo, mientras que en el grupo control se observó una disminución significativa de la puntuación en la función identidad desde la evaluación inicial a la de seguimiento ($p = 0,003$).

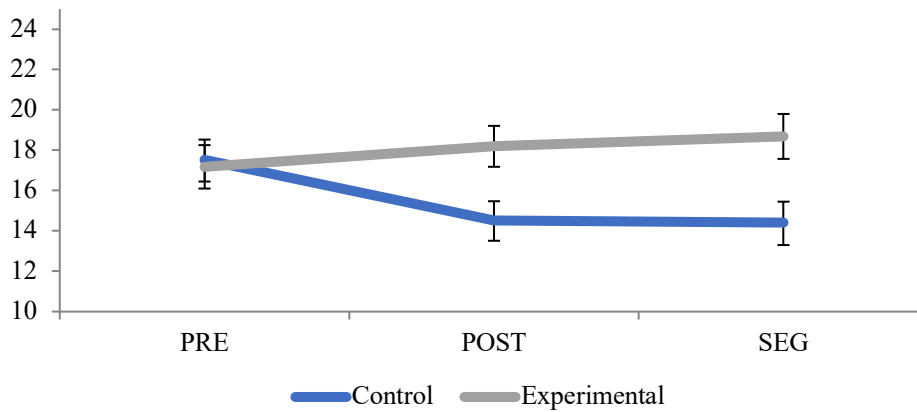
Figura 25*Medias de los grupos en Identidad**Solución de problemas.*

En la variable Solución de problemas también se obtuvieron efectos significativos de la interacción (tiempo x grupo) tras la intervención ($F(2, 115) = 7,54; p = 0,001; \eta^2 = 0,063$), hecho que no se observó en los efectos simples del grupo $F(2, 115) = 1,33; p = 0,268; \eta^2 = 0,012$ pero sí en los efectos simples del tiempo $F(2, 115) = 4,06; p = 0,046; \eta^2 = 0,035$, que sí que resultaron significativos.

Los análisis post hoc mostraron diferencias significativas entre los grupos en la evaluación post-intervención ($p = 0,009$) y en la de seguimiento ($p = 0,006$), siendo en ambos casos el grupo control el que obtuvo una puntuación menor. En la Figura 26 se pueden observar las medias obtenidas por ambos grupos en los tres tiempos de evaluación. Al estudiar cada grupo de forma independiente el grupo experimental mantuvo sus puntuaciones, no observándose diferencias significativas a través del tiempo. Mientras que en el grupo control se observó una disminución de las puntuaciones de la evaluación inicial a la post-intervención ($p = 0,007$), así como de la pre-intervención a la evaluación de seguimiento ($p = 0,011$).

Figura 26

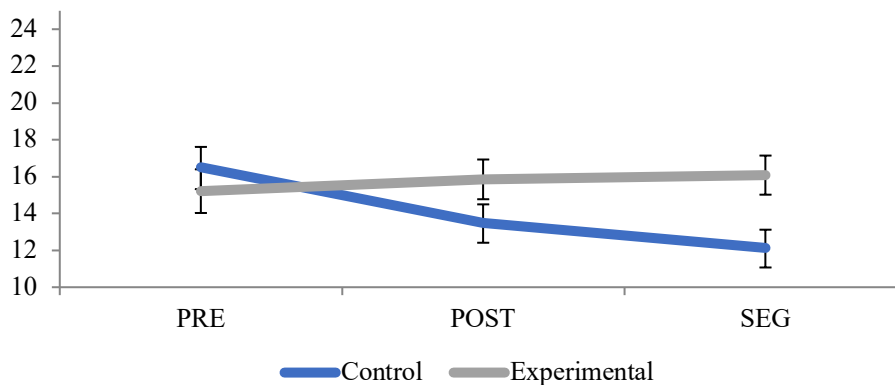
Medias de los grupos en Solución de problemas.



Preparación para la muerte.

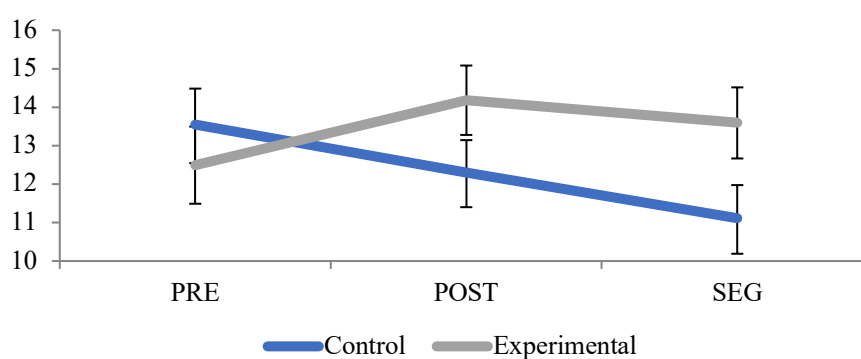
Los análisis de la variable Preparación para la muerte mostraron resultados no significativos de los efectos simples del tiempo ($F(2, 115) = 3,02$ $p = 0,051$; $\eta^2 = 0,026$) ni del grupo ($F(2, 115) = 1,76$; $p = 0,188$; $\eta^2 = 0,015$) pero los resultados de la interacción tiempo x grupo sí que fueron significativos ($F(2, 115) = 6,81$; $p = 0,001$; $\eta^2 = 0,057$).

Tras realizar los análisis post hoc, las pruebas t de Bonferroni mostraron diferencias entre el grupo control y el grupo experimental en la evaluación de seguimiento, con una significación de $p = 0,007$. Estos resultados se exponen en la Figura 27 donde se reflejan las medias de las puntuaciones obtenidas en los tres tiempos de evaluación para cada grupo. Al analizar la evolución de cada uno de los grupos a través del tiempo se observa que en el grupo control se produce una disminución significativa de la puntuación desde la evaluación inicial a la post-intervención ($p = 0,011$), manteniéndose esta disminución significativa desde la post-intervención a la evaluación de seguimiento ($p = 0,001$), mientras que en el grupo experimental no se observan diferencias significativas a través del tiempo.

Figura 27*Medias de los grupos en Preparación para la muerte**Revivir la amargura.*

La variable Revivir la amargura mostró efectos significativos de la interacción tras la aplicación del programa de intervención ($F(2, 115) = 4,66$; $p = 0,010$; $\eta^2 = 0,040$), no obteniéndose diferencias significativas en los efectos simples del tiempo ($F(2, 115) = 1,12$; $p = 0,329$; $\eta^2 = 0,010$) y del grupo ($F(2, 115) = 1,05$ $p = 0,308$; $\eta^2 = 0,009$).

Los análisis post hoc mostraron que no existían diferencias significativas entre el grupo control y el grupo experimental en ninguno de los tres tiempos. Al analizar de forma independiente cada uno de los grupos se observó que tanto en el grupo control como en el grupo experimental las puntuaciones se mantuvieron estables no existiendo diferencias significativas en ninguno de los tiempos. Estos resultados se exponen en la Figura 28 donde se reflejan las medias de las puntuaciones obtenidas en los tres tiempos de evaluación para cada grupo.

Figura 28*Medias de los grupos en Revivir la amargura*

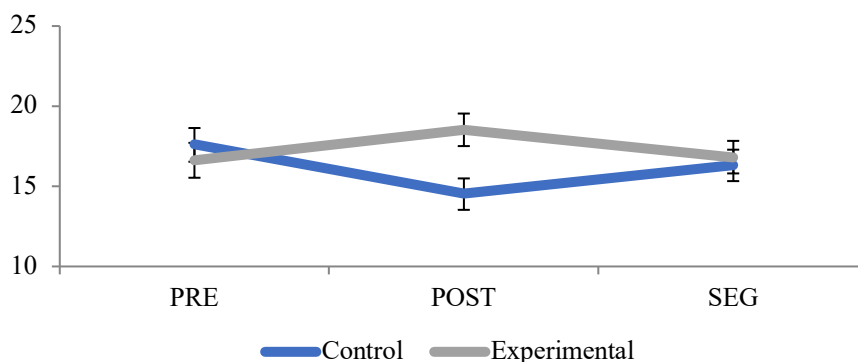
Reducción del aburrimiento.

Respecto a la variable Reducción del aburrimiento, los efectos de la interacción obtenidos tras la intervención (interacción tiempo x grupo) fueron significativos ($F(2, 115) = 6,51$; $p = 0,002$; $\eta^2 = 0,055$), probando pues que se dio un cambio tras la intervención en dicha variable. Respecto a los efectos simples del tiempo y del grupo no se observó un efecto significativo en ninguno de los dos casos, $F(2, 115) = 0,43$; $p = 0,654$; $\eta^2 = 0,004$ (tiempo) y $F(2, 115) = 0,98$; $p = 0,324$; $\eta^2 = 0,009$ (grupo).

Tras realizar los análisis post hoc, las pruebas t de Bonferroni indicaron que las diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control se daban en el tiempo de evaluación post-intervención ($p = 0,005$). Como se observa en la Figura 29, el grupo experimental obtiene una puntuación media mayor que el grupo control en el tiempo de evaluación post-intervención suponiendo una diferencia significativa, pero dicho efecto no se mantiene en la evaluación de seguimiento ($p = 0,730$), donde se aprecia un descenso en la puntuación media del grupo experimental ($M_{T1} = 18,52$; $M_{T2} = 16,81$). Al analizar la evolución de cada uno de los grupos de forma independiente se observó que en el grupo control las puntuaciones disminuyeron significativamente de la evaluación inicial a la post-intervención ($p = 0,014$), mientras que no se observaron diferencias significativas en el grupo experimental a través de los tres tiempos.

Figura 29

Medias de los grupos en Reducción del aburrimiento



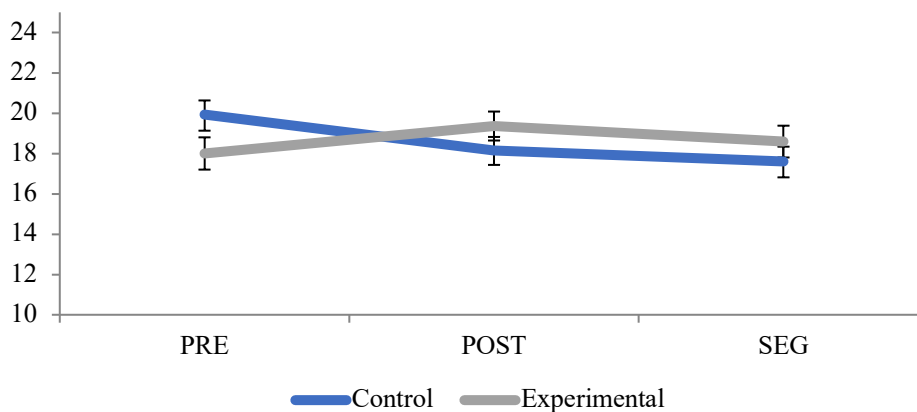
Mantenimiento de la intimidad.

En la variable Mantenimiento de la intimidad también se obtuvieron efectos significativos de la interacción tiempo x grupo ($F(2, 115) = 6,48$; $p = 0,002$; $\eta^2 = 0,040$), al contrario que los efectos simples del grupo $F(2, 115) = 1,49$; $p = 0,228$; $\eta^2 = 0,013$ y los efectos simples del tiempo $F(2, 115) = 0,01$; $p = 0,946$; $\eta^2 < 0,001$, que no resultaron significativos.

Los análisis post hoc mostraron que no se dieron diferencias entre ambos grupos en los tres tiempos de evaluación. El estudio de la evolución de los grupos de forma independiente mostró que el grupo control experimentó una disminución significativa de la puntuación media obtenida entre la evaluación pre-intervención y la obtenida en el seguimiento, con una $p = 0,022$. En el grupo experimental no se evidencian cambios significativos en esta variable. Los resultados obtenidos se pueden observar en la Figura 30.

Figura 30

Medias de los grupos en Mantenimiento de la intimidad



Conversación.

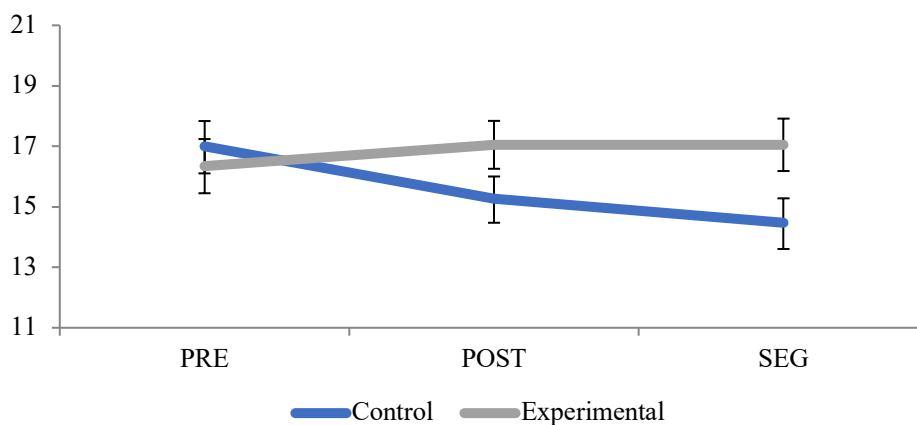
En la variable Conversación, los efectos de la interacción tiempo x grupo fueron significativos ($F(2, 115) = 5,36$; $p = 0,005$; $\eta^2 = 0,046$), probando la presencia de un efecto en dicha variable tras la participación en el programa de intervención. Respecto a los efectos simples no se observó un efecto significativo ni del tiempo ($F(2, 115) = 1,58$; $p = 0,209$; $\eta^2 =$

0,014) ni del grupo ($F(2, 115) = 1,52; p = 0,220; \eta^2 = 0,013$).

Tras realizar los análisis post hoc, las pruebas t de Bonferroni indicaron que las diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control se dieron en el tiempo de evaluación de seguimiento ($p = 0,032$). Tal y como se observa en la Figura 31, el grupo experimental obtiene una puntuación media mayor que el grupo control tanto en el tiempo de evaluación post-intervención ($M_{GC} = 15,26 < M_{GE} = 17,04$) como en el de seguimiento ($M_{GC} = 14,47 < M_{GE} = 17,04$) pero es solamente en este último tiempo donde se da una diferencia significativa. Por lo que se refiere al análisis de la evaluación de cada grupo estudiado de forma independiente, en el grupo control se observó una disminución significativa de la puntuación de la evaluación inicial a la de seguimiento ($p = 0,014$), mientras que en el grupo experimental no se observaron diferencias significativas a través del tiempo.

Figura 31

Medias de los grupos en Conversación



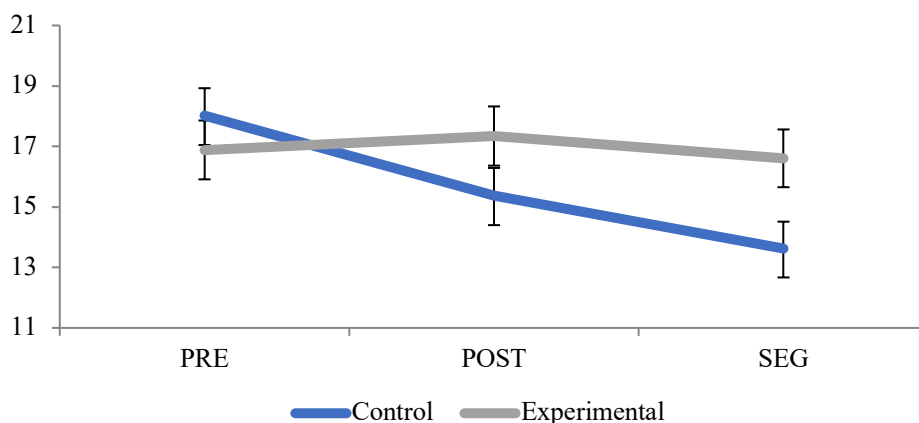
Enseñar/Informar.

Por último, los análisis de la variable Enseñar/Informar mostraron resultados significativos de los efectos simples del tiempo ($F(2, 115) = 7,02; p = 0,001; \eta^2 = 0,059$) pero no del grupo ($F(2, 115) = 1,31; p = 0,255; \eta^2 = 0,012$). En cuanto a los resultados de la interacción tiempo x grupo sí que fueron significativos ($F(2, 115) = 5,91; p = 0,003; \eta^2 = 0,050$).

Tras realizar los análisis post hoc, las pruebas t de Bonferroni mostraron que dichas diferencias se dieron en la evaluación de seguimiento, con una $p = 0,024$. Estos resultados se exponen en la Figura 32 donde se reflejan las medias de las puntuaciones en cada grupo a lo largo de los tres tiempos de evaluación. Al analizar la evolución de cada uno de los grupos de forma independiente se observó que en el grupo control sus puntuaciones disminuyeron de forma significativa desde la evaluación inicial a la post-intervención ($p = 0,014$) y de la evaluación inicial a la de seguimiento ($p < 0,001$). En el grupo experimental no se observan diferencias significativas en sus puntuaciones a través del tiempo.

Figura 32

Medias de los grupos en Enseñar/Informar



CAPÍTULO 6

DISCUSIÓN

El deterioro cognitivo asociado a una demencia tiene repercusiones tanto a nivel psicológico como socioeconómico, afectando no solamente a la persona que la padece sino también a todos los componentes del núcleo familiar, en mayor o menor medida. Este hecho promueve el uso de las terapias no farmacológicas expuestas en este trabajo, con el objetivo de intervenir de manera directa en la persona afectada con el ánimo de mejorar o mantener su capacidad funcional y reducir las posibles alteraciones conductuales, enlenteciendo el progreso de la enfermedad y fomentando por tanto el mantenimiento de su autonomía.

Incluso en el envejecimiento normal es habitual encontrar un declive en diversos subprocesos ejecutivos como la flexibilidad cognitiva, la capacidad de planificación, el control atencional y la fluidez verbal (Bruna et al., 2012) y, por tanto, es común encontrar dicha afectación en fases incipientes de demencia, la cual sigue progresando conforme avanza la enfermedad, con un perfil neuropsicológico concreto según el tipo de demencia.

Tal y como se ha indicado previamente, la estimulación cognitiva y las intervenciones basadas en la reminiscencia son dos de las modalidades de TNF más ampliamente utilizadas en las intervenciones en personas con deterioro cognitivo puesto que además de ser de utilidad para intervenir en procesos cognitivos y sobre aspectos psicológicos y conductuales (Meyer y O’Keefe, 2020), suelen ser actividades que las personas participantes identifican como agradables y motivadoras. Pero en la actualidad, pese al incesante incremento de la evidencia científica publicada sobre las terapias no farmacológicas en general y sobre la estimulación cognitiva y las intervenciones basadas en la reminiscencia en particular, las dificultades metodológicas como la gran variedad de técnicas posibles, las diferencias individuales entre los participantes o los pequeños tamaños muestrales, suponen que resulte complicado extraer conclusiones consistentes sobre su efectividad, implicando la necesidad de seguir llevando a cabo estudios científicos sobre el tema (O’Philbin et al., 2018; Woods et al., 2023).

Así pues, mediante la propuesta de intervención presentada en este trabajo, se consideró la necesidad de comprobar la efectividad de un programa que combina estimulación cognitiva y reminiscencia, tratándose pues de un programa multicomponente y que por tanto implica la complementación de los efectos que tienen ambas intervenciones de manera independiente (Chalfont et al., 2020). Por consiguiente, retomando el objetivo general de la presente tesis, se buscó estudiar la efectividad de dicho programa sobre diversos subprocesos de las funciones ejecutivas, las funciones de reminiscencia y diferentes variables relacionadas con el bienestar psicológico. Tal y como se expuso en capítulos anteriores, las funciones de reminiscencia se asocian a un mayor o menor bienestar según el uso que se le dé al proceso de reminiscencia y, por tanto, se estudiaron también los cambios producidos en las mismas tras la intervención y los cambios obtenidos en las variables psicológicas satisfacción con la vida, resiliencia y estado de ánimo.

Vistos los resultados expuestos en el anterior capítulo, de manera general se observa que tras implantar el programa no se obtienen resultados satisfactorios en cuanto a cognición general ni en todos los subprocesos ejecutivos, pero en las variables psicológicas y de reminiscencia sí que se obtuvieron un mayor número de resultados significativos. A continuación, se discuten los resultados obtenidos para cada una de las variables de cognición global, FFEE, variables psicológicas y reminiscencia, evaluando el nivel de cumplimiento de los objetivos específicos planteados y de sus respectivas hipótesis.

1. Cognición global

El primer objetivo de este trabajo supuso valorar el efecto del programa sobre la cognición global, con el ánimo de ofrecer una visión general del efecto de la intervención sobre un factor de cognición que estuviese haciendo referencia a todos los procesos cognitivos mediante una única medida, la cual está asociada al grado de deterioro cognitivo y funcionalidad.

En relación con este primer objetivo específico, se propuso la hipótesis de que no se producía un empeoramiento en el deterioro cognitivo de las personas con demencia tras participar en el programa de estimulación cognitiva y reminiscencia (H1), en comparación con el grupo control. Esta hipótesis no se ha cumplido puesto que no se han hallado diferencias entre ambos grupos y, por tanto, no se puede afirmar que el programa aquí aplicado haya producido un efecto positivo sobre la cognición global de los participantes. Estudios previos sugieren que la estimulación cognitiva puede tener efectos protectores frente al avance del deterioro cognitivo, aunque estos beneficios observados sobre la cognición global son generalmente modestos y variables (Bahar-Fuchs et al., 2013; Woods et al., 2012, 2023). La necesidad de más investigación con metodologías rigurosas es crucial para clarificar estos efectos. Un estudio con resultados similares a los resultados aquí obtenidos es el de Orrell et al. (2017) en el que buscaban comprobar los efectos de la aplicación del programa de estimulación

cognitiva individual (CST en su formato individual) sobre cognición y calidad de vida encontrando que no había diferencias en cognición entre el grupo experimental y el grupo control, quienes recibían sus terapias habituales.

En relación con lo indicado en la revisión Cochrane de Woods et al. (2023), los resultados obtenidos en este estudio en cognición global contrastan con los hallazgos de estudios recientes como el de González-Moreno et al. (2022b) donde sí que se evidenció que, tras aplicar un programa de estimulación cognitiva en personas con enfermedad de Alzheimer moderada, las personas participantes del grupo experimental mantuvieron su rendimiento cognitivo global y, por el contrario, el grupo control experimentó una disminución en sus puntuaciones. Por otro lado, Gómez-Soria et al. (2021), también obtuvieron resultados positivos en esta variable tras aplicar un programa de estimulación cognitiva en personas con deterioro cognitivo leve, aunque no observaron dicha mejora en otras variables funcionales y, por tanto, consideran el resultado poco consistente. Así pues, retomando las conclusiones de la revisión sistemática y metaanálisis de Woods et al. (2023) donde se analizaron los resultados obtenidos en un total de 34 ensayos clínicos, estos afirmaron que con la estimulación cognitiva se obtienen resultados positivos en cognición global pero dichos resultados no son consistentes a causa del uso de diferentes herramientas de evaluación, la heterogeneidad de los participantes y la diversidad de las metodologías utilizadas en los programas de intervención.

En cuanto al mantenimiento de estos resultados, pese a que aquí no se obtuvieron resultados significativos, resulta importante hacer una mención a que, según lo recogido en la literatura, escasos trabajos cuentan con un seguimiento que permita evidenciar dicho mantenimiento de los resultados a largo plazo y en caso de existir suele observarse como dichos resultados no se mantienen en el tiempo (Bahar-Fuchs et al., 2013; Cafferata et al., 2021; González-Moreno et al., 2022b; Woods et al., 2023), por lo que cabe considerar el hecho de mantener dichas intervenciones el mayor tiempo posible para mantener sus efectos positivos a

largo plazo (Barban et al., 2016; Gómez-Soria et al., 2021; González-Moreno et al., 2022b).

Por otro lado, con respecto a los programas basados en la reminiscencia, diversos estudios han descrito que estos pueden tener efectos positivos sobre la cognición, tanto en personas mayores sanas como en personas con demencia, ya sea en modalidades de intervención individuales o en grupo, como por ejemplo el estudio realizado por Lopes et al. (2016), en el que se aplicó un programa de reminiscencia simple individualizada o el de Pérez-Sáez et al. (2021) quienes aplicaron también un programa de terapia de reminiscencia individual, en ambos estudios encontraron que las personas participantes mejoraron en cognición al ser comparadas con el grupo control, o el estudio de Duru Aşiret y Kapucu (2016) quienes tras aplicar un programa de reminiscencia en grupo en personas con demencia, encontraron que había diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control en cognición global tras la aplicación del programa.

Pero, de manera similar a los resultados obtenidos en este estudio, Doménech et al. (2023) tampoco encontraron efectos significativos sobre la cognición en su estudio, en el cual aplicaron una intervención en reminiscencia a través del uso de un libro de historia de vida, tanto en formato digital como convencional. En dicho estudio intentaron diferenciar cuál de los dos formatos podía resultar más útil en personas con demencia. No pudieron establecer diferencias entre el uso de una modalidad u otra y en ninguno de los dos grupos pudieron establecer una mejora en cognición.

Así pues, tal y como se indica en los resultados obtenidos en la última revisión Cochrane sobre terapias de reminiscencia en personas con demencia, el beneficio obtenido en cognición es muy pequeño, de dudosa importancia clínica y que, además, no se mantiene a largo plazo (Woods et al., 2018), resultados idénticos a los que ya se habían descrito en revisiones previas (Huang et al., 2015) y que se han seguido conformando en revisiones posteriores. En la revisión

sistemática y metaanálisis publicada en 2018 por O'Philbin et al., los autores indican que se observa una mejoría en cognición a favor de las personas que participaron en un programa de reminiscencia según sus análisis estadísticos pero estos resultados no se mantenían en el seguimiento. Además, en esta misma revisión, compararon dicho efecto en la modalidad de aplicación de la intervención y observaron que se obtuvo una mejora significativa en la cognición de las personas que participaban de manera individual en el programa de reminiscencia, hecho que no se pudo constatar en las personas que participaban de un programa de reminiscencia en grupo (O'Philbin et al., 2018). Por último, en la revisión y metaanálisis más recientemente publicada, Saragih et al. (2022a) indican que, a diferencia de los resultados obtenidos en revisiones previas, sí que describen que el tamaño del efecto de las intervenciones basadas en reminiscencia sobre la cognición es moderado y no pequeño, como se expuso previamente (O'Philbin et al., 2018; Woods et al., 2018).

Un aspecto que hay que tener en consideración en cuanto a los resultados obtenidos en la medida de cognición global es el nivel de estudios previo y las características sociodemográficas de la muestra, pese a que se tuvo en cuenta llevar a cabo las correcciones propuestas por Blesa et al. (2001) para obtener una puntuación en el MEC lo más ajustada posible, se debe tener en cuenta que el nivel educativo va a influir de manera clara en el desempeño de dicha herramienta (Blesa et al., 2001; Scheffels et al., 2023) y por tanto esto puede estar repercutiendo en los resultados obtenidos, ya que cerca del 90% de la muestra cuenta con estudios primarios o sin escolaridad.

Teniendo en cuenta lo recogido en la literatura junto con los resultados obtenidos, resulta fundamental tener en consideración la importancia de llevar a cabo intervenciones tempranas ya que, según lo recogido en diversos estudios y revisiones sistemáticas, se observan resultados más beneficiosos en el caso de personas con deterioro cognitivo leve frente al deterioro cognitivo moderado dado el factor protector que supone su aplicación (Bahar-Fuchs

et al., 2013; Woods et al., 2012), sin que ello implique evidentemente que en fases moderadas y avanzadas de demencia no resulte útil seguir llevando a cabo intervenciones cognitivas ajustadas a las necesidades específicas de las personas participantes (Woods et al., 2023).

En conclusión, pese a que en este trabajo no se han obtenido resultados significativos en cognición global, tanto la estimulación cognitiva como las intervenciones basadas en reminiscencia cuentan con evidencia científica que las respalda, en mayor o menor medida (Gómez-Soria et al., 2023; Saragih et al., 2022a; Saragih et al., 2022b; Woods et al., 2023), tanto en intervenciones llevadas a cabo de manera individual como en grupo, así pues resulta necesario seguir generando estudios metodológicamente más robustos que permitan seguir afianzando esta evidencia.

2. Funciones Ejecutivas

En capítulos previos se ha revisado la conceptualización de las funciones ejecutivas, las cuales fueron definidas por Muriel Lezak como las capacidades mentales que permiten a la persona la formulación de metas, la planificación necesaria para su consecución y la correcta ejecución de dicho plan, de manera que la conducta final sea eficaz y socialmente aceptada (Lezak, 1982). Tras esta definición se han descrito numerosos modelos teóricos de las FFEE que han permitido ahondar en su conocimiento, hasta modelos relativamente recientes como el modelo de FFEE basado en análisis factoriales de Tirapu-Ustárrroz et al. (2017) en el que se ha basado teóricamente el presente trabajo.

En las demencias es muy común encontrar un perfil disejecutivo en relación con la afectación cerebral que se esté dando, ya que la alteración de los lóbulos frontales o de sus numerosas conexiones es muy prevalente (Godefroy et al., 2018). Tal y como se ha expuesto previamente, según el tipo de demencia se dará un perfil disejecutivo u otro, por ejemplo, en la enfermedad de Alzheimer es común encontrar alteraciones en planificación, flexibilidad e

inhibición. Pero, es importante recordar que los trastornos disecutivos que pueden aparecer en las demencias pueden ser de tipo cognitivo como los nombrados en la EA o de tipo conductual, donde el factor predominante es la alteración conductual con sintomatología como la apatía, conductas perseverativas o trastornos de conducta social. Por tanto, las alteraciones en el funcionamiento de los procesos ejecutivos tienen una clara repercusión en el desempeño global de la persona, tanto a nivel cognitivo, conductual como emocional, afectando pues a las actividades instrumentales de la vida diaria y a las relaciones sociales (Godefroy et al., 2018; Ribas et al., 2023), de ello deriva la importancia de tenerlas en consideración para su intervención, con el objetivo de mejorar la calidad de vida, favorecer un buen estado de ánimo y promover la autonomía.

A continuación, se discuten los resultados obtenidos para cada uno de los subprocesos ejecutivos incluidos en este trabajo, teniendo en cuenta lo expuesto previamente en los resultados respecto a que solamente se han conseguido efectos significativos en memoria de trabajo, inhibición y fluidez verbal.

2.1. Flexibilidad cognitiva

La flexibilidad cognitiva implica la capacidad para cambiar entre dos o más tareas, de manera que permite la adaptación a los requerimientos que pueda requerir una determinada situación para su correcta resolución (Moro et al., 2015; Pantiou et al., 2018). El segundo objetivo específico de esta tesis buscaba estimar el impacto del programa sobre esta capacidad, con la hipótesis de que, tras participar en el programa de intervención, se observaría un aumento en el rendimiento de la flexibilidad cognitiva en las personas participantes (H2) en comparación con el grupo control. En este trabajo no se han encontrado diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control y, por tanto, no se puede afirmar que la participación en el programa de intervención haya producido un efecto positivo sobre el funcionamiento de la

flexibilidad cognitiva de las personas participantes en comparación con el grupo control.

Sasaninezhad et al. (2024) obtuvieron resultados similares a los aquí obtenidos, en este estudio implantaron un programa de intervención a través de realidad virtual en personas con deterioro cognitivo leve con el objetivo de intervenir sobre la flexibilidad cognitiva y la memoria de trabajo y, además, estudiar su repercusión en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Estos autores también encontraron que no se producía un cambio significativo en flexibilidad cognitiva al comparar el grupo experimental y el grupo control, pero sí que se obtenían resultados en otras variables y en AIVD, tal y como se comentará en siguientes apartados.

En contraste, Díaz Baquero et al. (2022) reportaron que el programa informatizado GRADIOR mejoró la flexibilidad cognitiva significativamente tras 12 meses de uso en personas con deterioro cognitivo, destacando diferencias notables con el grupo control. Estos autores asociaron este resultado a que el programa ofrece *feedback* instantáneo tras cada tarea y, por tanto, las personas participantes tienen la posibilidad de aprender sobre los errores y de esta manera mejorar su posterior ejecución.

Por último, resulta fundamental hacer referencia a la herramienta neuropsicológica utilizada para valorar la flexibilidad cognitiva ya que diversos estudios han puesto en evidencia que las personas con demencia presentan grandes dificultades en la ejecución de la parte B del Trail Making Test (Barban et al., 2016; Reitan, 1955), cometen un número de errores significativamente mayor que las personas sin deterioro cognitivo (Cañas Lucendo et al., 2022) y además dedican más tiempo a completar su ejecución (Díaz Baquero et al., 2022), lo que se ha asociado a que existen dificultades en flexibilidad cognitiva y capacidad de inhibición (Migliaccio et al., 2020). En este trabajo, los resultados obtenidos en la ejecución de esta herramienta secundan estos hallazgos, puesto

que se observó que la mayoría de las personas participantes no eran capaces de ejecutar correctamente la prueba.

Así pues, en relación con la flexibilidad cognitiva no se ha podido confirmar la hipótesis de que la participación en el programa de estimulación cognitiva y reminiscencia aquí expuesto promueva una mejora en su ejecución. Resulta fundamental seguir investigando sobre este subproceso ejecutivo, tanto respecto a su evaluación como a su compromiso en las demencias ya que la complejidad de su evaluación y la variabilidad en los resultados de estudios anteriores subrayan la necesidad de desarrollar herramientas más precisas y métodos de intervención efectivos.

2.2. Velocidad de procesamiento

La velocidad de procesamiento puede ser considerada, tal y como se ha visto previamente, como la cantidad de información que se puede procesar durante un tiempo concreto, la velocidad a la que es realizada una tarea concreta o el tiempo que ha transcurrido desde que ha aparecido el estímulo hasta que se ha producido la respuesta (Ríos et al., 2004). En relación con la velocidad de procesamiento, el tercer objetivo buscaba establecer la efectividad del programa de intervención sobre dicha función, de manera que se hipotetizó que tras implantar el programa la velocidad de procesamiento mejoraría en las personas con demencia (H3), en comparación con el grupo control. En el caso de este subproceso ejecutivo tampoco se han obtenido diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control tras aplicar el programa de intervención, por tanto, no se ha obtenido ningún efecto tras la intervención.

En el trabajo publicado por Moro et al. (2015) estudiaron el efecto de un programa de estimulación cognitiva centrado en las funciones ejecutivas en personas con deterioro cognitivo leve con una duración de 6 meses. De manera similar a los resultados obtenidos en el presente

trabajo, no obtuvieron resultados significativos en velocidad de procesamiento y ejecución, observando que algunos subprocessos ejecutivos mejoraban y otros no. De la misma manera, en un estudio más reciente, Chantanachai et al. (2024) estudiaron el efecto de un programa de entrenamiento cognitivo de una duración de 6 meses en personas con demencia leve y moderada y encontraron que no se daban diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control en velocidad de procesamiento, la cual fue medida con la parte A de la herramienta TMT, como en este mismo estudio.

En relación con estos resultados, Xiang y Zhang (2023) elaboraron recientemente una revisión sistemática y metaanálisis centrada en personas con Alzheimer e intervenciones cognitivas donde estudiaron los resultados obtenidos en 39 estudios. En cuanto a la velocidad de procesamiento, definieron que en los 6 artículos que incluyeron su estudio, tampoco se observaron resultados significativos.

Pero, por el contrario, existen estudios que, aunque elaborados con muestras pequeñas, sí que han encontrado mejoras significativas en velocidad de procesamiento como, por ejemplo, el estudio publicado por Londos et al. (2008) quienes llevaron a cabo una investigación en personas con deterioro cognitivo leve que participaron de un programa de estimulación cognitiva de 8 semanas de duración (con dos sesiones semanales). En este estudio, concluyeron que, aunque no encontraron efectos positivos en cognición global, sí que observaron que se producía una mejora significativa en sus participantes en velocidad de procesamiento (Londos et al., 2008).

De manera similar, Díaz Baquero et al. (2022), en el estudio anteriormente mencionado respecto al programa GRADIOR para personas con deterioro cognitivo leve y demencia leve durante 4 y 12 meses, al estudiar la velocidad de procesamiento observaron que existían diferencias significativas en el grupo experimental en comparación con el grupo control en dicha variable ya que identificaron que ejecutaban la tarea de evaluación (TMT-A; Reitan,

1955) más lentamente que en la línea base pero como contrapartida producían menos errores en su ejecución, lo cual estos autores asocian a que las personas participantes del grupo experimental priorizaron el hecho de ejecutar bien la tarea frente a ejecutarla rápidamente.

Por último, con ánimo de aportar otros puntos de vista en relación con una población diferente, en un estudio llevado a cabo con personas sanas y pacientes con VIH, Cody et al. (2015) aplicaron un programa específico de estimulación cognitiva para mejorar la velocidad de procesamiento en personas de mediana edad y adultos mayores. Encontraron que las personas participantes mejoraron sus puntuaciones en dicho subproceso y que también se observó una repercusión positiva en su desempeño de las actividades instrumentales de la vida diaria.

Así pues, aunque en este trabajo no se han obtenido resultados significativos en velocidad de procesamiento y aunque de manera general los estudios y revisiones sistemáticas no arrojan evidencia significativa sobre ello, sí que existen algunos estudios que aportan resultados positivos, especialmente en casos con deterioro cognitivo leve y con intervenciones más prolongadas en el tiempo, con lo cual, resulta un ámbito a seguir estudiando para poder aportar conocimientos más robustos sobre el tema de manera que puedan repercutir en la práctica clínica diaria.

2.3. Memoria de trabajo

La memoria de trabajo es definida como la capacidad de registrar, codificar, mantener y manipular la información durante la ejecución de una determinada tarea. El cuarto objetivo de la presente tesis buscaba valorar la efectividad del programa de estimulación cognitiva y reminiscencia sobre la memoria de trabajo de las personas con demencia participantes, partiendo de la hipótesis de que se produciría una mejora en la misma tras la implantación del programa (H4), en comparación con las personas participantes del grupo control. En este caso, sí que han obtenido diferencias significativas entre el grupo control y el grupo experimental,

pudiendo afirmar entonces que tras la aplicación del programa de intervención se obtuvo una mejora en los resultados obtenidos en memoria de trabajo en el grupo experimental, mientras que en el grupo control fue experimentando un declive en su rendimiento, de manera que las diferencias entre ambos grupos fueron estadísticamente significativas. En los análisis post-hoc realizados para comparar los resultados obtenidos en los diferentes tiempos de evaluación se observó que la mejora obtenida tras implantar el programa no se mantuvo en el seguimiento, ya que en el grupo experimental se produjo un declive en sus puntuaciones, aunque sin llegar a los niveles previos a la intervención.

Los resultados obtenidos en este trabajo se asemejan a los obtenidos por Moro et al. (2015), en el trabajo anteriormente mencionado. Este grupo tras aplicar un programa de estimulación cognitiva centrado en las funciones ejecutivas encontraron que la memoria de trabajo responde muy bien ante el tratamiento pero que dichos efectos no se mantienen en el seguimiento, por tanto, estos autores recomiendan el mantenimiento en el tiempo de este tipo de intervenciones para mantener el mayor impacto posible durante un periodo prolongado de tiempo. De la misma manera, retomando el estudio de Sasaninezhad et al. (2024) quienes implantaron un programa con realidad virtual, en relación con la memoria de trabajo sí que observaron que se producía un efecto de la intervención en el grupo experimental, en quienes se percibió una mejora tras aplicar el programa que fue acompañada de otros efectos positivos como mejora de sintomatología emocional y rendimiento en AIVD.

Otro ejemplo de resultados positivos en relación a la memoria de trabajo son los resultados obtenidos en el estudio de Díaz Baquero et al. (2022) expuesto previamente, con el programa GRADIOR, también estudiaron el efecto de dicho programa a los 4 y 12 meses de intervención en la memoria de trabajo y observaron que tanto el grupo control como el grupo experimental mantenían sus resultados a los 4 meses, pero el grupo experimental mejoraba tras los 12 meses de intervención, mientras que el grupo control obtenía peores resultados.

En esta misma línea, en una revisión sistemática y metaanálisis realizada recientemente por Chan et al. (2024), estudiaron los efectos del entrenamiento cognitivo informatizado sobre diferentes tipos de memoria y sobre la memoria de trabajo, encontraron que siempre y cuando la intervención fuese supervisada, se obtenían efectos significativos sobre la memoria de trabajo en personas con deterioro cognitivo leve pero en personas con demencia no fue posible encontrar dicho efecto (Chan et al., 2024). Pero, Xiang y Zhang (2023), en otra revisión sistemática y metaanálisis reciente centrada en personas con Alzheimer e intervenciones cognitivas, definieron que el tamaño del efecto sobre la memoria de trabajo fue moderado y significativo, aunque no encontraron ningún efecto sobre las funciones ejecutivas de manera global.

Según lo expuesto, existe una gran cantidad de evidencia científica respecto al efecto de la estimulación cognitiva sobre la memoria de trabajo, pero también es posible encontrar resultados contradictorios. Por ejemplo, en el estudio al que se ha hecho referencia anteriormente realizado por Chantanachai et al. (2024) también buscaron estudiar el efecto de su programa de entrenamiento cognitivo en memoria de trabajo, a través de las medidas tomadas con los dígitos inversos de la WAIS (Wechsler, 1987) pero no obtuvieron resultados significativos al comparar los resultados obtenidos en el grupo experimental y el grupo control. De manera similar, en un estudio llevado a cabo por Schmidt et al. (2021) en personas con enfermedad de Parkinson, en el que aplicaron un programa de estimulación cognitiva multidominio durante 6 semanas dos veces por semana, observaron que sus participantes mejoraban en memoria, pero no en memoria de trabajo en comparación con el grupo control.

Según lo expuesto, de manera general, las personas con demencia leve no presentan una grave afectación de la memoria de trabajo, de hecho, no se diferencian de manera significativa de las personas adultas mayores sin deterioro cognitivo, es en la demencia moderada cuando se observa una dificultad en memoria de trabajo más evidente, especialmente en tareas más complejas (Cañas Lucendo et al., 2022). En esta línea, algunos estudios como el de Hyer et al.

(2018) hacen referencia a que es en personas con deterioro cognitivo leve donde se observan mejores resultados al intervenir sobre la memoria de trabajo, por tanto, de nuevo se reseña la importancia de intervenir desde fases tempranas.

En conclusión, la hipótesis planteada sobre la efectividad del programa de estimulación cognitiva y reminiscencia sobre la memoria de trabajo ha sido confirmada, pudiéndose afirmar que las personas que participaron del programa de intervención mejoraron en memoria de trabajo, aunque dicho efecto no se mantuvo tras finalizar la intervención al realizar la valoración de seguimiento al mes de su finalización. Así pues, se fundamenta el hecho de promover intervenciones prolongadas en el tiempo, tal y como también señalan Díaz Baquero et al. (2022) para seguir favoreciendo un buen rendimiento en este subproceso ejecutivo e intentar promover intervenciones tempranas para favorecer resultados lo más beneficiosos posible.

2.4. Capacidad de planificación

La capacidad de planificación es la capacidad para elaborar ensayos y valorar las diferentes opciones de respuesta y sus posibles consecuencias ante una situación determinada, por lo tanto, incluye la posibilidad de elaborar, evaluar y seleccionar pensamientos y acciones previamente a la realización de una acción concreta. Esta capacidad ha sido el subproceso ejecutivo sobre el cual se planteó el quinto objetivo de este trabajo al buscar comprobar la efectividad del programa sobre la misma, llevando al planteamiento de la quinta hipótesis, en la que se esperaba una mejora en la capacidad de planificación de las personas participantes del programa de intervención (H5) en comparación con el grupo control. En este caso los resultados obtenidos no son los que se habían previsto, puesto que no se obtuvieron diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control tras la intervención, las personas que participaron en el programa no se vieron beneficiadas de una mejora en la capacidad de planificación.

De manera similar a los resultados aquí obtenidos, en el estudio mencionado anteriormente de Moro et al. (2015), la capacidad de planificación fue uno de los subprocesos ejecutivos estudiados y se obtuvieron resultados parecidos a los encontrados en este trabajo, ya que no se dieron resultados positivos y significativos en la capacidad de planificación tras implantar su programa de estimulación cognitiva de 6 meses.

Diversos estudios han identificado que la capacidad de planificación es una de las funciones superiores que suele estar afectada en personas con deterioro cognitivo leve en comparación con personas sanas, por ejemplo, Beaver et al. (2019) indicaron en la publicación de su estudio que las tareas que requerían de la integración de diversos pasos orientados a su correcta resolución, eran uno de los primeros aspectos que afectaban al desempeño de las actividades de la vida diaria en personas con deterioro cognitivo leve, pero, resultados como este deben ser tomados con cautela dada la dificultad en la evaluación de dicha capacidad que lleva a que existan resultados contradictorios (Corbo y Casagrande, 2022).

En la mayoría de los programas de estimulación cognitiva para personas con demencia o deterioro cognitivo la capacidad de planificación suele estar presente entre los procesos cognitivos incluidos en el desarrollo de las sesiones (Bahar-Fuchs et al., 2019) pero, sin embargo, en la mayoría de estos estudios, no se lleva a cabo una evaluación específica de dicho proceso, sino que se evalúa la cognición global o en el mejor de los casos la función ejecutiva global u otros subprocesos ejecutivos. Este hecho puede que esté relacionado con la dificultad indicada previamente en la medida y evaluación de la capacidad de planificación y también a la gran dificultad que suelen presentar las personas con demencia para ejecutar dichas tareas, en las que suelen obtener resultados muy alterados y que, por tanto, dificultan tanto su interpretación clínica como su análisis estadístico. Además, en relación con este hecho, también es conveniente hacer referencia a que, en ocasiones, las personas mayores con bajo nivel educativo pueden presentar dificultades en la ejecución de ciertas herramientas

neuropsicológicas (Scheffels et al., 2023), como es el caso del proceso de copia de la Figura Compleja de Rey (Rey, 1997), utilizada en este trabajo para estudiar la capacidad de planificación.

Así pues, en resumen, pese a que no se ha podido confirmar la hipótesis en relación a la mejora de la capacidad de planificación tras participar en el programa de estimulación cognitiva y reminiscencia, resulta fundamental seguir estudiando este proceso ejecutivo, tanto en relación al planteamiento de actividades para su estimulación y entrenamiento en personas con demencia como en cuanto a la efectividad de dicha intervención puesto que se trata de un proceso claramente afectado ya en fases tempranas cuando el deterioro cognitivo es leve y que afecta de manera directa al desempeño de las actividades de la vida diaria (Beaver et al., 2019).

2.5. Inhibición

La capacidad de inhibición o control de la interferencia es la capacidad para evitar la emisión de una respuesta habitual o automática que se ha aprendido previamente (Pantsiou et al., 2018) y por tanto tiene un importante papel en la prevención de acciones y respuestas impulsivas (Sasaninezhad et al., 2024). Este subproceso ejecutivo ha sido definido como uno de los más afectados en la enfermedad de Alzheimer, implicando un mayor tiempo de reacción y una mayor comisión de errores en tareas tipo Stroop (Belanger et al., 2010; Cañas Lucendo et al., 2022). En relación con este subproceso se definió el sexto objetivo, este planteaba la valoración de la efectividad del programa de intervención en personas con demencia sobre la capacidad de inhibición, esperando que las personas participantes mejorasen en dicha capacidad en comparación con las personas integrantes del grupo control (H6).

En el caso de la capacidad de inhibición sí que se obtuvieron resultados significativos, al determinarse que el grupo experimental mejoró su rendimiento en capacidad de inhibición en comparación con el grupo control tras participar del programa de estimulación cognitiva y

reminiscencia y, además, en los análisis post hoc, se determinó que la mejora obtenida en las puntuaciones del grupo experimental se mantuvo en el tiempo durante el mes de seguimiento aunque entre la valoración post-intervención y el seguimiento no se dieron diferencias significativas, solamente al comparar el nivel previo.

En relación a la capacidad de inhibición, en un estudio realizado con personas mayores sanas se aplicó un programa de entrenamiento de funciones ejecutivas 3 veces por semana durante 8 semanas y entre los diferentes subprocesos estudiados estaba dicha capacidad, los resultados indicaron que no se observaban diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control, ni tras aplicar la intervención ni en los sucesivos seguimientos (Chiu et al., 2017). En relación con estos resultados, en una revisión sistemática y metaanálisis reciente sobre el efecto del entrenamiento cognitivo sobre las funciones ejecutivas en personas mayores sanas (Olegário et al., 2023), se obtuvieron resultados diferentes ya que encontraron que se obtenía una mejora en el control inhibitorio tras la intervención al ser valorado con el test de Stroop (Golden, 1978) y, por el contrario, al ser valorado con la tarea Go-No Go (Dubois et al., 2000), no se obtenía ninguna mejora, de manera contraria a lo obtenido en este trabajo. Sin embargo, en otra revisión sistemática y metaanálisis publicada anteriormente, donde se revisó el efecto del entrenamiento cognitivo de las funciones ejecutivas en personas mayores combinado con alguna actividad motora, en este caso sí que recogieron que se obtenían resultados positivos en control inhibitorio (Wollesen et al., 2020).

Tal cual se ha indicado en párrafos anteriores, el control inhibitorio está alterado ya en fases iniciales de diversos tipos de demencia, tanto en enfermedad de Alzheimer (Cañas Lucendo et al., 2022) como en demencia con cuerpos de Lewy (Ciafone et al., 2022), por ejemplo. Quizás a causa de esta dificultad presente ya en fases tempranas es difícil encontrar trabajos que estudien este subproceso. Así como la capacidad de planificación está descrita como un subproceso que es ampliamente trabajado en los diferentes programas de estimulación

cognitiva, al revisar las diferentes revisiones sistemáticas y metaanálisis recientes es difícil encontrar estudios en los que se haga referencia a la capacidad de inhibición, tanto siendo incluida como variable a entrenar como variable a valorar.

En conclusión, en este trabajo se ha obtenido una mejora en la capacidad de inhibición en las personas participantes del programa de intervención y, además, este resultado se ha mantenido tras el tiempo de seguimiento, pero, estos resultados no se han podido comparar con población similar a la participante de este estudio. Por tanto, ante estos resultados positivos, resulta fundamental seguir investigando en este ámbito, incluyendo diferentes herramientas de evaluación que puedan ofrecer diferentes medidas de inhibición y comparar, dependiendo del grado de deterioro cognitivo, los beneficios que se pueden obtener con los programas de intervención tanto a corto como medio y largo plazo.

2.6. Fluidez verbal

La fluidez verbal implica estrategias concretas de búsqueda de palabras con el objetivo de llegar a la emisión de una respuesta correcta, en esta capacidad se encuentran implicados factores como la velocidad de respuesta y la organización mental (Henson et al., 1999). El último objetivo en cuanto a las variables cognitivas trató sobre el hecho de establecer la efectividad del programa de intervención en personas con demencia sobre la fluidez verbal, con la hipótesis de que mediante la aplicación de las actividades del programa se obtendría un aumento en la fluidez verbal de las personas con demencia en comparación con las personas del grupo control (H7), teniendo en cuenta tanto la modalidad fonológica como la semántica. Esta última hipótesis se ha conseguido confirmar de manera parcial puesto que se obtuvieron diferencias significativas en la fluidez verbal semántica pero no en la fonológica. Los resultados obtenidos en este estudio indican que se obtuvo una mejoría en el grupo experimental tras implantar el programa de intervención en la fluidez verbal semántica, al comparar sus resultados

con el grupo control, pero, este efecto no se mantuvo en el seguimiento, sino que se observó que los resultados empeoraban, aunque sin llegar al nivel inicial. Por otro lado, en la fluidez verbal fonológica no se obtuvieron diferencias significativas entre ambos grupos, por tanto, no se ha podido constatar que hubiese un efecto de la intervención.

Los resultados aquí obtenidos guardan relación con lo observado por Díaz Baquero et al. (2022) tras valorar la efectividad de la aplicación del programa GRADIOR en relación con la fluencia verbal. En este estudio, en la primera comparación a los 4 meses tras la intervención observaron que las personas participantes del grupo experimental mejoraban en fluencia semántica pero la fluencia fonológica lo hacía en la valoración realizada tras 12 meses de intervención, mientras que estos resultados no se observaron en el grupo control. Estos autores asocian este hecho a que la mejora en fluencia verbal se da de manera gradual, mejorando en primera estancia la fluencia semántica y después la fonológica, la cual además suele estar más afectada en personas con demencia. De manera similar, González-Moreno et al. (2022b) también encontraron efectos significativos tras la implantación de un programa de estimulación cognitiva para personas con enfermedad de Alzheimer moderada. De manera concreta, observaron que tanto en fluencia verbal semántica como fonológica al comparar el grupo experimental con el grupo control se obtuvieron diferencias significativas a favor del grupo experimental, siendo el tamaño del efecto medio para la fluencia semántica y pequeño para la fonológica y en ambos casos, en el seguimiento, los resultados obtenidos no se mantuvieron, volviendo al funcionamiento previo a la intervención. Otro estudio que aporta resultados similares a estos dos trabajos es el de Juárez-Cedillo et al. (2020) quienes aplicaron un programa de estimulación cognitiva de 12 meses en personas con demencia y pudieron confirmar que se obtenían diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control tanto en la fluencia verbal semántica como la fonológica y que dichos resultados se mantenían tras un año de seguimiento.

En relación con un estudio llevado a cabo en población sana, Calatayud et al. (2023) aplicaron un programa de estimulación cognitiva global de 10 sesiones en personas adultas mayores con quejas subjetivas de memoria (pero sin deterioro cognitivo diagnosticado), tras el cual buscaron identificar sus efectos en cognición global y en fluencia verbal semántica. Observaron que, con la aplicación de dicho programa, que se adaptó a las características personales y al funcionamiento cognitivo de los participantes, se obtuvieron resultados positivos en fluencia verbal semántica al comparar el grupo experimental con el grupo control y, además, estos resultados se mantuvieron en la valoración de seguimiento (a los 12 meses).

Pero, por el contrario, otros estudios han encontrado resultados diferentes a los encontrados en este trabajo como, por ejemplo, el estudio llevado a cabo por Schmidt et al. (2021) realizado con personas con enfermedad de Parkinson comentado previamente, donde no encontraron diferencias en fluencia verbal, tanto fonológica como semántica. Por otro lado, en una reciente revisión sistemática y metaanálisis llevada a cabo por Gómez-Soria et al. (2023a) sobre los efectos de estimulación cognitiva, encontraron que, de manera global, no se obtenían efectos significativos sobre la fluencia verbal en personas que recibían estimulación cognitiva, pero al realizar análisis en los diferentes subgrupos, observaron un aumento en la fluencia verbal fonológica en las personas participantes con deterioro cognitivo leve.

En conclusión, con los resultados aquí obtenidos y lo recogido en la literatura, existen evidencias de que la estimulación cognitiva puede mejorar la fluencia verbal semántica principalmente y también la fonológica, tal y como se ha visto en los estudios que han llevado a cabo intervenciones más prolongadas en el tiempo. Además, también se debe tener en consideración que en la correcta ejecución de tareas para explorar la fluencia verbal fonológica tiene un importante peso el nivel educativo previo (Scheffels et al., 2023), así pues, también es posible que los resultados aquí obtenidos estén influenciados por este aspecto. En definitiva,

tras confirmar que se obtiene una mejora al menos en fluencia verbal semántica, resulta fundamental seguir interviniendo sobre este subproceso cognitivo, tanto verbal como fonológicamente, para promover un mejor funcionamiento cognitivo global y promover la autonomía personal.

Por último, de manera general, en relación con las intervenciones basadas en la reminiscencia y las funciones ejecutivas, prácticamente no se han encontrado estudios que hagan referencia a estas variables específicas. Algunos estudios han valorado el efecto de un programa de reminiscencia individual sobre las funciones ejecutivas en general, como es el caso de los estudios de Pérez-Saez et al. (2020) y Justo-Henriques et al. (2022). En estos trabajos, aplicaron un mismo protocolo basado en un programa de terapia de reminiscencia individual de 26 sesiones durante 13 semanas (Justo-Henriques et al., 2020). En el caso de Pérez-Saez et al. (2020) el programa fue aplicado a personas con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer o demencia vascular y observaron un efecto significativo de la intervención sobre una medida global de funciones ejecutivas, aunque dicho efecto fue pequeño. En relación con el estudio llevado a cabo por Justo-Henriques et al. (2022) se estudió el efecto del mismo programa en adultos mayores con deterioro cognitivo sobre la función ejecutiva entre otros aspectos y observaron que las personas participantes que partían de un peor funcionamiento previo, junto con un peor estado de ánimo y más baja calidad de vida obtuvieron un efecto más beneficioso en dichas variables tras recibir la intervención.

Por otro lado, Barban et al. (2016) aplicaron un programa de estimulación cognitiva informatizado combinado con terapia de reminiscencia durante 3 meses y estudiaron sus efectos en tres grupos diferenciados: personas sanas, personas con deterioro cognitivo leve y personas con demencia por enfermedad de Alzheimer. Este estudio hace referencia a las funciones ejecutivas de manera global y estas fueron evaluadas a través del TMT (Reitan, 1955) y una

escala de fluencia verbal fonológica, de manera global indican que se observó un efecto positivo pequeño solamente en la muestra de personas mayores sanas y que dicho efecto se mantuvo 3 meses después del tratamiento, no encontraron resultados relevantes en los grupos de personas con deterioro cognitivo leve y demencia.

A modo de conclusión, tal y como se recoge en la literatura y se puede observar en la práctica clínica, la disfunción ejecutiva está presente ya en fases iniciales y/o moderadas en las demencias, mostrando un perfil concreto asociado a la afectación cerebral que se esté produciendo. Este déficit ejecutivo tiene claras repercusiones en el desempeño de las actividades instrumentales de la vida diaria y, por tanto, su estimulación es fundamental para intentar promover la autonomía. Tal y como se ha visto en este trabajo, con el programa de estimulación cognitiva y reminiscencia no todos los subprocesos ejecutivos han obtenido resultados positivos, pero de manera global, existen evidencias para todas las funciones ejecutivas estudiadas en mayor o menor medida, de manera más clara cuando el deterioro cognitivo aún es leve, de manera que repercute directamente sobre el progreso del deterioro cognitivo y el mantenimiento de la autonomía. Por este motivo, resulta fundamental seguir estimulando y entrenando las FFEE, ya sea como parte de un programa de estimulación cognitiva global donde se trabajen todos los procesos cognitivos o de manera específica, incluyendo incluso prácticas multicomponente y mediante diferentes modalidades de intervención, como las intervenciones informatizadas y de manera lo más temprana posible.

3. Variables psicológicas

Mejorar la calidad de vida de las personas con demencia no solamente implica la necesidad de mantener o mejorar ciertos procesos neuropsicológicos para enlentecer el deterioro cognitivo y funcional, sino que también implica tener en cuenta variables psicológicas que repercuten directamente en el bienestar psicológico de las personas

mayores como son el estado de ánimo, la satisfacción con la vida y la resiliencia, variables estudiadas en este trabajo.

3.1. Satisfacción con la vida

La satisfacción con la vida se ha definido como el componente cognitivo del bienestar puesto que implica un proceso de evaluación donde la persona compara sus circunstancias vitales con aquellas que considera apropiadas o deseables (Diener et al., 1999). En relación con este constructo, se estableció el octavo objetivo específico de este trabajo, que implicaba buscar el efecto del programa de estimulación cognitiva y reminiscencia sobre la satisfacción vital y de donde se extrae la hipótesis de que aumentaría la satisfacción con la vida de las personas participantes tras participar en el programa (H8), al ser comparadas con el grupo control.

Esta hipótesis se ha conseguido confirmar de manera parcial puesto que tras aplicar el programa se obtuvieron diferencias significativas a favor del grupo experimental ya que sus puntuaciones eran mayores en comparación con las puntuaciones de las personas participantes del grupo control. Los análisis post hoc mostraron que, partiendo de puntuaciones iguales en la evaluación pre-intervención, en el grupo control los participantes vieron como sus puntuaciones en satisfacción con la vida disminuían con el tiempo de manera significativa mientras que el grupo experimental, tras participar en el programa, mejoró sus puntuaciones pero sin llegar a hacerlo de manera significativa, por tanto, el programa ejerce un factor protector ante la pérdida de la satisfacción vital aunque no se puede llegar a confirmar que la mejore de manera significativa.

En relación con la satisfacción con la vida y la demencia, diversos estudios han intentado relacionarla con el riesgo de padecer deterioro cognitivo, asociando que una menor satisfacción vital puede estar relacionada con un mayor riesgo de padecer demencia (Kim et al., 2020; Peitsch et al., 2016) y estudios como el de Willroth et al. (2023) indican que desde el punto de vista eudaimónico, la satisfacción con la vida tiene un papel protector frente al deterioro cognitivo. Del mismo modo, Abellaneda-Pérez et al. (2023) indican que el hecho de

tener propósitos en la vida tiene un importante papel protector ante cambios neuropatológicos. Pero, de manera concreta, en relación con personas que ya tienen una demencia o deterioro cognitivo instaurados resulta complicado encontrar estudios dada la dificultad que implica su evaluación puesto que se trata de un constructo subjetivo y que, dependiendo del grado de deterioro cognitivo, la persona es posible que no pueda hacer frente a la evaluación de manera adecuada (Martyr et al., 2018). Así pues, es más común encontrar entre los trabajos consultados referencias al bienestar o a la calidad de vida más que al constructo de satisfacción con la vida de manera concreta.

Por consiguiente, en relación con los resultados obtenidos en este trabajo donde se ha podido comprobar que, aunque no se ha conseguido mejorar la satisfacción con la vida de manera significativa, sí que se puede afirmar que la participación en el programa de estimulación cognitiva y reminiscencia tiene un papel protector frente a la pérdida de dicha satisfacción vital. En relación a esto, tal y como recogen St. John y Montgomery (2010), la disminución de la satisfacción con la vida es la respuesta habitual ante la presencia de deterioro cognitivo (aunque con un efecto relativamente pequeño), hecho que también se asoció a la presencia de sintomatología depresiva.

Con respecto al efecto que puede producir la estimulación cognitiva sobre la satisfacción con la vida, Woods et al. (2012) en la revisión Cochrane indicaron que la estimulación cognitiva promovía efectos positivos tanto sobre el bienestar general como sobre la calidad de vida de las personas con demencia leve-moderada, pero en la actualización de esta revisión, llevada cabo por Woods et al. (2023), no hacen referencia a este constructo, sino que simplemente atienden a efectos de la estimulación cognitiva sobre la cognición, estado de ánimo, AIVD, comunicación e interacción social y calidad de vida, sobre la cual indican que existe evidencia moderada sobre su mejora tras participar en programas de intervención. Por otro lado, Allward et al. (2020) publicaron un trabajo en el que estudiaron los efectos de la participación en un

programa de estimulación cognitiva (CST) y encontraron que este podría tener un efecto beneficioso sobre el bienestar psicológico general ya que sus participantes mostraron una tendencia a mejorar en dicha variable, hecho que asocian a que el programa puede ofrecer herramientas concretas para el afrontamiento del deterioro cognitivo, ya que eran personas recientemente diagnosticadas.

Las intervenciones basadas en la reminiscencia se han descrito como útiles para mejorar diversos aspectos psicológicos relacionados con el bienestar y la calidad de vida, así pues, diversos estudios exponen estos efectos, como por ejemplo el publicado por Meléndez et al. (2015b) o el de Viguer et al. (2017) que han descrito que personas mayores sanas, tras participar en un programas de reminiscencia (de 8 y 10 sesiones respectivamente) experimentaron una mejora en satisfacción vital y, además, en el caso de Viguer et al. (2017) dicha mejoría se mantuvo durante el seguimiento de 3 meses, por tanto, fomentando un aumento de la percepción subjetiva de bienestar durante un tiempo prolongado.

Diversas revisiones sistemáticas y metaanálisis han buscado extraer conclusiones en relación con estos estudios publicados, como es el caso del trabajo realizado por Bohlmeijer et al. (2007) quienes estudiaron cómo las intervenciones basadas en la reminiscencia podían influir en la satisfacción con la vida de las personas mayores sanas, y concluyeron que se producía un efecto beneficioso sobre la misma, en especial si la modalidad de reminiscencia era de revisión de vida frente a la reminiscencia simple. Del mismo modo, trabajos posteriores como la revisión y metaanálisis de Zhong et al. (2023) recogen que la terapia de reminiscencia o la revisión de vida son intervenciones útiles para mejorar la satisfacción con la vida de las personas mayores ya que obtuvieron resultados significativos al compararlos con el grupo control, resultados que llegan a mantenerse hasta 12 semanas después de haber finalizado la intervención. En otra revisión sistemática reciente, Wu et al. (2023) recogen los mismos resultados incluyendo también a personas con deterioro cognitivo leve, en quienes también

observaron mejoras en relación con la satisfacción con la vida tras participar de una intervención basada en la reminiscencia aplicada en grupo.

En conclusión, en base a los resultados obtenidos en este trabajo, se puede afirmar que este programa de estimulación cognitiva y reminiscencia tiene un factor protector frente a la pérdida de satisfacción con la vida, y que, por tanto, asumiendo la información que se recoge en los trabajos empíricos y revisiones sistemáticas revisadas, pueden resultar útiles para prevenir esa pérdida de satisfacción e incluso puede resultar útil para mejorar el bienestar y la calidad de vida en general (Bohlmeier et al., 2007; Woods et al., 2018; Woods et al., 2023; Wu et al., 2023). Resulta fundamental seguir estudiando este ámbito, tanto respecto a la manera de establecer un correcto estudio de la satisfacción vital en personas con deterioro cognitivo como estudiar el efecto de las diferentes terapias no farmacológicas sobre la misma, teniendo en cuenta junto con las diferentes intervenciones a desarrollar algunos aspectos fundamentales que pueden resultar útiles para mejorar la satisfacción con la vida como intentar mejorar el apoyo social, atender a las necesidades en el desempeño de las AVD o mejorar la sintomatología depresiva (St. John y Montgomery, 2010).

3.2. Resiliencia

Previamente se ha definido la resiliencia en personas mayores ante el envejecimiento como un proceso dinámico que incluye la capacidad de adaptación y la presencia de recursos que faciliten una adaptación positiva, ajuste y aceptación ante los cambios que suelen acompañar el envejecimiento, como pueden ser los cambios en el entorno social o la presencia de enfermedades (Windle, 2011). La resiliencia fue la capacidad sobre la que se describió el siguiente objetivo del presente trabajo, el cual buscaba constatar el efecto de un programa de intervención en personas con demencia sobre la capacidad de resiliencia, sobre el cual se estableció la hipótesis de que tras la aplicación del programa aumentaría la capacidad de resiliencia de las personas participantes (H9) en comparación con el grupo control.

Los resultados obtenidos en relación con esta hipótesis permiten su confirmación puesto que se obtuvieron diferencias significativas tras la intervención entre los dos grupos. Tras aplicar las pruebas post hoc, se observó que partiendo de que ambos grupos no presentaban diferencias significativas en la evaluación pre-intervención (aunque el grupo control tenía una puntuación media más alta), tras aplicar el programa de intervención el grupo experimental obtuvo puntuaciones significativamente superiores que implican una mayor resiliencia y, además, esta diferencia se mantuvo en el seguimiento. Por el contrario, las puntuaciones del grupo control no se modificaron a lo largo del tiempo.

Tal y como ya se señaló en capítulos anteriores, es complicado encontrar estudios sobre la resiliencia en personas con demencia, en este campo lo más común es encontrar estudios que se centran en las personas cuidadoras, aunque diversos estudios recientes empiezan a tratar este tema para establecer un marco teórico adecuado. En relación con este aspecto, recientemente Windle et al. (2023) recogen que las personas diagnosticadas de demencia pueden alcanzar la resiliencia si se tienen en cuenta diversos factores influyentes como el mantenimiento de las relaciones sociales y de las actividades significativas como aficiones e intereses. En dicho trabajo también se destaca la importancia del papel de los profesionales sanitarios, especialmente en el momento de dar el diagnóstico puesto que la lectura que ofrecen de la situación puede determinar cómo va a ser la respuesta de la persona ante el diagnóstico y, por tanto, remarcan la importancia de favorecer que la persona se centre en aquello que puede hacer y sobre todo fomentar que siga viviendo la vida de manera significativa (Windle et al., 2023).

Con respecto a las diferentes terapias no farmacológicas que pueden resultar útiles para mejorar la resiliencia, es posible encontrar trabajos que estudien el papel de las intervenciones basadas en la reminiscencia en personas mayores en general, siendo esta una de las principales herramientas que ha mostrado tener buenos resultados (Allen et al., 2018). Así pues, trabajos como el de Meléndez et al. (2015a) han mostrado la efectividad de las intervenciones basadas

en la reminiscencia sobre la resiliencia en personas mayores sanas. En dicho trabajo se implantó un programa 8 sesiones (de periodicidad semanal) y observaron que trabajando el afrontamiento de diversas situaciones adversas vividas junto con la promoción de emociones positivas consiguieron mejorar la capacidad adaptativa de las personas participantes, quienes obtuvieron mejores resultados en resiliencia que el grupo control (Meléndez et al., 2015a). Este resultado está relacionado con lo expuesto por Buggins et al. (2021) quienes llevaron a cabo un trabajo con personas con demencia donde estudiaron la narración de sus vivencias personales relacionadas con la resiliencia. En este estudio concluyeron que las personas participantes reseñaban el uso de sus fortalezas y recursos personales en el afrontamiento de la enfermedad, desde la autodeterminación y con un sentimiento de “seguir adelante”. Por tanto, se remarca la importancia de la identidad propia y la capacidad de reconocer y dar valor a las fortalezas y recursos propios para promover la adaptación y el bienestar ante las situaciones adversas (Buggins et al., 2021).

Así pues, con los resultados obtenidos en este trabajo se puede afirmar que la participación en la intervención propuesta tiene un efecto positivo sobre la capacidad de resiliencia de las personas participantes al compararlas con el grupo control, tal cual se ha recogido en estudios similares previos, pero principalmente realizados con personas mayores sin deterioro cognitivo. Por lo revisado en la literatura, existe evidencia en cuanto al efecto que puede producir un programa de intervención basado en la reminiscencia pero no se han conseguido datos respecto a la estimulación cognitiva, con lo cual, es probable que este efecto provenga del componente de reminiscencia que forma parte del programa. En este sentido por tanto, son necesarios más trabajos que investiguen el papel que pueda tener la estimulación cognitiva y la reminiscencia en el fomento de la resiliencia, en especial, en personas con deterioro cognitivo, ya sea leve o moderado. En definitiva, los hallazgos obtenidos en este trabajo refuerzan la necesidad de la incorporación de actividades que fomenten la resiliencia en

los programas destinados a personas con demencia, destacando la potencial integración de técnicas de reminiscencia para mejorar no solo la resiliencia sino también otros aspectos de bienestar psicológico.

3.3. Estado de ánimo

Las alteraciones en el estado de ánimo son muy comunes en personas con deterioro cognitivo, tanto en deterioro cognitivo leve como cuando ya se ha instaurado la demencia. La presencia de síntomas depresivos es la sintomatología neuropsiquiátrica más común en cualquiera de las etapas de la demencia (Kuring et al., 2018) e implica que se vea afectada la calidad de vida (Shin et al., 2005). Tal y como se ha indicado previamente, la relación entre el deterioro cognitivo y el estado de ánimo deprimido es difícil de definir, puesto que se identifica como un síntoma propio del proceso neurodegenerativo, pero también como respuesta ante la conciencia de déficit. De un modo u otro, es importante llevar a cabo intervenciones con el objetivo de disminuir estos síntomas como, por ejemplo, la aplicada en este trabajo, así pues, como décimo objetivo se planteó estimar las consecuencias del programa sobre el estado de ánimo, estableciendo la hipótesis de que se evidenciaría una mejora en el estado de ánimo de las personas participantes (H10) en comparación con el grupo control.

Esta última hipótesis en cuanto a las variables psicológicas también se pudo confirmar tras analizar los resultados puesto que se observó que existían diferencias significativas entre el grupo control y el grupo experimental tras aplicar la intervención. Los análisis post hoc mostraron que, partiendo de que no existían diferencias entre los dos grupos en la evaluación pre-intervención, en la post-intervención el grupo experimental disminuyó de manera significativa sus puntuaciones, efecto que también se observó en el seguimiento, significando por tanto que su sintomatología depresiva disminuyó tras la intervención y, además, se mantuvo un mes después de haberla finalizado. Por el contrario, en el grupo control se observó un aumento significativo de las puntuaciones en los dos tiempos, tanto en la post-intervención

como en el seguimiento al compararlo con la pre-intervención y, por tanto, se produjo un aumento de la sintomatología depresiva en estos casos.

Dado que el estado de ánimo deprimido es tan común en las personas con deterioro cognitivo, se trata de una de las variables más estudiadas con el objetivo de encontrar herramientas útiles para reducirlo y buscar conseguir así un mayor bienestar psicológico de las personas afectadas. En este sentido, tanto la estimulación cognitiva como las intervenciones basadas en la reminiscencia son terapias no farmacológicas sobre las que se ha estudiado su efecto en personas con demencia obteniendo resultados dispares.

En relación con los resultados obtenidos en el presente trabajo, en primer lugar, en relación con la estimulación cognitiva, en la última revisión Cochrane publicada por Woods et al. (2023) indicaron que las mejoras observadas en estado de ánimo deprimido eran leves ya que se observaba mucha variabilidad entre los estudios incluidos. Otras revisiones sistemáticas previas hacían referencia a la consecución de resultados positivos al intentar mejorar el estado de ánimo (Cafferata et al., 2021; Saragih et al., 2022b) pero revisiones más recientes como la de Gómez-Soria et al. (2023a) tras la realización del metaanálisis confirman que no se da una disminución significativa de la sintomatología depresiva tras participar en un programa de estimulación cognitiva.

Así pues, tal y como se indicaba, los resultados encontrados son desiguales, por ejemplo, en un estudio realizado con personas con deterioro cognitivo leve, tras 12 semanas de estimulación cognitiva observaron que sus participantes mejoraban en depresión y ansiedad (Carcelén-Fraile et al., 2022). De manera similar, Díaz Baquero et al. (2022), en su estudio sobre la efectividad del programa informatizado GRADIOR indicado previamente, también estudiaron el efecto de su programa de rehabilitación neuropsicológica sobre otras variables psicológicas y encontraron que las personas participantes mejoraron en estado de ánimo, especialmente aquellas personas que participaron del estudio durante 12 meses en comparación

con las que solamente participaron 4 meses, aunque tal y como indican, el tamaño del efecto fue pequeño. En contraste con estos resultados se encuentran otros estudios como el de Gómez-Soria et al. (2020), quienes no encontraron cambios en el estado de ánimo, aunque tal y como indican, sus participantes no mostraban puntuaciones elevadas en sintomatología depresiva en la valoración previa a la intervención. Este mismo grupo, en un estudio más reciente, aplicaron un programa de estimulación cognitiva de 10 sesiones en cuatro grupos de personas mayores (personas mayores sanas, con quejas subjetivas de memoria, con deterioro cognitivo leve y con deterioro cognitivo moderado) y en esta ocasión tampoco encontraron cambios en ninguno de los cuatro grupos en relación con estado de ánimo deprimido (Gómez-Soria et al., 2023b).

Respecto a las intervenciones basadas en la reminiscencia, varios estudios encuentran resultados satisfactorios en cuanto al efecto de la reminiscencia en el estado de ánimo, tanto en personas mayores sanas como en personas con deterioro cognitivo o demencia. Watt y Cappeliez (2000) estudiaron un grupo de personas con depresión moderada-grave en quienes compararon tres intervenciones, por un lado, en un grupo implantaron un programa de reminiscencia integrativa, en otro un programa de reminiscencia instrumental y en un tercer grupo se realizaron actividades de socialización activa, ejerciendo de grupo control. Todos trabajaron las sesiones en grupo, con un total de 6 sesiones (6 semanas de intervención) y llevaron a cabo un seguimiento activo de dos sesiones, una a las 6 semanas y otra a los 3 meses de haber finalizado la intervención. La evaluación post-intervención indicó que se producían efectos significativos en la mejora de la sintomatología depresiva en ambos grupos experimentales, siendo el tamaño del efecto entre moderado y grande y, además, estos efectos se mantuvieron en el seguimiento a las 6 semanas de haber finalizado la intervención.

En esta línea, otros estudios han replicado este trabajo, como el de Karimi et al. (2010) o han realizado estudios similares, como es el caso de Meléndez et al. (2015b), en este último, mencionado ya previamente, estudiaron el efecto de un programa de reminiscencia integrativa

en personas mayores sanas y observaron que efectivamente, se producía una mejora en la sintomatología depresiva de las personas participantes en comparación con el grupo control, remarcando la importancia de promover a lo largo de la intervención aspectos como la aceptación propia, la resolución de conflictos y la integración del pasado con el presente, como aspectos fundamentales de las intervenciones basadas en la reminiscencia integrativa. Del mismo modo, en el estudio mencionado anteriormente de Viguer et al. (2017), en el cual estudiaron el efecto de un programa de reminiscencia de 10 sesiones en personas mayores sanas, sin depresión clínica diagnosticada, encontraron una mejoría en su estado de ánimo, pero dichos efectos no se mantuvieron a los tres meses de seguimiento. Dadas las características de la intervención, estas autoras hacen referencia a la importancia de reinterpretar la propia historia de vida de un modo más equilibrado como fundamento para mejorar el estado de ánimo deprimido (Viguer et al., 2017).

Estos resultados concuerdan con los recogidos en diversas revisiones y metaanálisis, por ejemplo, Pinquart y Forstmeier (2012) analizaron el efecto de las intervenciones basadas en reminiscencia en personas mayores sanas y encontraron que la reducción del estado de ánimo deprimido era uno de los efectos más importantes, especialmente en aquellos casos de personas con un elevado estado de ánimo deprimido y en los que se aplicó la terapia de revisión de vida, haciendo por tanto referencia a una modalidad específica de intervención. Además, en este trabajo, se hace referencia a que en los casos de personas en las que no presentan un estado de ánimo deprimido, aplicar intervenciones de reminiscencia simple o revisión de vida puede ser suficientemente útil para promover un bienestar general (Pinquart y Forstmeier, 2012).

En cuanto al estudio de las intervenciones en reminiscencia en el caso de personas con demencia, trabajos como el de González et al. (2015) encontraron resultados similares a los obtenidos en el presente trabajo, al determinar que se reducía la sintomatología depresiva y mejoraba el bienestar psicológico tras intervenir con un programa de reminiscencia de 10

sesiones mediante las cuales se buscaba integrar las experiencias vividas y reforzar la identidad, pero no se estableció la efectividad del programa a largo plazo. De manera similar, Lopes et al. (2016) aplicaron un programa de reminiscencia individualizado compuesto por 5 sesiones dirigido a personas con deterioro cognitivo institucionalizadas. En este estudio también observaron una disminución significativa en la presencia de sintomatología depresiva en los participantes, en comparación con el grupo control.

Pero, por el contrario, en otros estudios no se han obtenido resultados satisfactorios, como por ejemplo en el estudio reciente de Doménech et al. (2023) quienes estudiaron el efecto de la realización de libros de historia de vida en personas con demencia que vivían en residencias y buscaron establecer diferencias entre el uso del libro de vida en formato digital frente al formato convencional. En este caso no pudieron establecer que hubiese diferencias entre ambos formatos ya que se obtenían resultados similares en ambos grupos en las variables estudiadas, pero solamente pudieron observar cambios significativos en relación con la comunicación, no observando cambios significativos en estado de ánimo solamente una tendencia a la mejora en el grupo en formato digital.

En relación con estos y otros estudios, diversas revisiones sistemáticas y metaanálisis han analizado todos estos resultados obteniendo conclusiones globales similares. En la revisión Cochrane realizada por Woods et al. (2018) concluyeron que las intervenciones basadas en la reminiscencia pueden mejorar el estado de ánimo deprimido, aunque de manera muy leve y con importancia clínica incierta, además, estos autores señalan de manera concreta, que los mejores resultados se obtienen en las intervenciones de reminiscencia individualizadas. Trabajos publicados posteriormente concluyen que mediante la reminiscencia es posible intervenir sobre el estado de ánimo reduciendo síntomas depresivos y mejorando la calidad de vida en personas con demencia en general (Cammisuli et al., 2022; Park et al., 2019; Saragih et al., 2022a) e institucionalizadas (Huang et al., 2015; Thomas y Sezgin, 2021). Recientemente, Wu et al.

(2023) realizaron una revisión sistemática en la que incluyeron 24 trabajos donde se estudiaba el efecto de los programas de reminiscencia en personas mayores sanas y personas mayores con deterioro cognitivo, pero no pudieron aportar evidencias sobre su mantenimiento a largo plazo. Estos autores determinaron que la sintomatología depresiva mejoraba, efecto que atribuyeron al hecho de compartir experiencias con sus iguales, recordar y reevaluar eventos pasados y elaborar nuevos puntos de vista sobre sus propias vivencias.

En suma, el estudio del estado de ánimo en relación con las intervenciones basadas en la reminiscencia y en la estimulación cognitiva en personas con demencia es amplio, pero se encuentran resultados muy dispares que en algunos casos apoyan los resultados obtenidos en este estudio y en otros no. Los resultados obtenidos indican que existe una mejora en la sintomatología depresiva de las personas participantes del grupo experimental en comparación con el grupo control quienes, además, experimentaron un empeoramiento a lo largo del tiempo. Por lo tanto, este programa ha mostrado tener un efecto positivo y protector sobre el estado de ánimo. Resulta complicado extraer conclusiones específicas dada la naturaleza multicomponente del programa, pero según lo expuesto, es posible que la combinación de ambas modalidades de terapias no farmacológicas permita haber obtenido este efecto positivo sobre la sintomatología depresiva porque, tal y como se ha visto, el poder de la reminiscencia centrándose en trabajar integrando el pasado con el presente, en un espacio donde compartir experiencias con iguales y con la posibilidad de reinterpretar la propia historia, son aspectos que se han identificado como útiles para fomentar dicha mejoría en estado de ánimo deprimido, junto con intervenciones más duraderas en el tiempo para poder mantener los efectos el mayor tiempo posible.

Para finalizar en relación con las variables psicológicas, a modo de recapitulación, el presente programa ha mostrado resultar útil para mejorar el bienestar psicológico de las personas participantes teniendo un efecto protector sobre las diferentes variables estudiadas:

evita la pérdida de satisfacción con la vida, mejora la capacidad de resiliencia y permite que se reduzca la sintomatología depresiva de las personas participantes.

4. Funciones de reminiscencia

Las funciones de reminiscencia, propuestas por Webster en 1997, comprenden ocho factores que describen cómo las personas utilizan la reminiscencia. Estos factores no son excluyentes y cualquiera de ellos puede estar presente a lo largo del proceso de recordar, combinados entre sí o de manera individual. Estudios como el de Cappeliez y O'Rourke (2006) han demostrado que estas funciones predicen la salud mental y el bienestar en personas mayores, agrupándolas en tres variables: self positivo, self negativo y prosocial. Estas tres variables se asociaron a un menor o mayor grado de bienestar psicológico y, además, se les atribuye un valor predictivo en relación con diversa sintomatología en cuanto a salud mental (Ros et al., 2016).

En base a estos hallazgos el último objetivo de este trabajo planteó identificar el efecto del programa de estimulación cognitiva y reminiscencia sobre dichas funciones de manera que se derivaron tres hipótesis relacionadas con estas variables. En primer lugar se previó que las funciones de reminiscencia identificadas como predictoras de un mayor bienestar se verían beneficiadas y se hallarían más presentes en las personas participantes (H11) mientras que las funciones predictoras de una peor salud mental estarían menos presentes tras aplicar el programa de intervención (H12) y por último, en cuanto a las funciones relacionadas con la función prosocial, también se verían beneficiadas en el caso de las personas participantes del programa (H13) en comparación con el grupo control.

El estudio de estas hipótesis y la búsqueda de trabajos similares con los que comparar estos resultados no ha sido una tarea fácil ya que existen muy pocos trabajos que estudien las funciones de reminiscencia y menos aún que estudien la influencia que pueda producir un programa de intervención en personas con demencia sobre las mismas, así pues, se recogen a continuación los resultados obtenidos en cada una de las funciones

en el marco de su variable, ya sea positiva, negativa o prosocial y se intentan extraer conclusiones al respecto.

4.1. Funciones de reminiscencia positivas

En relación con las funciones de reminiscencia, Cappeliez y O'Rourke (2006) identificaron la variable de self positivo en la que incluyeron las funciones identidad, solución de problemas y preparación para la muerte como factores asociados a reminiscencias positivas de uno mismo. La presencia de un mayor uso de esta variable se ha descrito como predictora de bienestar psicológico e implica una mayor adaptación de las personas mayores (Cappeliez y O'Rourke, 2006; Ros et al., 2016). La primera hipótesis asociada a las funciones de reminiscencia está relacionada con estas funciones ya que se esperaba que, tras participar en el programa de estimulación cognitiva y reminiscencia, las personas participantes aumentasen el uso de las funciones de reminiscencia positivas, identidad, solución de problemas y preparación para la muerte (H11), asumiendo que este uso estaría repercutiendo en un mayor bienestar psicológico. A continuación, se revisan los resultados obtenidos en cada una de las funciones que se incluyen en esta variable.

Identidad.

Esta función de reminiscencia hace referencia a la identificación del propio patrón vital a través de los recuerdos, se ha relacionado con una mayor conciencia personal y sentido de uno mismo (Cappeliez y O'Rourke, 2006; Ros et al., 2016). En los resultados obtenidos en el estudio de esta variable se obtuvieron diferencias significativas tras la intervención entre el grupo experimental y el grupo control, de manera concreta se observó que el grupo experimental mantuvo sus puntuaciones a lo largo del tiempo y el grupo control experimentó una pérdida progresiva, sus puntuaciones fueron disminuyendo hasta obtenerse diferencias significativas entre ambos grupos en el seguimiento. Así pues, se observa que la aplicación del programa de intervención no ha promovido un aumento en el uso de dicha función, sino que ha

tenido un efecto protector ante la pérdida del uso de esta, tal y como se ha observado que ocurre en el grupo control.

Solución de problemas.

Esta función supone el hecho de recordar cómo se llevó a cabo la resolución de problemas en el pasado para poder resolver problemas en el presente y, por tanto, está relacionada con la capacidad de adaptación al entorno (Cappeliez y O'Rourke, 2006; Ros et al., 2016). En el caso de esta variable se han obtenido resultados muy similares a la función previa, donde se observaba que el grupo experimental mantenía sus puntuaciones sin que se den diferencias significativas a través del tiempo y en el caso del grupo control se apreciaba una disminución en las puntuaciones. Así pues, tras participar en el programa de intervención, en la evaluación post-intervención se observan diferencias significativas entre ambos grupos que se mantienen en el seguimiento, lo cual es atribuible al factor protector que ejerce la participación en el programa ya que el grupo experimental mantiene sus puntuaciones mientras que el grupo control presenta un descenso en las mismas.

Preparación para la muerte.

La función de reminiscencia "Preparación para la muerte" implica el uso de los recuerdos para aceptar la propia muerte, está relacionada con la integridad al final de la vida (Cappeliez y O'Rourke, 2006; Ros et al., 2016). En esta última función positiva, también se observaron diferencias significativas entre ambos grupos tras la intervención, del mismo modo que en las dos variables anteriores se produce un mantenimiento de las puntuaciones en el grupo experimental mientras que el grupo control experimenta un descenso significativo de las puntuaciones, por tanto se observa de nuevo que la participación en el programa ha tenido un efecto protector sobre el uso de la función evitando una disminución en su uso, tal y como se observa en el grupo experimental.

Por tanto, en relación con las funciones de reminiscencia positivas, tras aplicar el programa de intervención se ha podido confirmar que se produce un efecto protector ante la disminución de su uso ya que las tres funciones se mantienen estables en el tiempo en el grupo que participa del programa, pero a su vez, en el grupo control, se observa una disminución significativa de las puntuaciones y, por tanto, de su uso. Por tanto, la hipótesis propuesta en la que se esperaba un aumento del uso de dichas funciones en el grupo experimental no se ha confirmado, ya que no se ha observado un aumento en las puntuaciones, pero al menos, el hecho de evitar la pérdida de su uso observada en el grupo control permite establecer que el programa tiene un papel protector que conviene tener en consideración.

En relación con estos resultados, en un trabajo previo similar realizado por Satorres et al. (2021) estudiaron la influencia de la aplicación de un programa de reminiscencia simple de 10 semanas (con una sesión semanal) en un grupo de personas mayores sanas, buscando identificar su repercusión en las diferentes funciones de reminiscencia. En este trabajo establecieron que las personas participantes del grupo experimental mejoraron sus puntuaciones en las funciones solución de problemas y preparación para la muerte, pero no encontraron efectos sobre la función identidad, y en el caso del grupo control observaron como las personas integrantes de este grupo experimentaron un descenso en las puntuaciones de las tres funciones. En este trabajo, se atribuye la falta de resultados positivos en identidad a las características de las personas integrantes de la muestra quienes no presentaban problemas psicológicos previos y, por tanto, es posible que no requiriesen un uso de la función identidad para el proceso en concreto en el que participaron (Satorres et al., 2021) y además también es posible que la modalidad de reminiscencia simple, aplicada en este programa, no resulte suficiente para obtener resultados positivos en identidad, requiriéndose intervenciones más complejas como la modalidad de revisión de vida para que se obtengan efectos más claros sobre este factor (Cappeliez, 2021). Por tanto, en base a estos argumentos, es posible establecer cierta relación

con los resultados obtenidos en este estudio. Las personas integrantes de esta muestra en un principio tampoco presentaban problemas de estado de ánimo concomitantes, pero son personas con deterioro cognitivo leve/moderado que pueden presentar dificultades en razonamiento y capacidad de abstracción y, además, el hecho de haber aplicado un programa de reminiscencia simple puede que haya influido sobre estos resultados.

En resumen, en cuanto a esta primera hipótesis sobre las funciones de reminiscencia, no se ha confirmado que el programa haya mejorado el uso de las funciones de reminiscencia positivas, pero sí que se ha observado que ha ejercido un papel protector sobre la pérdida del uso de estas funciones que, tal y como se ha visto, están estrechamente relacionadas con el bienestar general de las personas mayores. Resulta necesario seguir estudiando el papel de las funciones de reminiscencia positivas en el caso de las personas con demencia y la efectividad de su intervención.

4.2. Funciones de reminiscencia negativas

En relación con la variable de self negativo, Cappeliez y O'Rourke (2006) identificaron que estaba compuesta por las funciones revivir la amargura, reducción del aburrimiento y mantenimiento de la intimidad. Tal y como se ha indicado previamente, esta variable está asociada a un mayor grado de malestar psicológico y se relaciona con tasas elevadas de trastornos psicológicos, identificándose como desadaptativa (O'Rourke, 2010). La segunda hipótesis formulada en relación con las funciones de reminiscencia planteó que, tras participar en el programa de estimulación cognitiva y reminiscencia, disminuiría la presencia de dichas funciones en las personas participantes (H12), de manera que se estaría evitando la presencia de factores precursores de malestar psicológico. A continuación, se exponen los resultados obtenidos en estas funciones.

Revivir la amargura.

La función “Revivir la amargura” implica, tal y como su nombre indica, que la persona revive de manera repetida los recuerdos de momentos vitales marcados por circunstancias difíciles. Esta función de reminiscencia se ha asociado a una baja satisfacción con la vida y a desórdenes emocionales (Cappeliez y O’Rourke, 2006; Ros et al., 2016). En el estudio de esta función en el presente trabajo se observó que había diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control tras la intervención, pero los análisis post hoc no evidenciaron diferencias entre ambos grupos en ninguno de los tres tiempos de evaluación, manteniéndose las puntuaciones estables a lo largo del tiempo tanto en el grupo control como en el grupo experimental. Por tanto, el programa no ha producido ningún tipo de efecto sobre esta variable, ni ha permitido disminuir su uso ni ha prevenido un posible aumento de su utilización, sino que se han mantenido las puntuaciones.

Reducción del aburrimiento.

Esta función de reminiscencia supone que la persona utiliza sus propios recuerdos ante la falta de otro tipo de estimulación o intereses. Del mismo modo que la función previa, esta función también se ha asociado a baja satisfacción vital y a la presencia de trastornos psicológicos (Cappeliez y O’Rourke, 2006; Ros et al., 2016). En relación con esta función, los resultados obtenidos en este estudio indican que se dieron diferencias entre el grupo experimental y el grupo control tras aplicar la intervención, observándose que el grupo experimental mantuvo sus puntuaciones con el tiempo y el grupo control experimentó una disminución en las mismas. Este hecho es contrario al esperado, ya que cabía esperar una disminución de su uso en el grupo experimental, pero por el contrario no se ha producido, sino que se ha mantenido su uso.

Mantenimiento de la intimidad.

En esta última función negativa la persona rememora con el objetivo de mantener viva la memoria de personas significativas para ella y que ya no están presentes. Esta función por tanto está centrada en la pérdida de seres queridos y el revivir de manera repetida sentimientos negativos en relación con ello (Cappeliez y O'Rourke, 2006; Ros et al., 2016). Los resultados obtenidos en esta función son muy similares a los obtenidos en la anterior variable ya que se dan diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control tras aplicar la intervención, pero estas diferencias se observan en el grupo control que también ve como disminuyen sus puntuaciones mientras que en el grupo experimental las puntuaciones se mantienen a lo largo del tiempo. Por tanto, de nuevo el resultado es contrario a lo que cabía esperar, no se produce una disminución de las puntuaciones del grupo experimental, sino que se han mantenido.

Por tanto, en las funciones de reminiscencia negativas, no se han obtenido los resultados que se habían planteado en la hipótesis puesto que al contrario de lo que cabía esperar, no se ha producido en el grupo experimental una disminución del uso de las funciones de revivir la amargura, reducción del aburrimiento y mantenimiento de la intimidad, sino que se da un mantenimiento de su uso y es en el grupo control donde se observa esta disminución. En relación con estos resultados, en el estudio mencionado previamente de Satorres et al. (2021) encontraron resultados distintos puesto que en su trabajo sí que consiguieron reducir de manera significativa el uso de revivir la amargura y mantenimiento de la intimidad en el grupo experimental mientras que en el grupo control aumentaron las puntuaciones en revivir la amargura y reducción del aburrimiento. Estos resultados obtenidos por Satorres et al. (2021) son atribuidos a que la propuesta de intervención aplicada se centra en trabajar contenidos positivos a través de la promoción del uso de las funciones positivas de reminiscencia y el aumento de las puntuaciones en el grupo control quizás se deba a que las personas mayores

pueden responder ante eventos estresantes propios como por ejemplo cambios físicos o emocionales haciendo uso de funciones negativas de reminiscencia y que, además, no estaban recibiendo ningún tipo de intervención.

Tal y como se ha comentado, estas funciones de reminiscencia se han asociado a un peor bienestar en personas mayores a causa de centrarse en las pérdidas o en la rumiación sobre el pasado, pero tal y como indican Westerhof y Bohlmeijer (2014) es también importante tener en cuenta que el uso de estas funciones no tiene por qué ser negativo a corto plazo, sino que es un uso excesivo y demasiado extendido en el tiempo el que puede llegar a producir efectos no deseados que desembocan en baja satisfacción vital y un mayor malestar psicológico (Cappeliez et al., 2005). Retomando los resultados obtenidos en esta muestra, en relación con el estado de ánimo se observó que tras participar en el programa mejoraron su sintomatología depresiva y en cuanto a satisfacción con la vida se advirtió que la participación tuvo un papel protector frente a la pérdida de satisfacción vital, por tanto, al menos de manera inicial, se intuye que el uso de las funciones de reminiscencia negativas no está ejerciendo un efecto negativo sobre el grupo de personas participantes del grupo experimental.

En conclusión, en cuanto a la hipótesis relacionada con las funciones de reminiscencia negativas, tampoco se ha podido confirmar puesto que no se ha visto reducido su uso en el grupo experimental tras participar en el programa, pero al menos, su uso se mantiene estable. Estos resultados, pese a que no son los esperados, advierten la necesidad de seguir estudiando sobre el uso de dichas variables en las personas con deterioro cognitivo y su efecto sobre el bienestar.

4.3. Funciones de reminiscencia prosociales

Por último, en la variable prosocial, se incluyeron las funciones de reminiscencia conversación y enseñar/informar (Cappeliez y O'Rourke, 2006). La función prosocial no se ha asociado de manera directa con la salud mental, pero se relaciona con experiencias positivas y satisfactorias (Cappeliez y O'Rourke, 2006; Ros et al., 2016). En relación con estas funciones

se estableció la última hipótesis en la cual se planteó que, tras participar en el programa de estimulación cognitiva y reminiscencia, aumentaría el uso de dichas funciones (H13) en comparación con el grupo control, promoviendo por tanto experiencias más positivas y satisfactorias. A continuación, se muestran los resultados obtenidos en cada una de estas variables y sus implicaciones.

Conversación.

Esta función implica que la persona comunica sus recuerdos personales, pero sin ningún tipo de intención específica, ni evaluativa ni instructiva (Ros et al., 2016). Los resultados obtenidos en este estudio mostraron que el grupo experimental mejoró sus puntuaciones tras la intervención y en el seguimiento, con diferencias significativas observadas solo en la última evaluación. Así pues, el grupo control disminuyó de manera significativa sus puntuaciones a lo largo del tiempo y el grupo experimental las aumentó y mantuvo, con lo que se puede afirmar que se observó un efecto protector ante la pérdida del uso de esta función prosocial.

Enseñar/informar.

Con esta función la persona busca compartir sus recuerdos, con el objetivo de emitir una lección vital (Ros et al., 2016). En relación con esta última función de reminiscencia, en este trabajo se obtuvieron diferencias significativas tras la aplicación del programa de intervención entre el grupo experimental y el grupo control y se observó que la principal diferencia entre los dos grupos se dio en la evaluación de seguimiento y de igual manera que en la anterior variable, las puntuaciones obtenidas en el grupo control disminuyeron de manera significativa entre la evaluación previa y el seguimiento mientras que en el grupo experimental no se observaron diferencias significativas a lo largo del tiempo, con lo cual, se da de nuevo una protección ante la pérdida del uso de esta función.

Así pues, en las funciones de reminiscencia incluidas en la variable prosocial, tampoco se puede confirmar la hipótesis planteada puesto que no hay una mejora significativa de las

puntuaciones y por tanto no se evidencia un aumento del uso de dichas funciones, pero sí que se han identificado diferencias respecto al grupo control ya que en el caso de las personas que no participaron de la intervención sus puntuaciones disminuyeron de manera significativa, implicando por tanto un menor uso de dichas funciones. Por su parte, en el trabajo de Satorres et al. (2021), solamente observaron una mejora en la función conversación en el grupo experimental y además dicha mejora se mantuvo en el seguimiento, mientras que en el grupo control no identificaron ningún cambio.

Aunque las funciones prosociales no impactan directamente en el bienestar o malestar psicológico, están implicadas en la regulación emocional y se asocian con experiencias positivas (O'Rourke et al., 2011) y el hecho de llevar a cabo estas intervenciones basadas en la reminiscencia en formato grupal favorece la posibilidad de compartir experiencias y sentimientos con personas afines, pudiéndose llegar a crear un entorno de confianza y amistad donde se ve promovida la socialización y se evita el sentimiento de soledad (Satorres et al., 2021).

Por tanto, en relación con esta última hipótesis, relacionada con las funciones prosociales de reminiscencia, tampoco es posible confirmar que la participación en el programa haya mejorado su uso, sino como en las funciones de reminiscencia positiva, se ha observado un papel protector frente a la posible disminución del uso de dichas funciones. Resulta fundamental seguir buscando evidencia en este aspecto puesto que fomentar la socialización en las personas mayores es un eje esencial a través del cual se puede conseguir un mayor bienestar global tanto en las personas mayores en general como en las personas con demencia.

En definitiva, en base a lo recogido en este último punto sobre las funciones de reminiscencia, es fundamental tener en cuenta a la hora de proponer y aplicar un programa de reminiscencia que la intervención se centre en técnicas orientadas a fortalecer las reminiscencias positivas y a disminuir las negativas buscando un correcto mantenimiento de la función prosocial (Satorres et al., 2021). La propuesta de intervención de reminiscencia de este

programa se basó en una intervención de reminiscencia simple pero orientada a fomentar un uso integrativo e instrumental de la reminiscencia, con el objetivo de promover las funciones positivas pero quizás, a causa del perfil de las personas participantes y de la falta de una mayor revisión de vida puede que justifiquen que no se haya llevado a cabo un trabajo suficientemente integrativo y de autoconocimiento, provocando que no se obtenga la mejora esperada descrita en las hipótesis. De todos modos, cabe tener en cuenta que el hecho de haber conseguido un efecto protector es un punto de partida sobre el cual seguir investigando y replantear mejoras en la propuesta de futuros programas y modalidades de intervención para promover estas funciones ya que, tal y como se ha confirmado en la literatura de manera clara, tienen un efecto positivo sobre el envejecimiento y promueven la adaptación y el bienestar en personas adultas mayores (Cappeliez y O'Rourke, 2006; Ros et al., 2016).

5. Limitaciones y propuestas de futuro

Limitaciones.

Una de las principales limitaciones del presente trabajo está relacionada con la muestra ya que no se ha podido acceder al historial clínico completo y, por tanto, en muchos casos, el diagnóstico concreto de las personas participantes era desconocido, hecho que además refleja la realidad en la que la mayoría de las personas mayores con deterioro cognitivo o demencia no cuentan con un diagnóstico específico. Esto ha impedido poder definir de mejor manera a la muestra y extraer conclusiones específicas según el tipo de demencia. Además, tampoco se ha tenido en cuenta si las personas participantes recibían algún tipo de tratamiento farmacológico para el deterioro cognitivo o el estado de ánimo a lo largo del proceso de intervención y, por tanto, este aspecto puede que estuviese influyendo en los resultados sin estar controlado.

Otra limitación ha sido que las personas integrantes en su totalidad son personas que asisten a centros de atención a personas con demencia de Asociaciones de Familiares, donde en la mayoría se aplican diversas terapias no farmacológicas de una manera u otra. Así pues, todas

las personas participantes del grupo experimental y del grupo control, siguieron realizando sus actividades habituales en cada uno de los centros donde asisten, hecho que ha podido interferir en la consecución de los resultados.

En cuanto a la metodología, hubiese sido deseable haber recogido una muestra mayor para poder conseguir resultados más contundentes, así como la asignación aleatoria de la misma, pero el hecho de aleatorizar individualmente a los participantes no era viable de cara a la implantación del programa, por lo que se asignó a conveniencia. Pese a ello, los grupos resultaron homogéneos y fueron comparables.

En relación con las herramientas utilizadas en los procesos de evaluación, algunas de ellas resultaron demasiado complejas y en algunos casos se observaron grandes dificultades en la aplicación de estas, provocando la pérdida de algunas personas participantes. Esta limitación es difícil de compensar dada la naturaleza del deterioro cognitivo leve/moderado presente en las personas participantes y las características propias de las herramientas de evaluación neuropsicológicas. Además, la escala de funciones de reminiscencia también resultó muy extensa para algunos casos, quizás se podría haber tenido en consideración hacer uso de una versión breve de la misma.

Por último, cabe mencionar que, dado que se trata de un programa multicomponente, es difícil extraer conclusiones firmes sobre qué parte del proceso de intervención está aportando los resultados específicos o si es la combinación de las dos terapias no farmacológicas la base de los resultados obtenidos, por tanto, resulta necesario seguir recogiendo evidencia científica al respecto.

Propuestas de futuro e implicaciones para la práctica clínica.

El programa que se ha presentado en este trabajo y las publicaciones afines consultadas reportan suficiente evidencia científica sobre la utilidad de las intervenciones basadas en la reminiscencia y de la estimulación cognitiva. En relación con ello, resulta fundamental de cara

a las propuestas de intervención futuras tanto para la práctica clínica como para futuros proyectos de investigación la importancia de mantener las intervenciones durante un tiempo prolongado de tiempo para favorecer así unos mejores resultados y mantenerlos a largo plazo. Además, también es importante promover la participación de las personas con demencia ya en fases iniciales, con el inicio de la sintomatología, puesto que la intervención temprana ha reportado mejores resultados de manera general.

El estudio de personas con demencia en diversos ámbitos es amplio, pero siguen faltando trabajos en muchos campos de estudio como son las funciones de reminiscencia, su intervención y la influencia que tienen sobre el bienestar de las personas con deterioro cognitivo. Resulta necesario seguir investigando en este ámbito y la posibilidad de incluir a personas cuidadoras y familiares puesto que la presencia de la demencia afecta a la persona enferma y a su persona cuidadora principal.

CAPÍTULO 7

CONCLUSIONES

1. El programa de estimulación cognitiva y reminiscencia propuesto en este trabajo ha mostrado resultar útil en diversos subprocesos ejecutivos, aunque no se han obtenido efectos positivos sobre la cognición global.
2. Las funciones ejecutivas son un proceso cognitivo con gran afectación en el deterioro cognitivo moderado, hecho que se evidencia en la dificultad observada que presentan las personas mayores con demencia moderada en la ejecución de herramientas neuropsicológicas que estudian estas funciones.
3. El presente programa de intervención ha mostrado efectos positivos sobre la memoria de trabajo en personas con demencia, aunque estos efectos no se mantuvieron en el seguimiento.
4. La capacidad de inhibición de las personas participantes del programa mejoró tras la intervención y estos resultados se mantuvieron en el tiempo. Estos resultados son prometedores puesto que no existen estudios con resultados similares y por tanto, es fundamental seguir estudiando este subproceso ejecutivo y su capacidad de mejora en

- personas con demencia.
5. La fluencia verbal semántica mejoró tras el programa de intervención pero no se observó este efecto en fluencia verbal fonológica. Los resultados positivos conseguidos no se mantuvieron en el tiempo.
 6. En relación con la flexibilidad cognitiva, la velocidad de procesamiento y la capacidad de planificación, no se han obtenido resultados positivos tras la aplicación del programa de intervención.
 7. La intervención llevada a cabo permitió una mejora en el bienestar psicológico, mostrando un efecto protector sobre las diferentes variables estudiadas.
 8. El programa de intervención mostró un efecto protector ante la pérdida de satisfacción con la vida de las personas con demencia, por lo que juega un importante papel en la mejora del bienestar y la calidad de vida en general.
 9. En relación con la resiliencia, se observó una mejora en las puntuaciones de las personas participantes del programa que además, se mantuvo en el seguimiento.
 10. Existen pocos estudios relacionados con la resiliencia y personas con demencia, dados los resultados positivos observados, es importante tener en cuenta esta variable tanto al integrarla en los programas de intervención como en su estudio empírico, puesto que las personas con demencia, al menos en fases iniciales-moderadas, pueden mejorar sus recursos personales y fortalezas de cara a afrontar la enfermedad y su día a día.
 11. La sintomatología depresiva de las personas con demencia participantes disminuyó tras la intervención y además este efecto se mantuvo en el tiempo. Estos resultados contrastan con los obtenidos por las personas integrantes del grupo control quienes experimentaron un aumento de la sintomatología depresiva, por tanto, el programa previene un aumento de estos síntomas y promueve su disminución.
 12. La participación en el programa de intervención ejerció un efecto protector ante la pérdida

del uso de las funciones de reminiscencia positivas (identidad, solución de problemas y preparación para la muerte), repercutiendo por tanto en un mayor bienestar psicológico, asociado al uso de estas funciones.

13. En relación con las funciones de reminiscencia negativas (revivir la amargura, reducción del aburrimiento y mantenimiento de la intimidad) no se obtuvieron los resultados esperados, no se identificaron cambios en su uso tras la participación en el programa.
14. El programa de intervención ejerció un efecto protector sobre la posible disminución de las funciones prosociales de reminiscencia, mismo efecto que se observó en las funciones de reminiscencia positivas.
15. En general, se observa que los resultados son mayores tras finalizar la intervención y la mayoría de dichos efectos disminuyen con el tiempo, de manera que es destacable la necesidad de llevar a cabo intervenciones más duraderas o incluso de manera ininterrumpida, mientras la persona pueda ser partícipe de ellas.
16. Resulta necesario seguir estudiando la efectividad de las diferentes terapias no farmacológicas, donde se lleven a cabo estudios metodológicamente adecuados y se tenga en consideración llevar a cabo un seguimiento del mantenimiento de los resultados obtenidos, de manera que se puedan hacer planteamientos de programas de intervención replicables y poder confirmar su utilidad a la hora de intervenir en personas con demencia.

CAPÍTULO 8

REFERENCIAS

- Aarts, M. P. J., Aries, M. B. C., Diakoumis, A., y van Hoof, J. (2016). Shedding a light on phototherapy studies with people having dementia: a critical review of the methodology from a light perspective. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 31(7), 551-563. <https://doi.org/10.1177/1533317515628046>
- Abellaneda-Pérez, K., Cattaneo, G., Cabello-Toscano, M., Solana-Sánchez, J., Mulet-Pons, L., Vaqué-Alcázar, L., Perellón-Alfonso, R., Solé-Padullés, C., Bargalló, N., Tormos, J. M., Pascual-Leone, A., y Bartrés-Faz, D. (2023). Purpose in life promotes resilience to age-related brain burden in middle-aged adults. *Alzheimer's Research & Therapy*, 15(1), 49. <https://doi.org/10.1186/s13195-023-01198-6>
- Abdelnour Ruiz, C. (2021). Demencia con cuerpos de Lewy. *Kranion*, 16, 72-75. <https://doi.org/10.24875/KRANION.M21000004>
- Abraha, I., Rimland, J. M., Lozano-Montoya, I., Dell'Aquila, G., Vélez-Díaz-Pallarés, M., Trotta, F. M., Cruz-Jentoft, A. J., y Cherubini, A. (2020). Simulated presence therapy for dementia (review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, Article CD011882. <https://doi.org/10.1002.14651858.CD011882.pub2>
- Aguirre, E., Woods, R. T., Spector, A., y Orrell, M. (2013). Cognitive stimulation for dementia: a systematic review of the evidence of effectiveness from randomised controlled trials. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 253-262. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.07.001>
- Albert, M. S., DeKosky, S. T., Dickson, D., Dubois, B., Feldman, H. H., Fox, N. C., Gamst, A., Holtzman, D. M., Jagust, W. J., Petersen, R. C., Snyder, P. J., Carrillo, M. C., Thies, B., y Phelps, C. H. (2011) The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute of Aging-Alzheimer's Association work-groups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7(3), 270-279. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.03.008>

- Alexander, G. E., Crutcher, M. D., y DeLong, M. R. (1990). Basal ganglia-thalamocortical circuits: parallel substrates for motor, oculomotor, “prefrontal” and “limbic” functions. *Progress in Brain Research*, 85, 119-146.
- Allen, R. S., Dorman, H. R., Henkin, H., Carden, K. D., y Potts, D. (2018). Definition of Resilience. En B. Resnick, L. P. Gwyther y K. A. Roberto (Eds.), *Resilience in Aging. Concepts, Research, and Outcomes. Second Edition*. (págs. 1-15). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-04555-5>
- Allward, C., Dunn, R., Forshaw, G., Rewston, C., y Wass, N. (2020). Mental wellbeing in people with dementia following cognitive stimulation therapy: innovate practice. *Dementia*, 19(2), 496-504. <https://doi.org/10.1177/1471301217722443>
- Alvarado, A. M., y Salazar, A. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.
- Amer Ferrer, G. (2019). Biomarcadores en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Kranion*, 14(2), 37-44.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-5*®. (5ª Ed.) Ed. Panamericana.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado: DSM-4-TR*®. (4ª Ed. Revisada) Masson.
- Areosa Sastre, A., Vernooij, R. W., González-Colaço Harmand, M., y Martínez, G. (2017). Effect of the treatment of Type 2 diabetes mellitus on the development of cognitive impairment and dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(6), Article CD003804. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003804.pub2>
- Armstrong, M. J., Litvan, I., Lang, A. E., Bak, T. H., Bhatia, K. P., Borroni, B., Boxer, A. L.,

- Dickson, D. W., Grossman, M., Hallet, M., Josephs, K. A., Kertesz, A., Lee, S. E., Miller, B. L., Reich, S. G., Riley, D. E., Tolosa, E., Tröster, A. I., Vidailhet, M., y Weiner, W. J. (2013). Criteria for the diagnosis of corticobasal degeneration. *Neurology*, 80(5), 496-503. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e31827f0fd1>
- Army Individual Tests Battery. (1944). *Manual of directions and scoring*. War Department, Adjutant General's Office.
- Arvanitakis, Z., Shah, R. C., y Bennet, D. A. (2019). Diagnosis and management of dementia: Review. *Journal of the American Medical Association*, 322(16), 1589-1599. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.4782>
- Asmer, M. S., Kirkham, J., Newton, H., Ismail, Z., Elbayoumi, H., Leung, R. H., y Seitz, D. P. (2018). Meta-analysis of the prevalence of major depressive disorder among older adults with dementia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 79(5), 17r11772. <https://doi.org/10.4088/JCP.17r11772>
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., y García-Merita, M. (2000). Propiedades Psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319.
- Ayuso Peralta, L., Ballesteros Barranco, A., y Rojo Sebastián, A. (2019). Demencias. *Medicine*, 12(74), 4329-4337. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.03.011>
- Baddeley, A. D. (2002). The psychology of memory. En A. D. Baddeley, M. D. Kopelman y B. A. Wilson (Eds.), *The Handbook of Memory Disorders*. (págs. 3-15). John Wiley & Sons.
- Baddeley, A. D., y Hitch, G. J. (1974). Working memory. En G. A. Bower (Ed.), *Recent advances in learning and motivation*. (págs. 47-89). Academic Press.
- Bahar-Fuchs, A., Clare, L., y Woods, B. (2013). Cognitive training and cognitive rehabilitation

- for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia (review). *The Cochrane database of Systematic Reviews*, 6, Article CD003260. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003260.pub2>
- Bahar-Fuchs, A., Martyr, A., Goh, A. M. Y., Sabates, J., y Clare, L. (2019). Cognitive training for people with mild to moderate dementia (review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3), Article CD013069. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013069.pub2>
- Baltes, P. B., y Baltes, M. M. (1990) Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. En P.B. Baltes y M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences* (págs. 1-34). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684>
- Baquero Toledo, M., Carnero Pardo, C., y Martínez Lozano, M. D. (2009) Clasificación. En J. L. Molinuevo y J. Peña-Casanova (Eds.), *Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología nº 8. Guía oficial para la práctica clínica en demencias: conceptos criterios y recomendaciones*. (págs. 1-8). Thomson Reuters.
- Barban, F., Annicchiarico, R., Pantelopoulos, S., Federici, A., Perri, R., Fadda, L., Carlesimo, G. A., Ricci, C., Giuli, S., Scalici, F., Turchetta, C. S., Adriano, F., Lombardi, M. G., Zaccarelli, C., Cirillo, G., Passuti, S., Mattarelli, P., Lymperopoulou, O., Sakka, P., Ntanasi, E., ...Caltagirone, C. (2016). Protecting cognition from aging and Alzheimer's disease: a computerized cognitive training combined with reminiscence therapy. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31, 340-348.
- Barragán Martínez, D., García Soldevilla, M. A., Parra Santiago, A., y Tejeiro Martínez, J. (2019). Enfermedad de Alzheimer. *Medicine*, 12(74), 4338-4346. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.03.012>

- Bate, A. J., Mathias, J. L., y Crawford, J. R. (2001). Performance on the test of everyday attention and standard tests of attention following severe traumatic brain injury. *The Clinical Neuropsychologist*, 15(3), 405-422.
<https://doi.org/10.1076/clin.15.3.405.10279>
- Beaver, J., Wilson, K. B., y Schmitter-Edgecombe, M. (2019). Characterising omission errors in everyday task completion and cognitive correlates in individuals with mild cognitive impairment and dementia. *Neuropsychological Rehabilitation*, 29(5), 804-820.
<https://doi.org/10.1080/09602011.2017.1337039>
- Bélanger, S., Belleville, S., y Gauthier, S. (2010). Inhibition impairments in Alzheimer's disease, mild cognitive impairment and healthy aging: effect of congruency proportion in a Stroop task. *Neuropsychologia*, 48(2), 581-590.
<https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2009.10.021>
- Bello, J., y García-Casares, N. (2018). Neuropsicología del deterioro cognitivo vascular. En M. S. Manzano, J. Fortea, A. Villarejo y R. Sánchez del Valle (Coords.), *Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología. 5. Guía Oficial de Práctica Clínica en Demencia*. (págs. 165-169). Ediciones SEN.
- Bergeron, D., Sellami, L., Poulin, S., Verret, L., Bouchard, R. W., y Laforce Jr., R. (2020). The behavioral/dysexecutive variant of Alzheimer's disease: a caso series with clinical, neuropsychological, and FDG-PET characterization. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 49, 518-525. <https://doi.org/10.1159/000511210>
- Blázquez Alisente, J. L., y Zulaica Cardoso, A. (2009a). Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica de las praxias. En E. Muñoz Marrón (coord.), *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*. (págs. 163-187). Editorial UOC.
- Blázquez Alisente, J. L., y Zulaica Cardoso, A. (2009b). Estimulación cognitiva y rehabilitación

- neuropsicológica de la percepción. En E. Muñoz Marrón (coord.), *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*. (págs. 131-161). Editorial UOC.
- Blesa, R., Pujol, M., Aguilar, M., Santacruz, P., Bertran-Serra, I., Hernández, G., Sol, J. M., Peña-Casanova, J., y NORMACODEM Group. NORMALisation of Cognitive and Functional Instruments for DEMentia (2001). Clinical validity of the “mini-mental state” for Spanish speaking communities. *Neuropsychologia*, 39(11), 1150-1157. [https://doi.org/10.1016/S0028-3932\(01\)00055-0](https://doi.org/10.1016/S0028-3932(01)00055-0)
- Bohlmeijer, E., Roemer, M., Cuijpers, P., y Smit, F. (2007). The effects of reminiscence on psychological well-being in older adults: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 11(3), 291-300. <https://doi.org/10.1080/13607860600963547>
- Bohlmeijer, E., Smit, F., y Cuijpers, P. (2003). Effects of reminiscence and life review on late-life depression: a meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(12), 1088-1094. <https://doi.org/10.1002/gps.1018>
- Bombín-González, I., Cifuentes-Rodríguez, A., Climent-Martínez, G., Luna-Lario, P., Cardas-Ibáñez, J., Tirapu-Ustárroz, J., y Díaz-Orueta, U. (2014). Validez ecológica y entornos multitarea en la evaluación de las funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*, 59, 77-87. <https://doi.org/10.33588/rn.5902.2013578>
- Bradwell, C. (2021). Co-creating resilience with people living with dementia through intergenerational arts. *RIDE: The Journal of Applied Theatre and Performance*, 26(1), 137-152. <https://doi.org/10.1080/13569783.2020.1841619>
- Brasure, M., Desai, P., Davila, H., Nelson, V. A., Calvert, C., Jutkowitz, E., Butler, M., Fink, H. A., Ratner, E., Hemmy, L.S., McCarten, J. R., Barclay, T. R., y Kane, R. L. (2018). Physical activity interventions in preventing cognitive decline and Alzheimer-type dementia. *Annals of Internal Medicine*, 168(1), 30-38. <https://doi.org/10.7326/M17->

[1528](#)

- Brooker, D. (2004). What is person centred-care for people with dementia? *Reviews in Clinical Gerontology*, 13(3), 215-222. <https://doi.org/10.1017/S095925980400108X>
- Bruna O., Subirana, J., y Signo, S. (2012). Corteza profrontal, funciones ejecutivas y envejecimiento normal. En J. Tirapu-Ustárrroz, A. García Molina, M. Ríos Lago y A. Ardila Ardila (Eds.), *Neuropsicología de la corteza profrontal y las funciones ejecutivas*. (pp. 225-269). Viguera Editores,
- Buggins, S. L., Clarke, C., y Wolverson, E. (2021). Resilience in older people living with dementia - A narrative analysis. *Dementia* 20(4), 1234–1249. <https://doi.org/10.1177/1471301220927614>
- Butler, R. N. (1963). The life review: an interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26(1), 65-76. <https://doi.org/10.1080/00332747.1963.11023339>
- Butler, R. N. (1974). Successful aging and the role of the life review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 22(12), 529-535. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1974.tb04823.x>
- Butler, M., McCreedy, E., Nelson, V. A., Desai, P., Ratner, E., Fink, H. A., Hemmy, L.S., McCarten, J. R., Barclay, T. R., Brasure, M., Davila, H., y Kane, R. L. (2018). Does cognitive training prevent cognitive decline? *Annals of Internal Medicine*, 168(1), 30-38. <https://doi.org/10.7326/M17-1531>
- Cabeza, R. (2002). Hemispheric asymmetry reduction in older adults: The HAROLD model. *Psychology and Aging*, 17(1), 85-100. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.17.1.85>
- Cabeza, R., Nyberg, L., y Park, D. C. (2004). Cognitive neuroscience of aging: emergence of a new discipline. En R. Cabeza, L. Nyberg y D. Park (Eds.), *Cognitive Neuroscience of*

- Aging: Linking Cognitive and Cerebral Aging* (págs. 3-15). Oxford University Press.
- Caffarra, P., Vezzadini, G., Dieci, F., Zonato, F., y Venneri, A. (2002). Rey-Osterrieth complex figure: normative values in an Italian population sample. *Neurological sciences: official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 22(6), 443-447. <https://doi.org/10.1007/s100720200003>
- Cafferata, R. M. T., Hicks, B., y von Bastian, C. C. (2021). Effectiveness of cognitive stimulation for dementia: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 147(5), 455-476. <https://doi.org/10.1037/bul0000325>
- Calatayud, E., Subiron-Valera, A. B., Marcén-Román, Y., Salavera, C., Andrade-Gómez, E., Rodríguez-Roca, B., y Gómez-Soria, I. (2023). Effects on Language and Verbal Fluency of a Cognitive Stimulation Program in Older Adults: Randomized Controlled Trial. *Sustainability*, 15(3), 2533. <https://doi.org/10.3390/su15032533>
- Calderón-Rubio, E., Uréndez-Serrano, P., Martínez-Nicolás, A., y Tirapu-Ustárroz. (2022). Reserva cognitiva. Propuesta de una nueva hipótesis conceptual. *Revista de Neurología*, 75(6), 137-142. <https://doi.org/10.33588/rn.7506.2022204>
- Calvo-Merino, B. (2008). Modelos teóricos y neuropsicología de las praxias. En J. Tirapu Ustárroz, M. Ríos Lago y F. Maestú Unturbe, *Manual de Neuropsicología* (págs. 123-147). Viguera Editores.
- Camberg, L., Woods, P., Ooi, W. L., Hurley, A., Volicer, L., Ashley, J., Odenheimer, G., y McIntyre, K. (1999). Evaluation of simulated presence: a personalized approach to enhance well-being in persons with Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(4), 446-452. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1999.tb07237.x>
- Cameron, M. H., Lomergam, E., y Lee, H. (2003). Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) for dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003(3), Article

- CD004032. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004032>
- Cammisuli, D. M., Cipriani, G., Giusti, E. M., y Castelnuovo, G. (2022). Effects of reminiscence therapy on cognition, depression and quality of life in elderly people with Alzheimer's disease: a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Clinical Medicine*, 11(19), 5752. <https://doi.org/10.3390/jcm11195752>
- Cañas Lucendo, M., Perea Bartolomé, M. V., y Ladera Fernández, V. (2022). Memoria de trabajo, control inhibitorio y flexibilidad cognitiva en pacientes con diferentes grados de severidad en la Enfermedad de Alzheimer. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 14(2), 49-63. <https://doi.org/10.32348/1852.4206.v14.n2.30675>
- Cappeliez, P. (2021). Not so simple after all.... *International Psychogeriatrics*, 33(6), 531–533. <https://doi.org/10.1017/S1041610220000460>
- Cappeliez, P., y O'Rourke (2006). Empirical validation of a model of reminiscence and health in later life. *Journal of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(4), 237-244. <https://doi.org/10.1093/geronb/61.4.p237>
- Cappeliez, P., O'Rourke, N., y Chaudhury, H. (2005). Functions of reminiscence and mental health in later life. *Aging & Mental Health*, 9(4), 295-301. <https://doi.org/10.1080/13607860500131427>
- Carcelén-Fraile, M. D. C., Llera-DelaTorre, A., M., Aibar-Almazán, A., Afanador-Restrepo, D. F., Baena-Marín, M., Hita-Contreras, F., Brandão-Loureiro, V., Carcía-Garro, P. A., y Castellote-Caballero, Y. (2022). Cognitive stimulation as alternative treatment to improve psychological disorders in patients with mild cognitive impairment. *Journal of Clinical Medicine*, 11(14), 3947. <https://doi.org/10.3390/jcm11143947>
- Carmona-Abellán, M. M., Luquin, M. R., Lamet, I., Pujol Giménez, N., Esteve-Belloch, P., y Rivero, M. (2015). Perfil neuropsicológico de la degeneración lobar frontotemporal.

Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 38(1), 79-92. <https://doi.org/10.4321/S1137-66272015000100009>

Casado, I., y Calatayud, T. (2009). Epidemiología y factores de riesgo. En J. L. Molinuevo y J. Peña-Casanova (Eds.), *Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología n° 8. Guía oficial para la práctica clínica en demencias: conceptos criterios y recomendaciones*. (págs. 1-8). Thomson Reuters.

Chalfont, G., Milligan, C., y Simpson, J. (2020). A mixed methods systematic review of multimodal non-pharmacological interventions to improve cognition for people with dementia. *Dementia*, 19(4), 1086-1130. <https://doi.org/10.1177/1471301218795289>

Chan, A. T. C., Ip, R. T. F., Tran, J. Y. S., Chan, J. Y. C., y Tsoi, K. K. F. (2024). Computerized cognitive training for memory functions in mild cognitive impairment or dementia: a systematic review and meta-analysis. *NPJ Digital Medicine*, 7(1), Article 1. <https://doi.org/10.1038/s41746-023-00987-5>

Chang, S. J., Lee, J., An, H., Hong, W.-H., y Lee, J. Y. (2021). Animal-assisted therapy as an intervention for older adults: a systematic review and meta-analysis to guide evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 18(1), 60-67. <https://doi.org/10.1111/wvn.12484>

Chantanachai, T., Sturnieks, D. L., Lord, S. R., Close, J. C. T., Kurrle, S. E., Delbaere, K., Payne, N., Savage, R., y Taylor, M. E. (2024). Effect of cognitive training on cognitive function in community-dwelling older people with mild-to-moderate dementia: A single-blind randomised controlled trial. *Australasian Journal on Ageing*, 10.1111/ajag.13283. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/ajag.13283>

Chapko D., McComarek, R., Black, C., Staff, R., y Murray, A. (2018). Life-course determinants of cognitive reserve (CR) in cognitive aging and dementia – a systematic literature

- hr/>
- review. *Aging & Mental Health*, 22(8), 921-932.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1348471>
- Chatterjee, S., Peters, S. A., Woodward, M., Mejia Arango, S., Batty, G. D., Beckett, N., Beiser, A., Borenstein, A. R., Crane, P. K., Haan, M., Hassing, L. B., Hayden, K. M., Kiyohara, Y., Larson, E. B., Li, C. Y., Ninomiya, T., Ohara, T., Peters, R., Russ, T. C., Seshadri, S.,... Huxley, R. R. (2016) Type 2 diabetes as a risk factor for dementia in women compared with men: a pooled analysis of 2·3 million people comprising more than 100,000 cases of dementia. *Dementia Care*, 39(2), 300-307.
<https://doi.org/10.2337/dc15-1588>
- Chen, H., Wang, Y., Zhang, M., Wang, N., Li, Y., y Liu, Y. (2022). Effects of animal-assisted therapy on patients with dementia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychiatry Research*, 314, 114619.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114619>
- Chiu, H. L., Chan, P. T., Kao, C. C., Chu, H., Chang, P. C., Hsiao, S. S., Liu, D., Chang, W. C., y Chou, K. R. (2018). Effectiveness of executive function training on mental set shifting, working memory and inhibition in healthy older adults: A double-blind randomized controlled trials. *Journal of advanced nursing*, 74(5), 1099–1113.
<https://doi.org/10.1111/jan.13519>
- Choi, D., Choi, S., y Park, S. M. (2018). Effect of smoking cessation on the risk of dementia: a longitudinal study. *Annals of Clinical and Translational Neurology*, 5(10), 1192-1199.
<https://doi.org/10.1002/acn3.633>
- Chung, J. C. C., y Lai, C. K. Y. (2002). Snoezelen for dementia (review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002(4), Article CD003152.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003152>

- Ciafone, J., Little, B., Thomas, A. J., y Gallagher, P. (2020). The neuropsychological profile of mild cognitive impairment in Lewy body dementias. *Journal of International Neuropsychological Society*, 26(2), 210-225
<https://doi.org/10.1017/S1355617719001103>
- Ciafone, J., Thomas, A., Durcan, R., Donaghy, P. C., Hamilton, C. A., Lawley, S., Roberts, G., Collby, S., Firbank, M. J., Allan, L., Petrides, G., Taylor, J.-P., O'Brien, J. T., y Gallagher, P. (2022). Neuropsychological impairments and their cognitive architecture in mild cognitive impairment (MCI) with Lewy bodies and MCI-Alzheimer's Disease. *Journal of International Neuropsychological Society*, 28(9), 963-973.
<https://doi.org/10.1017/S1355617721001181>
- Cipriani, C., Lucetti, C., Carlesi, C., Danti, S., y Nuti, A. (2015). Depression and dementia. A Review. *European Geriatric Medicine*, 6(5), 479-486.
<https://doi.org/10.1016/j.eurger.2015.07.010>
- Clare, L. (2003). Rehabilitation for people with dementia. En B. A. Wilson (Ed.), *Neuropsychological Rehabilitation. Theory and Practice*. (págs.197-215). Psychology Press.
- Clare, L., y Woods, R. T. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 14(4), 385-401. <https://doi.org/10.1080/09602010443000074>
- Confederación Española de Alzheimer (2015). *Costes de atención y posibilidades de financiación en el cuidado de personas con Enfermedad de Alzheimer*. CEAFA.
- Cody, S. L., Fazeli, P., y Vance, D. E. (2015). Feasibility of a Home-based Speed of Processing Training Program in a Middle-Aged and Older Adults with HIV. *The Journal of neuroscience nursing: journal of the American Association of Neuroscience Nurses*,

- 47(4), 247-254. <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000147>
- Corbo, I., y Casagrande, M. (2022). Higher-Level Executive Functions in Healthy Elderly and Mild Cognitive Impairment: A Systematic Review. *Journal of clinical medicine*, 11(5), 1204. <https://doi.org/10.3390/jcm11051204>
- Corriveau-Lecavalier, N., Machulda, M. M., Botha, H., Graff-Radford, J., Knopman, D. S., Lowe, V. J., Fields, J. A., Stricker, N. H., Boeve, B. F., Jack Jr., C. R., Petersen, R. C., y Jones, D. T. (2022). Phenotypic subtypes of pregressive dysexecutive síndrome due to Alzheimer's disease: a series of clinical cases. *Journal of Neurology*, 269, 4110-4128. <https://doi.org/10.1007/s00415-022-11025-x>
- Cortés Sotres, J. F., Galindo Villa Molina, G., y Salvador Cruz, J. (1996). La figura compleja de Rey propiedades psicométricas. *Salud mental*, 19(3), 42-48.
- Cotelli, M., Manenti, R., y Zanetti, O. (2012). Reminiscence therapy in dementia: a review. *Maturitas*, 72(3), 203-205. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.04.008>
- Cowl, A. L., y Gaugler, J. E. (2014). Efficacy of creative arts therapy in treatment of Alzheimer's disease and dementia: a systematic literatura review. *Activities, Adaptation & Aging*, 38(4), 281-330. <https://doi.org/10.1080/01924788.2014.966547>
- Crutch, S. J, Lehmann, M., Schott, J. M., Rabinovici, G. D., Rossor, M. N., y Fox, N. C. (2012). Posterior cortical atrophy. *Lancet Neurology*, 11(2), 170-178. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(11\)70289-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(11)70289-7)
- Custodio, N., Montesinos, R., Lira, D., Herrera-Pérez, E., Bardales, Y., y Valeriano-Lorenzo, L. (2017). Mixed dementia. A review of the evidence. *Dementia & Neuropsychologia*, 11(4), 364-370. <https://doi.org/10.1590/1980-57642016dn11-040005>
- Damasio, A. R., Tranel, D., y Damasio, H. (1991). Somatic markers and the guidance of

- behavior: theory and preliminary testing. En H. S. Levin, H. M. Eisenberg y A. L. Benton (Eds.), *Frontal lobe function and dysfunction*. (págs. 219-229). Oxford University Press.
- Davis, S. W., Dennis, N. A., Daselaar, S. M., Fleck, M.S., y Cabeza, R. (2008). Qué PASA? The Posterior-Anterior Shift in Aging. *Cerebral Cortex*, 18(5), 1201-1209. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhm155>
- De Noreña, D., y Maestú, F. (2008). Neuropsicología de la memoria. En J. Tirapu Ustárroz, M. Ríos Lago y F. Maestú Unturbe, *Manual de Neuropsicología* (págs. 189-217). Viguera Editores.
- Dew, I. T. Z., Buchler, N., Dobbins, I. G., y Cabeza, R. (2012). Where is ELSA? The Early to Late Shift in Aging. *Cerebral Cortex*, 22(11), 2542-2553. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhr334>
- Díaz Baquero, A. A., Dröes, R.-M., Perea Bartolomé, M. V., Irazoki, E., Toribio-Guzmán, J. M., Franco-Martín, M. A., y van der Roest, H. (2021). Methodological designs applied in the development of computer-based training programs for the cognitive rehabilitation in people with mild cognitive impairment (MCI) and mild dementia. Systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, 10(6), 1222. <https://doi.org/10.3390/jcm10061222>
- Díaz Baquero, A. A., Franco-Martín, M. A., Parra Vidales, E., Toribio-Guzmán, J. M., Bueno-Aguado, Y., Martínez Abad, F., Perea Bartolomé, M. V., Asl, A. M., y van der Roest, H. G. (2022). The Effectiveness of GRADIOR: A Neuropsychological Rehabilitation Program for People with Mild Cognitive Impairment and Mild Dementia. Results of a Randomized Controlled Trial After 4 and 12 Months of Treatment. *Journal of Alzheimer's Disease: JAD*, 86(2), 711–727. <https://doi.org/10.3233/JAD-215350>
- Díaz, D., Stavradi, M., Blanco, A., y Gandarillas, B. (2015). The eudaimonic component of

- satisfaction with life and psychological well-being in Spanish cultures. *Psicothema*, 27(3), 247-253. <https://doi.org/10.7334/psicothema2015.5>
- Díaz, F., y Pereiro, A. X. (2018). Neurociencia cognitiva del envejecimiento. Aportaciones y retos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 53(2), 100-104. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.07.002>
- Dichter, M. N., Reuther, S., Trutschel, D., Köpke, S., y Halek, M. (2019). Organizational interventions for promoting person-centred care for people with dementia (protocol). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. Article CD013375. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013375>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., y Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>
- Dobato, J. L. (2018a). Degeneración corticobasal. En M. S. Manzano, J. Fortea, A. Villarejo y R. Sánchez del Valle (Coords.), *Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología. 5. Guía Oficial de Práctica Clínica en Demencia*. (págs. 125-128). Ediciones SEN.
- Dobato, J. L. (2018b). Parálisis supranuclear progresiva. En M. S. Manzano, J. Fortea, A. Villarejo y R. Sánchez del Valle (Coords.), *Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología. 5. Guía Oficial de Práctica Clínica en Demencia*. (págs. 129-135). Ediciones SEN.
- Doménech, S., Rojano i Luque, X., Sánchez-Martínez, I., Fernández, I., Solé, M., Palacios, F.,

- Alsina, M., y Heras, E. (2023). Comparación de los libros de historia de vida digitales y convencionales sobre el estado de ánimo, la comunicación, la cognición y la calidad de vida en personas con demencia en residencias: un estudio piloto. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 58, 141-147. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2023.04.005>
- Dubois, B., Slachevsky, A., Litvan, I., y Pillon, B. (2000). The FAB: A Frontal Assessment Battery at bedside. *Neurology*, 55(11), 1621-1626. <https://doi.org/10.1212/wnl.55.11.1621>
- Duke, L. M., y Kaszniak, A. W. (2000). Executive control functions in degenerative dementias: a comparative review. *Neuropsychology Review*, 10(2), 75-99. <https://doi.org/10.1023/a:1009096603879>
- Duru Aşiret, G., y Kapucu, S. (2016). The Effect of Reminiscence Therapy on Cognition, Depression, and Activities of Daily Living for Patients with Alzheimer Disease. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 29(1), 31–37. <https://doi.org/10.1177/0891988715598233>
- Dyer, S. M., Harrison, S. L., Laver, K., Whitehead, C., y Crotty, M. (2018). An overview of systematic reviews of pharmacological and non-pharmacological interventions for the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia. *International Psychogeriatrics*, 30(3), 295-309. <https://doi.org/10.1017/S1041610217002344>
- Elderkin-Thompson, V., Boone, K. B., Hwang, S., y Kumar, A. (2004). Neurocognitive profiles in elderly patients with frontotemporal degeneration or major depressive disorder. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 10(5), 753-771. <https://doi.org/10.1017/S1355617704105067>
- Emblad, S. Y. M., y Mukaetova-Ladinska, E. B. (2021). Creative art therapy as a non-pharmacological intervention for dementia: a systematic review. *Journal of Alzheimer's*

- Disease Reports*, 5(1), 353-364. <https://doi.org/10.3233/ADR-201002>
- Fazio, S., Pace, D., Flinner, J., y Kallmyer, B. (2018). The fundamentals of person-centred care for individuals with dementia. *The Gerontologist*, 58(1), 10-19. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx122>
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). Positive ageing: objective, subjective, and combined outcomes. *Sensoria: A Journal of Applied Psychology*, 7(1), 22-30. <https://doi.org/10.7790/ejap.v7i1.238>
- 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 Neurológica Argentina*, 27(2), 83-88.
- Fiest, K. M., Jetté, N., Roberts, J. I., Maxwell, C.J., Smith, E. E., Black, S. E., Blaikie, L., Cohen, A., Day, L., Holroyd-Leduc, J., Kirk, A., Pearson, D., Pringsheim, T., Venegas-Torres, A., y Hogan, D. B., (2016). The prevalence and incidence of dementia: a systematic review and meta-analysis. *The Canadian Journal of Neurological Sciences*, 43(1), S3-S50. <https://doi.org/10.1017/cjn.2016.18>
- Fillat Delgado, Y. (2020). *Censo de las Personas con Alzheimer y otras Demencias en España. Fundamentación, metodología, datos disponibles, herramientas, aprendizajes y propuestas*. Recuperado de <https://www.ceafa.es/files/2020/12/censo-alz.pdf>
- Fisk, J. E., y Sharp, C. A. (2004). Age-related impairment in executive functioning: updating, inhibitory, shifting and access. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 26(7), 874-890. <https://doi.org/10.1080/13803390490510680>
- Flicker, C., Ferris, S. H., y Reisberg, B. (1991). Mild cognitive impairment in the elderly: predictions of dementia. *Neurology*, 41(7), 1006-1009. <https://doi.org/10.1212/wnl.41.7.1006>

- Folstein, M. F., Folstein, S. E., y McHugh, P. R. (1975). Mini-mental State: A practical method of grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Forbes, D., Blake, C. M., Thiessen, E. J., Peacock, S., y Hawranik, P. (2014). Light therapy for improving cognition, activities of daily living, sleep, challenging behaviour, and psychiatric disturbances in dementia (review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(2), Article CD003946. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003946.pub4>
- Forbes, D., Forbes, S. C., Blake, C.M., Thiessen, E. J., y Forbes, S. (2015). Exercise programs for people with dementia (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(4), Article CD006489. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006489.pub4>
- Frances, I., Barandiarán, M., Marcellán, T., y Moreno, L. (2003). Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 26, 405-422.
- García-Morales, P., Gich-Fullà, J., Guardia-Olmos, J., y Peña-Casanova, J. (1998). Series de dígitos, series automáticas y orientación: normas ampliadas del Test Barcelona. *Neurología*, 13(6), 271-276.
- Gates, N. J., Vernooij, R. W. M., Di Nisio, M., Karim, S., March, E., Martínez, G., y Rutjes, A. W. S. (2019). Computerised cognitive training for preventing dementia in people with mild cognitive impairment. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3), Article CD012279. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012279.pub2>
- Gifford, D. R., y Cummings, J. L. (1999). Evaluating dementia screening tests: methodologic standards to rate their performance. *Neurology*, 52(2), 224-227. <https://doi.org/10.1212/wnl.52.2.224>

- Godefroy, O., Martinaud, O., Narme, P., Joseph, P.-A., Mosca, C., Lhomée, E., Meulemans, T., Czernecki, V., Bertola, C., Labauge, P., Verny, M., Bellmann, A., Azouvi, P., Bindschaedler, C., Bretault, E., Boutoleau-Bretonniere, C., Robert, P., Lenoir, H., Krier, M., Roussel, M., y GREFEX Study Group. (2018). Dysexecutive disorders and their diagnosis: a position paper. *Cortex*, 109, 322-335.
<https://doi.org/10.1016/j.cortex.2018.09.026>
- Godefroy, O., Martinaud, O., Verny, M., Mosca, C., Lenoir, H., Bretault, E., Roussel, M., y GREFEX Study Group. (2014). The dysexecutive síndrome of Alzheimer's disease: the GREFEX study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 42(4), 1203-1208.
<https://doi.org/10.3233/JAD-140585>
- Golden, C. J. (1978). *Stroop Color and Word Test. A manual for clinical and experimental uses*. Wood Dale, Illinois: Stoeling Co.
- Goldman-Rakic, M. D. (1984). The frontal lobes: uncharted provinces of the brain. *Trends in Neuroscience*, 7, 425-429.
- Gómez-Beldarrain, M., y Tirapu-Ustárriz, J. (2012). Neuropsicología de la corteza prefrontal y funciones ejecutivas: una visión panorámica. En J. Tirapu Ustárriz, A. García Molina, M. Ríos Lago y A. Ardila Ardila, *Neuropsicología de la corteza prefrontal y las funciones ejecutivas*. (1-18). Viguera Editores.
- Gómez-Soria, I., Ferreira, C., Oliván-Blázquez, B., Aguilar-Latorre, A., y Calatayud, E. (2023b). Effects of cognitive stimulation program on cognition and mood in older adults, stratified by cognitive levels: A randomized controlled trial. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 110, Article 104984.
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2023.104984>
- Gómez-Soria, I., Iguacel, I., Aguilar-Latorre, A., Peralta-Marrupe, Latorre, E., Cuenca

- Zaldívar, J. C., y Calatayud, E. (2023a). Cognitive stimulation and cognitive results in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 104, Article 104807. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104807>
- Gómez-Soria, I., Peralta-Marrupe, P., y Plo, F. (2020). Cognitive stimulation program in mild cognitive impairment A randomized controled trial. *Dementia & Neuropsychologia*, 14(2), 110-117. <https://doi.org/10.1590/1980-57642020dn14-020003>
- González-Gómez, R., Rodríguez-Villagra, O. A., Schulte, M., Torralva, T., Ibáñez, A., Huepe, D., y Fittipaldi, S. (2021). Neurocognitive factorial structure of executive functions: evidence from neurotypicals and frontotemporal dementia. *Cortex*, 145, 79-96. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2021.08.015>
- González, J., Mayordomo, T., Torres, M., Sales, A., y Meléndez, J. C. (2015). Reminiscence and dementia: a therapeutic intervention. *International Psychogeriatrics*, 27(10), 1731-1737. <https://doi.org/10.1017/S1041610215000344>
- González Moreno, J. (2020) *Programa de Estimulación Cognitiva de la Memoria, Atención y FFEE en personas con demencia* (Tesis Doctoral). Universitat de València.
- González, M. T., y Kirkevold, M. (2014). Benefits of sensory garden and horticultural activities in dementia care: a modified scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19-20), 2698-2715. <https://doi.org/10.1111/jocn.12388>
- González-Moreno, J., Satorres, E., Soria-Urios, G., y Meléndez, J. C. (2022a). Cognitive stimulation program presented through new technologies in a group of people with moderate cognitive impairment. *Journal of Alzheimer's Disease*, 88(2), 513-519. <https://doi.org/10.3233/JAD-220245>
- Gonzalez-Moreno, J., Satorres, E., Soria-Urios, G., y Meléndez, J. C. (2022b). Cognitive Stimulation in Moderate Alzheimer's Disease. *Journal of Applied Gerontology: the*

- official journal of the Southern Gerontological Society*, 41(8), 1934–1941.
<https://doi.org/10.1177/07334648221089283>
- González Palau, F., Buonanotte, F., y Cáceres M. M. (2015). Del deterioro cognitivo leve al trastorno neurocognitivo menor: avances en torno al constructo. *Neurología Argentina*, 7(1), 51-58. <https://dx.doi.org/10.1016./j.neuarg.2014.08.004>
- González Viéitez, G. (2019). Relación entre recuerdo demorado en la Figura Compleja de Rey-Osterrieth y funcionamiento ejecutivo. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 9(1), 5-18. <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v9i1.312>
- Gorno-Tempini, M. L., Hillis, A. E., Weintraub, S., Kertesz, A., Mendez, M., Cappa, S. F., Ogar, J. M., Rohrer, J. D., Black, S., Boeve, B. F., Manes, F., Dronkers, N. F., Vandenberghe, R., Rascovsky, K., Patterson, K., Miller, B. L., Knopman, D. S., Hodges, J. R., Mesulam, M. M., y Grossman, M. (2011). Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology*, 15(11), 1006-1014.
<https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e31821103e6>
- Gotanda, H., Tsugawa, Y. Xu, H., y Reuben, D. B. (2023). Life satisfaction among persons living with dementia and those without dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 71(4), 1105-1116. <https://doi.org/10.1111/jgs.18174>
- Göthlin, M., Echerström, M., Lindwall, M., Rolstad, S., Echerström, C., Jonsson, M., Kettunen, P., Svenson, J., y Wallin, A. (2020). Latent Cognitive Profiles Differ Between Incipient Alzheimer's Disease and Dementia with Subcortical Vascular Lesions in a Memory Clinic Population. *Journal of Alzheimer's Disease*, 73, 955-966.
<https://doi.org/10.3233/JAD-190515>
- Grady, C. (2012). The Cognitive Neuroscience of Ageing. *Nature Reviews Neuroscience*, 13, 491-505. <https://doi.org/10.1038/nrn3256>.

- Grady, C. L., Protzner, A. B., Kovacevic, N., Strother, S. C., Afshin-Pour, B., Wojtowicz, M., Anderson, J. A. E., Churchill, N., y McIntosh, A. R. (2010). A multivariate analysis of age-related differences in default mode and task-positive networks across multiple cognitive domains. *Cerebral Cortex*, 20(6), 1432-1447.
<https://doi.org/10.1093/cercor/bhp207>
- Gramunt-Fombuena, N., Cejudo-Bolívar, J. C., Serra-Mayoral, A., Guardia-Olmos, J., y Peña-Casanova, J. (1998). Capacidades abstractas: normas ampliadas del Test Barcelona. *Neurología*, 13(6), 277-286.
- Grandi, F., y Tirapu Ustárriz, J. (2017). Neurociencia cognitiva del envejecimiento: modelos explicativos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 52(6), 326-331.
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.02.005>
- Groot, C., Hooghiemstra, A. M., Raijmakers, P. G. H. M., van Berckel, B. N. M., Scheltens, P., Scherder, E. J. A., van der Flier, W. M., y Ossenkoppele, R. (2015). The effect of physical activity on cognitive function in patients with dementia: A meta-analysis of randomized control trials. *Ageing Research Reviews*, 25, 13-23.
<https://doi.org/10.1016/j.arr.2015.11.005>
- Guetin, S., Charras, K., Berard, A., Arbus, C., Berthelon, P., Blanc, F., Blayac, J.-P., Bonte, F., Bouceffa, J.-P., Clement, S., Ducourneau, G., Gzil, F., Laeng, N., Lecourt, E., Ledoux, S., Platel, H., Thomas-Anterion, C., Touchon, J., Vrait, F.-X., y Leger, J.-M. (2013). An overview of the use of music therapy in the context of Alzheimer's disease: a report of a french expert group. *Dementia*, 12(5), 619-634.
<https://doi.org/10.1177/1471301212438290>
- Hachinski, V., Iadecola, C., Petersen, R. C., Breteler, M. M., Nyenhuis, D. L., Black, S. E., Powers, W. J., DeCarli, C., Merino, J. G., Kalaria, R. N., Vinters, H. V., Holtzman, D.

- M., Rosenberg, G. A., Wallin, A., Dichgans, M., Marler, J. R., y Leblanc, G. G. (2006). National Institute of Neurological Disorders and Stroke-Canadian Stroke Network vascular cognitive impairment harmonization standards. *Stroke*, 37, 2220-2241. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000237236.88823.47>
- Havighurst, R. (1961). Successful aging. *The Gerontologist*, 1(1), 8-13. <https://doi.org/10.1093/geront/1.1.8>
- Hemminghyth, M. S., Chwyszczuk, L. J., Rongve, A., y Breivte, M. H. (2020). The cognitive profile of mild cognitive impairment due to dementia with Lewy bodies – An updated review. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 12: Article 597579. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2020.597579>
- Henson, R. N., Shallice, T., y Dolan, R. J. (1999). Right prefrontal cortex and episodic memory retrieval: a functional MRI test of the monitoring hypothesis. *Brain*, 122(7), 1367-1381. <https://doi.org/10.1093/brain/122.7.1367>
- Hillecke, T., Nickel, A., y Volker Bolay, H. (2005). Scientific perspectives on music therapy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1060(1), 271-282. <https://doi.org/10.1196/annals.1360.020>
- Höglinger, G. U., Respondek, G., Stamelou, M., Kurz, C., Josephs, K. A., Lang, A. E., Mollenhauer, B., Müller, U., Nilsson, C., Whitwell, J. L., Arzberger, T., Englund, E., Gelpi, E., Giese, A., Irwin, D., Meissner, W. G., Pantelyat, A., Rajput, A., van Swieten, J.,... Movement Disorder Society-endorsed PSP Study Group (2017). Clinical diagnosis of progressive supranuclear palsy: the movement disorder society criteria. *Movement Disorders*, 32(6), 853-864. <https://doi.org/10.1002/mds.26987>
- Huang, H.-C., Chen, Y.-T., Chen, P.-Y., Huey-Lan Hu, S., Liu, F., Kuo, Y.-L., y Chiu, H.-Y. (2015). Reminiscence therapy improves cognitive functions and reduces depressive

- symptoms in elderly people with dementia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(12), 1087-1094.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.07.010>
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., van Weel, C., y Smid, H. (2011). How should we define health?. *BMJ (Clinical research ed.)*, 343, Article d4163.
<https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Hurtado-Pomares, M., Terol-Cantero, M. C., Sánchez-Pérez, A., Leiva-Santana, C., Peral-Gómez, P., Valera-Gran, D., y Navarrete-Muñoz, E. M. (2018). Measuring executive dysfunction in Parkinson's disease: Reliability and validity of the Spanish version of Frontal Assessment Battery (FAB-E). *PloS One*, 13(11), Article e0207698.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207698>
- Hyer, L., Scott, C., Atkinson, M. M., Mullen, C. M., Lee, A., Johnson, A., y McKenzie, L. C. (2016). Cognitive Training Program to Improve Working Memory in Older Adults with MCI. *Clinical Gerontologist*, 39(5), 410-427.
<https://doi.org/10.1080/07317115.2015.1120257>
- Iadecola, C., Duering, M., Hachinski, V., Joutel, A., Pendlebury, S. T., Schneider, J. A., y Dichgans, M. (2019). Vascular cognitive impairment and dementia: JACC Scientific Expert Panel. *Journal of the American College of Cardiology*, 73(25), 3326-3344.
<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.04.034>
- IBM Corp. (2022). IBM SPSS Statistics para Windows (Versión 29.0). [Software]. IBM Corp.
- Iñesta, C., Oltra-Cucarella, J., Bonete-López, B., Calderón-Rubio, E., y Sitges-Maciá, E. (2021). Regression-based normative data for independent and cognitively active spanish older adults: digit span, letters and numbers, trail making test and symbol digit

- modalities test. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), 9958. <https://doi.org/10.3390/ijerph18199958>
- Irazoki, E., Contreras-Somoza, L. M., Toribio-Guzmán, J. M., Jenaro-Río, C., van der Roest, H., y Franco-Martín, M. A. (2020). Technologies for cognitive training and cognitive rehabilitation for people with mild cognitive impairment and dementia. A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 11, Article 648. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00648>
- Irazoki, E., García-Casal, J. A., Sánchez-Meca, J., y Franco-Martín, M. (2017). Eficacia de la terapia de reminiscencia grupal en personas con demencia. Revisión sistemática y metaanálisis. *Revista de Neurología*, 65, 447-456. <https://doi.org/10.33588/rn.6510.2017381>
- Ismail, Z., Elbayoumi, H., Fischer, C. E., Hogan, D. B., Millikin, C. P., Schweizer, T., Mortby, M. E., Smith, E. E., Patten, S. B., y Fiest, K. M. (2017). Prevalence of Depression in Patients with Mild Cognitive Impairment: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74(1), 58-67. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3162>
- Ito, E., Nouchi, R., Dinet, J., Cheng, C.-H., y Husebø, B. S. (2022). The effect of music-based intervention on general cognitive and executive functions, and episodic memory in people with mild cognitive impairment and dementia: a systematic review and meta-analysis of recent randomized controlled trials. *Healthcare*, 10(8), 1462. <https://doi.org/10.3390/healthcare10081462>
- Jack, C. R., Bennet, D. A., Blennow, K., Carrillo, M. C., Dunn, B., Budd Haeberlein, S., Holtzman, D. M., Jagust, W., Jessen, F., Karlawish, J., Liu, E., Molinuevo, J. L., Montine, T., Phelps, C., Rankin, K. P., Rowe, C. C., Scheltens, P., Siemers, E., Snyder, H. M., y Sperling, R. (2018). NIA-AA research framework: toward a biological

- definition of Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 14(4), 535-562.
<https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.02.018>
- Janeiro, M. H., Ardanaz, C. G., Sola-Sevilla, N., Dong, J., Cortés-Erice, M., Solas, M., Puerta, E., y Ramírez, M. J. (2021). Biomarcadores de la enfermedad de Alzheimer. *Advances in Laboratory Medicine*, 2(1), 39-50. <https://doi.org/10.1515/almed-2020-0109>
- Jefferson, A. L., Paul, R. H., Ozonoff, A., y Cohen, R. A. (2006). Evaluating elements of executive functioning as predictors of instrumental activities of daily living (IADLs). *Archives of Clinical Neuropsychology: The Official Journal of the National Academy of Neuropsychologists*, 21(4), 311-320. <https://doi.org/10.1016/j.acn.2006.03.007>
- Johnen, A., y Bertoux, M. (2019). Psychological and cognitive markers of behavioral variant frontotemporal dementia – A clinical neuropsychologist's view on diagnostic criteria and beyond. *Frontiers in Neurology*, 10, 594. <https://doi.org/10.3389/fneur.2019.00594>
- Johns, E. K., Phillips, N. A., Belleville, S., Goupil, D., Babins, L., Kelner, N., Ska, B., Gilbert, B., Inglis, G., Panisset, M., de Boysson, C., y Chertkow, H. (2009). Executive functions in frontotemporal dementia and Lewy body dementia. *Neuropsychology*, 23(6), 765-777.
<https://doi.org/10.1037/a0016792>
- Jordan, C., Lawlor, B., y Loughrey, D. (2022). A systematic review of music interventions for the cognitive and behavioural symptoms of mild cognitive impairment (non-dementia). *Journal of Psychiatric Research*, 151, 382-390.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.04.028>
- Juárez-Cedillo, T., Gutiérrez-Gutiérrez, L., Sánchez-Hurtado, L. A., Martínez-Rodríguez, N., y Juárez-Cedillo, E. (2020). Randomized Controlled Trial of Multi-Component Cognitive Stimulation Therapy (SADEM) in Community-Dwelling Demented Adults. *Journal of Alzheimer's disease: JAD*, 78(3), 1033–1045. <https://doi.org/10.3233/JAD-200574>

- Justo-Henriques, S. I., Carvalho, J. O., Pérez-Sáez, E., Neves, H., Parola, V., y Alves-Apóstolo, J. L. (2022). Ensayo aleatorio de terapia de reminiscencia individual para adultos mayores con deterioro cognitivo: un análisis de respuesta de tres meses. *Revista de Neurología*, 74(4), 107-116. <https://doi.org/10.33588/rn.7404.2021322>
- Justo-Henriques, S. I., Pérez-Sáez, E., y Alves-Apóstolo, J. L. (2020). Individual intervention protocol based on reminiscence therapy for older people with neurocognitive disorders. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), Article e20043. <https://doi.org/10.12707/rv20043>
- Kales, H. C., Gitlin, L. N., Lyketsos, G. L., y Detroit Expert Panel of Assessment and Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia (2014). Management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings: recommendations from a multidisciplinary expert panel. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(4), 762-769. <https://doi.org/10.1111/jgs.12730>
- Karimi, H., Dolatshahee, B., Momeni, K., Khodabakhshi, A., Rezaei, M., y Kamrani, A. A. (2010). Effectiveness of integrative and instrumental reminiscence therapies on depression symptoms reduction in institutionalized older adults: an empirical study. *Aging & Mental Health*, 14(7), 881–887. <https://doi.org/10.1080/13607861003801037>
- Karkou, V., y Meekums, B. (2017). Dance movement therapy for dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(2), Article CD011022. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011022.pub2>
- Kemp, J., Philippi, N., Philipps, C., Demuynck, C., Albasser, T., Martin-Hunyadi, C., Schmidt-Mutter, C., Cretin, B., y Blanc, F. (2017). Cognitive profile in prodromal dementia with Lewy bodies. *Alzheimer's Research & Therapy*, 9(19). <https://doi.org/10.1186/s13195-017-0242-1>

- Kim, K., Choe, K., y Lee, K. (2020). Depression, loneliness, social support, activities of daily living, and life satisfaction in older adults at high-risk of dementia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9448. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249448>
- Kim, K., Han, J. W., So, Y., Seo, J., Kim, Y. J., Park, J. H., Lee, S. B., Lee, J. J., Jeong, H.G., Kim, T. H., y Kim, K. W. (2017). Cognitive stimulation as a therapeutic modality for dementia: A meta-analysis. *Psychiatry Investigation*, 14(5), 626-639. <https://doi.org/10.4306/pi.2017.14.5.626>
- Kitwood, T. (1988). The technical, the personal, and the framing of dementia. *Social Behaviour*, 3(2), 161-179.
- Koelsch, S. (2009). A neuroscientific perspective on music therapy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1169, 374-384. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04592.x>
- Koren, M. J. (2010). Person-centered care for nursing home residents: the culture-change movement. *Health Affairs*, 29(2), 312-317. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0966>
- Kraus, C. A., Seignourel, P., Balasubramanyam, V., Snow, A. L., Wilson, N. L., Kunik, M. E., Schulz, P. E., y Stanley, M. A. (2008). Cognitive-behavioral treatment for anxiety in patients with dementia. Two case studies. *Journal of Psychiatric Practice*, 14(3), 186-192. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000320120.68928.e5>
- Kumiadi, N. E., Suchy, Y., y Niermeyer, M. A. (2021). Branching condition of the color-word interferece test enhances predication of meta-tasking in community-dwelling older adults. *Journal of International Neuropsychological Society*, 27, 1004-1014. <https://doi.org/10.1017/S13555617720001381>
- Kuring, J. K., Mathias, J. L., y Ward, L. (2018). Prevalence of depression, anxiety and PTSD

- in people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychology Review*, 28(4), 393-416. <https://doi.org/10.1007/s11065-018-9396-2>
- Kurz, A. F., Leucht, S., y Lautenschlager, N. T. (2011). The clinical significance of cognition-focused interventions for cognitively impaired older adults: A systematic review of randomized controlled trials. *International Psychogeriatrics*, 23(9), 1364-1375. <https://doi.org/10.1017/S1041610211001001>
- Lai, N. M., Chang, S. M. W., Ng, S. S., Tan, S. L. Chaiyakunapruk, N., y Stanaway, F. (2019). Animal-assisted therapy for dementia (review). *The Cochrane Database of Systematic Review*, 2019(11), Article CD013243. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013243.pub2>
- Lam, B., Masellis, M., Freedman, M., Stuss, D. T., y Black, S. E. (2013). Clinical, imaging, and pathological heterogeneity of the Alzheimer's disease syndrome. *Alzheimer's Research & Therapy*, 5, 1-14. <https://doi.org/10.1186/alzrt155>
- Lamont, R. A., Nelis, S. M., Quinn, C., Martyr, A., Rippon, I., Kopelman, M. D., Hindle, J. V., Jones, R. W., Litherland, R., y Clare, L. (2020). Psychological predictors of “living well” with dementia: findings from the IDEAL study. *Aging & Mental Health*, 24(6), 956-964. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1566811>
- Lane, C. A., Hardy, J., y Schott, J. M. (2017). Alzheimer's Disease. *European Journal of Neurology*, 25(1), 59-70. <https://doi.org/10.1111/ene.13439>
- Latorre Postigo, J. M., y Montañés Rodríguez, J. (1997). Depresión en la vejez: evaluación, variables implicadas y relación con el deterioro cognitivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(3), 243-264. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.2.num.3.1997.3847>
- Lautenschlager, N.T., Cox, K., y Kurz, A. F. (2010). Physical activity and mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 10,

352-358. <https://doi.org/10.1007/s11910-010-0121-7>

Law, L. L. F., Barnett, F., Yau, M. K., y Gray, M. A. (2014). Effects of combined cognitive and exercise interventions on cognition in older adults with and without cognitive impairment: a systematic review. *Ageing Research Reviews*, 15, 61-75. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2014.02.008>

Legere, L. E., McNeil, S., Schindel Martin, L., Acorn, M., y An, D. (2018). Nonpharmacological approaches for behavioural and psychological symptoms of dementia in older adults: a systematic review of reviews. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7-8), 1360-1376. <https://doi.org/10.1111/jocn.14007>

Lezak, M. D. (1982). The problem of assessing executive functions. *International Journal of Psychology*, 17(1-4), 281-297. <https://doi.org/10.1080/00207598208247445>

Lezak, M. D., Howieson, D. B., Bigler, E. D., y Tranel, D. (2004). *Neuropsychological Assessment*. Oxford University Press.

Li, J., y Porock, D. (2014). Resident outcomes of person-centered care in long-term care: a narrative review of interventional research. *International Journal of Nursing Studies*, 51(10), 1395-1415. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.04.003>

Liao, M.-L., Ou, S.-J., Hsieh, C. H., Li, Z., y Ko, C.-C. (2020). Effects of garden visits on people with dementia: a pilot study. *Dementia*, 19(4), 1009-1028. <https://doi.org/10.1177/1471301218793319>

Lin, Y. C., Dai, Y. T., y Hwang, S. L. (2003). The effect of reminiscence on the elderly population: a systematic review. *Public Health Nursing*, 20(4), 297-306. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1446.2003.20407.x>

Lin, F., Heffner, K. L., Ren, P., Tivarus, M. E., Brasch, M., Chen, D.-G., Mapstone, M.,

- Porsteinsson, A. P., y Tadin D. (2016). Cognitive and neural effects of visión-based speed-of-processing training in older adults with amnesic mild cognitive impairment: a pilot study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(6), 1293-1298.
<https://doi.org/10.1111/jgs.14132>
- Litvan, I., Cummings, J. L., y Mega, M. (1998). Neuropsychiatric features of corticobasal degeneration. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 65(5), 717-721.
<https://doi.org/10.1136/jnnp.65.5.717>
- Liu, C. C., Liu, C. C., Kanekiyo, T, Xu, H., y Bu, G. (2013). Apolipoprotein E and Alzheimer disease: risk, mechanisms and therapy. *Naure Reviews Neurology*, 9,106-118.
<https://doi.org/10.1038/nrneurol.2012.263>
- Livingston G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C. Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H.C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., Orgeta, V.,... Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10248), 413-446.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
- Llinàs-Reglà, J., Vilalta-Franch, J., López-Pousa, S., Calvó-Perxas, L., Torrents Rodas, D., y Garre-Olmo, J. (2017). The Trail Making Test: Association with other neuropsychological measures and normative values for adults aged 55 years and older from a Spanish-speaking population-based sample. *Assessment*, 24(2), 183-196.
<https://doi.org/10.1177/1073191115602552>
- Lobo, A., Saz, P., y Marcos, G. (2002). *Adaptación de Examen Cognoscitivo Mini-Mental*. TEA Ediciones.
- Londos, E., Boschian, K., Lindén, A., Persson, C., Minthon, L., y Lexell, J. (2008). Effects of

- a goal-oriented rehabilitation program in mild cognitive impairment: a pilot study. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 23(2), 177–183.
<https://doi.org/10.1177/1533317507312622>
- Lopes, T. S., Afonso, R. M., y Ribeiro, Ó. M. (2016). A quasi-experimental study of a reminiscence program focused on autobiographical memory in institutionalized older adults with cognitive impairment. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 66, 183-192.
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.05.007>
- Lu, L.-C., Lan, S.-H., Hsieh, Y.-P., Yen, Y.-Y., Chen, J.-C., y Lan, S.-J. (2019). Horticultural therapy in patients with dementia: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 35, 1-11.
<https://doi.org/10.1177/1533317519883498>
- Luria, A. R., Pribram, K. H., y Homskaya, E. D. (1964). An experimental analysis of the behavioral disturbance produced by a left frontal arachnoidal endothelioma (meningioma). *Neuropsychologia*, 2(4), 257-280.
- Machado de Oliveira, L., Barcellos, I., Teive, H. A. G., y Munhoz, R. P. (2017). Cognitive dysfunction in corticobasal degeneration. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 78(8), 570-579. <https://doi.org/10.1590/0004-282X20170077>
- Makizako, H., Doi, T., Shimada, H., Yoshida, D., Takayama, Y., y Suzuki, T. (2013). Relationship between dual-task performance and neurocognitive measures in older adults with mild cognitive impairment. *Geriatrics & Gerontology International*, 13(2), 243-517. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2012.00898.x>
- Manzano, M. S., Bello, J., y Manso, R. (2018). Deterioro cognitivo vascular. Introducción. Epidemiología. Subtipos de deterioro cognitivo vascular. En M. S. Manzano, J. Fortea, A. Villarejo y R. Sánchez del Valle (Coords.), *Guías diagnósticas y terapéuticas de la*

- Sociedad Española de Neurología. 5. Guía Oficial de Práctica Clínica en Demencia.* (págs. 153-155). Ediciones SEN.
- Manzano, M. S., Fortea, J., Villarejo, A., y Sánchez del Valle, R. (2018). *Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología. 5. Guía Oficial de Práctica Clínica en Demencia.* Ediciones SEN.
- Marcos, A. (2018). Demencia con cuerpos de Lewy y demencia asociada a enfermedad de Parkinson. Exploraciones complementarias (neuropsicológicas, neuroimagen, neurofisiológicas, genéticas y biomarcadores). En M. S. Manzano, J. Fortea, A. Villarejo y R. Sánchez del Valle (Coords.), *Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología. 5. Guía Oficial de Práctica Clínica en Demencia.* (págs. 103-105). Ediciones SEN.
- Markowitsch, H. J., y Staniloiu, A. (2012). Amnesic disorders. *Lancet*, 380(9851), 1429-1440.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61304-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61304-4)
- Martín-García, A., Corregidor-Sánchez, A.-I., Fernández-Moreno, V., Alcántara-Porcuna, V., y Criado-Álvarez, J.-J. (2022). Effect of doll therapy in behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review. *Healthcare*, 10(3), 421.
<https://doi.org/10.3390/healthcare10030421>
- Martínez Rodríguez, M. T. (2012). *Entrenar la Memoria e Intervenir en Reminiscencias. Dos guías desde dos miradas.* Editorial Panamericana.
- Martyr, A., Nelis, S. M., Quinn, C., Wu, Y.-T., Lamont, R. A., Henderson, C., Clarke, R., Hindle, J. V., Thom, J. M., Jones, I. R., Morris, R. G., Rusted, J. M., Victor, C. R., y Clare, L. (2018). Living well with dementia: a systematic review and correlational meta-analysis of factors associated with quality of life, well-being and life satisfaction in people with dementia. *Psychological Medicine*, 48(13), 2130-2139.

<https://doi.org/10.1017/S0033291718000405>

- Mataró-Serrat, M., Pueyo-Benito, R., y Jurado-Luque, M. A. (2006). Rehabilitación de la atención. En J. C. Arango Lasprilla, *Rehabilitación Neuropsicológica*. (págs. 27-37). Editorial El Manual Moderno.
- Mateer, C. A. (1999). The rehabilitation of executive disorders. En D. T. Stuss, G. Winocur e I. Robertson (Eds.), *Cognitive Neurorehabilitation* (págs. 314-332). Cambridge University Press.
- Matías-Guiu Antem, J. (2018). Afasia progresiva primaria. En M. S. Manzano, J. Fortea, A. Villarejo y R. Sánchez del Valle (Coords.), *Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología. 5. Guía Oficial de Práctica Clínica en Demencia*. (págs. 121-124). Ediciones SEN.
- McCurry, S. M., Reynolds, C. F., Ancoli-Israel, S., Teri, L., y Vitiello, M. V. (2000). Treatment of sleep disturbance in Alzheimer's disease. *Sleep Medicine Reviews*, 4(6), 603-628. <https://doi.org/10.1053/smr.2000.0127>
- McGrath, E. R., Beiser, A. S., DeCarli, C., Plourde, K. L., Vasan, R. S., Greenberg, S. M., y Seshadri, S. (2017). Blood pressure from mid-to late life and risk of incident dementia. *Neurology*, 89(24), 2447-2454. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004741>
- McKeith, I. G., Ferman, T. J., Thomas, A. J., Blanc, F., Boeve, B. F., Fujishiro, H., Kantarci, K., Muscio, C., O'Brien, J. T., Postuma, R. B., Aarsland, D., Ballard, C., Bonanni, L., Donaghy, P., Emre, M., Galvin, J. E., Galasko, D., Goldman, J. G., Gomperts, S. N.,... Tiraboschi, P., y el grupo de estudio de diagnóstico de la DLB prodrómica (2020). Research criteria for the diagnosis of prodromal dementia with Lewy bodies. *Neurology*, 94(17), 743-755. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000009323>
- McKeith, I. G., Boeve, B.F., Dickson, D. W., Halliday, G., Taylor, J-P., Weintraub, D.,

- Aarsland, D., Galvin, J., Attems, J., Ballard, C. G., Bayston, A., Beach, T. G., Blanc, F., Bohnen, N., Bonanni, L., Bras, J., Brundin, P., Burn, D., Chen-Plotkin, A.,... Kosaka, K. (2017). Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology*, 89(1), 88-100. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004058>
- McKhann, G. M., Knopman, D. S., Chertkow, H., Hyman, B. T., Jack, C. R., Kawas, C. H., Klunk, W. E., Koroshetz, W. J., Manly, J. J., Mayeux, R., Mohs, R. C., Morris, J. C., Rossor, M. N., Scheltens, P., Carrillo, M. C., Thies, B., Weintraub, S., y Phelps, C. H. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute of Aging-Alzheimer's Association Workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7(3), 263-269. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.03.005>
- Meléndez, J. C., Fortuna, F. B., Sales, A., y Mayordomo, T. (2015a). The effects of instrumental reminiscence on resilience and coping in elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 60(2), 294-298. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2014.12.001>
- Meléndez Moral, J. C., Fortuna Terrero, F. B., Sales Galán, A., y Mayordomo Rodríguez, T. (2015b). Effect of integrative reminiscence therapy on depression, well-being, integrity, self-esteem, and life satisfaction in older adults. *The Journal of Positive Psychology*, 10(3), 240-247. <https://doi.org/10.1080/17439760.2014.936968>
- Meléndez, J. C., Navarro, E., Oliver, A., y Tomás, J. M. (2009). La satisfacción vital en los mayores: Factores sociodemográficos. *Boletín de Psicología*, 95, 29-42.
- Mesulam, M. M. (2013). Primary progressive aphasia and the language network: the 2013 H. Houston Merritt Lecture. *Neurology*, 81(5), 456-462. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e31829d87df>

- Mesulam, M. M. (2011). Primary progressive aphasia. *Neurology*, 49(4), 425-432.
- Meyer, C. y O’Keefe, F. (2020). Non-pharmacological interventions for people with dementia: A review of reviews. *Dementia*, 19(6), 1927-1954. <https://doi.org/10.1177/1471301218813234>
- Migliaccio, R., Tanguy, D., Bouzigues, A., Sezer, I., Dubois, B., Le Ber, I., Batrancourt, B., Godefroy, V., y Levy, R. (2020). Cognitive and behavioural inhibition deficits in neurodegenerative dementias. *Cortex; a Journal Devoted to the Sstudy of the Nervous System and Behavior*, 131, 265–283. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2020.08.001>
- Miller, E. K., y Cohen, J. D. (2001). An integrative theory of prefrontal cortex function. *Annual Review of Neuroscience*, 24, 167-202. <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.24.1.167>
- Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A., y Wager, T. D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “frontal lobe” tasks: a latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41(1), 49-100. <https://doi.org/10.1006/cogp.1999.0734>
- Moniz Cook, E. D., Swift, K., James, I., Malouf, R., De Vugt, M., y Verhey, F. (2012). Functional analysis-based interventions for challenging behaviour in dementia (review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), Article CD006929. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006929.pub2>
- Monge, J. A. (2018). Nuevos criterios diagnósticos de la Enfermedad de Alzheimer. En M. S. Manzano, J. Fortea, A. Villarejo y R. Sánchez del Valle (Coords.), *Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología. 5. Guía Oficial de Práctica Clínica en Demencia*. (págs. 26-34). Ediciones SEN.
- Montine, T. J., Phelps, C. H., Beach, T. G., Bigio, E. H., Cairns, N. J., Dickson, D. W., Duyckaerts, C., Frosch, M. P., Masliah, E., Mirra, S. S., Nelson, P. T., Schneider, J. A.,

- Rudolf Talm, D., Trojanowski, J. Q., Vinters, H. V., y Hyman, B. T. (2012). National Institute on Aging-Alzheimer's Association guidelines for the neuropathologic assessment of Alzheimer's disease: a practical approach. *Acta Neuropathologica*, 123, 1-11. <https://doi.org/10.1007/s00401-011-0910-3>
- Moret-Tatay, C., Fernández Muñoz, J. J., Civera Mollá, C., Navarro-Pardo, E., y Alcover de la Hera, C. M. (2015). Psychometric properties and Factor structure of the BRCS in an elderly Spanish sample. *Annals of Psychology*, 31(3), 1030-1034. <https://doi.org/10.6018/analesp.31.3.188401>
- Moro, V., Condoleo, M. T., Valbusa, V., Broggio, E., Moretto, G., y Gambina, G. (2015). Cognitive stimulation of executive functions in mild cognitive impairment: specific efficacy and impact in memory. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 30(2), 153-164. <https://doi.org/10.1177/1533317514539542>
- Munar, E., Rosselló, J., Maiche, A., Travieso, D., y Nadal, M. (2008). Modelos teóricos y neurociencia cognitiva de la percepción. En J. Tirapu Ustárroz, M. Ríos Lago y F. Maestú Unturbe, *Manual de Neuropsicología* (págs. 57-95). Viguera Editores.
- Muñoz Céspedes, J. M., y Tirapu Ustárroz, J. (2001). *Rehabilitación Neuropsicológica*. Editorial Síntesis.
- Muñoz Marrón, E., y González Rodríguez, B. (2009). Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica de la memoria. En E. Muñoz Marrón (coord.), *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*. (págs. 81-129). Editorial UOC.
- Neal, M., y Barton Wright, P. (2003). Validation therapy for dementia (review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), Article CD001394. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD.001394>
- Norman, D. A., y Shallice, T. (1986). Attention to action: willed and automatic control of

- behaviour. En R. J. Davidson, G. E. Schwartz y D. Shapiro (Eds.), *Consciousness and self-regulation*. Plenum Press.
- O'Brien, T., y Thomas, A. (2015). Vascular Dementia. *Lancet*, 386(10004), 1698-1706. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00463-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00463-8)
- O'Philbin, L., Woods, B., Farrell, E. M., Spector, A. E., y Orrell, M. (2018). Reminiscence therapy for dementia: an abridged Cochrane systematic review of the evidence from randomized controlled trials. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 18(9), 715-727. <https://doi.org/10.1080/14737175.2018.1509709>
- O'Rourke, N., Cappeliez, P., y Claxton, A. (2011). Functions of reminiscence and the psychological well-being of young-old and older adults over time. *Aging & Mental Health*, 15(2), 272–281. <https://doi.org/10.1080/13607861003713281>
- Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., del Ser, T., Woods, B., Beck, C., Auer, S., Lai, C., Spector, A., Fazio, S., Bond, J., Kivipelto, M., Brodaty, H., Rojo, J. M., Collins, H., Teri, L., Mittelman, M.,... Muñiz, R. (2010). Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30, 161-178. <https://doi.org/10.1159/000316119>
- Olazarán-Rodríguez, J., Agüera-Ortiz, L. F., y Muñiz-Schwochert, R. (2012). Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología*, 55(10), 598-608. <https://doi.org/10.33588/rn.5510.2012370>
- Olegário, R. L., Fernandes, S. R., y de Moraes, R., Jr (2023). Efficacy of cognitive training on executive functions in healthy older adults: a systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychology & Health*, 1–28. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/08870446.2023.2267610>
- Oltra-Cucarella, J., Ferrer-Cascales, R., Alegret, M., Gasparini, R., Díaz-Ortiz, L. M., Ríos, R.,

- Martínez-Nogueras, A. L., Onandia, I., Pérez-Vicente, J. A., Cabello-Rodríguez, L., y Sánchez-SanSegundo, M. (2018) Risk of progression to Alzheimer's disease for different neuropsychological Mild Cognitive Impairment subtypes: a hierarchical meta-analysis of longitudinal studies. *Psychology and Aging*, 33(7), 1007-1021. <https://doi.org/10.1037/pag0000294>
- Onor, M. L., Trevisiol, M., Negro, C., Signorini, A., Saina, M., y Aguglia, E. (2007). Impact of a multimodal rehabilitative intervention on demented patients and their caregivers. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 22(4), 261-272. <https://doi.org/10.1177/1533317507302071>
- Orad, R. I., y Shiner, T. (2022). Differentiating dementia with Lewy bodies from Alzheimer's disease and Parkinson's disease dementia: an update on imaging modalities. *Journal of Neurology*, 269(2), 639-653. <https://doi.org/10.1007/s00415-021-10402-2>
- Organización Mundial de la Salud (2015) *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2020) *Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030*. OMS.
- Orgeta, V., Qazi, A., Spector, A., y Orrell, M. (2015). Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 207(4), 293-298. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.148130>
- O'Rourke, N., Cappeliez, P., y Claxton, A. (2011). Functions of reminiscence and the psychological well-being of young-old and older adults over time. *Aging & Mental*

- Health*, 15(2), 272-281. <https://doi.org/10.1080/13607861003713281>
- Opdebeeck, C., Martyr, A., y Clare, L. (2016). Cognitive reserve and cognitive function in healthy older people: a meta-analysis. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 23(1), 40-60. <https://doi.org/10.1080/13825585.2015.1041450>
- Ossenkoppele, R., Pijnenburg, Y. A. L., Perry, D. C., Cohn-Seehy, B. I., Scheltens, N. M. E., Vogel, J. W., Kramer, J. H., van der Vlies, A. E., La Joie, R., Rosen, H. J., van der Flier, W. M., Grinberg, L. T., Rozemuller, A. J., Huang, E. J., van Berckel, B. N. M., Miller, B. L., Barkhof, F., Jagust, W. J., Scheltens, P., Weeley, W. W., y Rabinovici, G. D. The behavioural/dysexecutive variant of Alzheimer's disease: clinical, neuroimaging and pathological features. *Brain*, 138(9), 2732-2749. <https://doi.org/10.1093/brain/awv191>
- Pantsiou, K., Sfakianaki, O., Papaliagkas, V., Savvoulidou, D., Costa, V., Papantoniou, G., y Moraitou, D. (2018). Inhibitory Control, Task/Rule Switching, and Cognitive Planning in Vascular Dementia: Are There Any Differences From Vascular Aging? *Frontiers in Aging Neuroscience*, 10, 330. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2018.00330>
- Park, D. C., y Reuter-Lorenz, P. (2009). The adaptative brain: aging and neurocognitive scaffolding. *Annual Review of Psychology*, 60, 173-196. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.103006.093656>
- Park, K., Lee, S., Yang, J., Song, T., y Hong, G.-R. S. (2019). A systematic review and meta-analysis on the effect of reminiscence therapy for people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 31(11), 1581-1597. <https://doi.org/10.1017/S1041610218002168>
- Park, K., y Moon, S. (2022). Informative and semantic language features of people with dementia displayed during reminiscence therapy. *Psychogeriatrics: the Official Journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 22(6), 843-850. <https://doi.org/10.1111/psyg.12891>

- Peitsch, L., Tyas, S. L., Menec, V. H., y St. John, P. D. (2016). General life satisfaction predicts dementia in community living older adults: a prospective cohort study. *International Psychogeriatrics*, 28(7), 1101-1109. <https://doi.org/10.1017/S1041610215002422>
- Pelegrín-Valero, C., y Olivera-Pueyo, J. (2008). Neuropsicología del deterioro cognitivo leve y de las demencias. En J. Tirapu Ustárroz, M. Ríos Lago y F. Maestú Unturbe, *Manual de Neuropsicología*. (págs. 365-387). Viguera Editores.
- Peña-Casanova, J., Guardia, J., Bertran-Serra, I., Manero, R. M., y Jarne, B. (1997a). Versión abreviada del Test Barcelona (I): subtests y perfiles normales. *Neurología*, 12(3), 99-111.
- Peña-Casanova, J., Meza, M., Bertrán-Serra, I., Manero, R. M., Espel, G., Martí, A., Böhm, P., Blesa, R., y Guardia, J. (1997b). Programa integrado de exploración neuropsicológica versión abreviada (III). Validez de criterio como método de evaluación del deterioro cognitivo múltiple. *Neurología*, 12(3), 117-120.
- Peña-Casanova, J. (2005a). *Test Barcelona Revisado. Programa integrado de exploración neuropsicológica*. Masson.
- Peña-Casanova, J. (2005b). Test Barcelona: normalidad, semiología y patología. En J. Peña-Casanova, *Test Barcelona Revisado. Normalidad, semiología y patología neuropsicológica*. (págs. 63-227). Masson.
- Pérez Díaz, J., Ramiro Fariñas, D., Aceituno Nieto, P., Muñoz Díaz, C., Bueno López, C., Ruiz-Santacruz, J. S., Fernández-Morales, I., Castillo Belmonte, A. B., de las Obras-Loscertales Sampériz, J., y Villuendas Hijosa, B. (2022). *Un perfil de las personas mayores en España, 2022. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid, Informes Envejecimiento en Red nº 29. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred->

[indicadoresbasicos2022.pdf](#)

- Pérez-Parra, J. E., y Restrepo-de-Mejía, F. (2023). The Trail Making Test (part B) is associated with working memory: a concurrent validity study. *Applied Neuropsychology: Adult*, 1-9. <https://doi.org/10.1080.23279095.2023.2171793>
- Pérez-Redondo, E., Pérez, E., Rosillo, N., y González-Ingelmo, E. (2017). Comparación de las respuestas ante un estímulo de roboterapia (Paro) y un perro en personas con demencia. *Quaderns Digitals: Revista de Nuevas Tecnologías y Sociedad*, 84, 39-57.
- Pérez-Sáez, E., Justo-Henriques, S. I., y Alves Apóstolo J. L. (2021). Multicenter randomized controlled trial of the effects of individual reminiscence therapy on cognition, depression and quality of life: Analysis of a sample of older adults with Alzheimer's disease and vascular dementia. *The Clinical Neuropsychologist*, 36(7), 1975-1996. <https://doi.org/10.1080/13854046.2021.1871962>
- Pérez Sánchez, J. R., de la Casa Fages, B., Contreras Chicote, A., y Grandas Pérez, F. (2015). Demencia vascular, demencia por cuerpos de Lewy, demencia frontotemporal y otras demencias. *Medicine*, 11(72), 4323-4333. <https://doi.org/10.1016/j.med.2015.01.004>
- Petersen, R. C. (2004a). Mild Cognitive Impairment. *Continuum*, 22(2), 404-418. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000313>
- Petersen, R.C. (2004b). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine*, 256(3), 183-194. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2004.01388.x>
- Petersen, R. C., Doody, R., Kurz, A., Mohs, R.C., Morris, J.C., Rabins, P. V., Ritchie, K., Rossor, M., Thal, L., y Winblad, B. (2001). Current concepts in mild cognitive impairment. *Archives of Neurology*, 58(12), 1985-1992. <https://doi.org/10.1001/archneur.58.12.1985>

- Petersen, R. C., y Negash, S. (2008). Mild cognitive impairment: an overview. *CNS Spectrums*, 13(1), 45-53. <https://doi.org/10.1017/s1092852900016151>
- Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Tangalos, E. G., y Kokmen, E. (1999). Mild cognitive impairment. Clinical characterization and outcome. *Archives of Neurology*, 56(3), 303-308. <https://doi.org/10.1001/archneur.56.3.303>
- Petersen, S., Houston, S., Qin, H., Tague, C., y Studley, J. (2017). The utilization of robotic pets in dementia care. *Journal of Alzheimer's Disease*, 55(2), 569-574. <https://doi.org/10.3233/JAD-160703>
- Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., Mateos López, C., y Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 51(4), 229-241. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003>
- Petrova, M., Mehrabian-Spasova, S., Aarsland, D., Raycheva, M., y Traykov, L. (2015). Clinical and neuropsychological differences between mild Parkinson's disease dementia and dementia with Lewy bodies. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 5, 212-220. <https://doi.org/10.1159/000375363>
- Pinquart, M., y Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging Mental Health*, 16(5), 541-558. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.651434>
- Pons, D., Atienza, F. L., Balaguer, I., y García-Merita, M. L. (2002). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en personas de la tercera edad. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico Evaluación Psicológica*, 1, 385-401.
- Posner, M. I., y DiGirolamo, G. J. (2000). Cognitive Neuroscience: Origins and Promise. *Psychological Bulletin*, 126(6), 873-889. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.6.873>

- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Ramírez, M., Ostrosky-Solís, F., Fernández, A., y Ardila-Ardila, A. (2005). Fluidez verbal semántica en hispanohablantes: un análisis comparativo. *Revista de Neurología*, 41(8), 463-468. <https://doi.org/10.33588/rn.4108.2004597>
- Rascovsky, K., Hodges, J. R., Knopman, D., Mendez, M. F., Kramer, J. H., Neuhaus, J., van Swieten, J. C., Seelaar, H., Dopper, E. G., Onyike, C. U., Hillis, A. E., Josephs, K. A., Boeve, B. F., Kertesz, A., Seeley, W. W., Pakin, K. P., Johnson, J. K., Gorno-Tempini, M.-L., Rosen, H.,... Miller, B. L. (2011). Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain*, 134(9), 2456-2477. <https://doi.org/10.1093/brain/awr179>
- Raz, N., Linderberger, U., Rodrigue, K. M., Kennedy, K. M. Head, D., Williamson, A., Dahle, C., Gerstorff, D., y Acker, J. D. (2005). Regional brain changes in aging healthy adults: general trends, individual differences and modifiers. *Cerebral Cortex*, 15(11), 1676-1689. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhi044>
- Reitan, R. M. (1955). The relation of the Trail Making Test to organic brain damage. *Journal of Consulting Psychology*, 19(5), 393-394. <https://doi.org/10.1037/h0044509>
- Reitan, R. M. (1958). Validity of the Trail Making Test as an indicator of organic brain damage. *Perceptual and Motor Skills*, 8(3), 271-276. <https://doi.org/10.2466/pms.1958.8.271>
- Reñé, R., Campdelacreu, J., y Gascón, J. (2009). Demencia con cuerpos de Lewy. En J. L. Molinuevo y J. Peña-Casanova (Eds.), *Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología nº 8. Guía oficial para la práctica clínica en demencias: conceptos criterios y recomendaciones*. (págs. 87-100). Thomson Reuters.

- Reuter-Lorenz, P.A., y Cappell, K. A. (2008). Neurocognitive aging and the compensation hypothesis. *Current Directions in Psychology Science*, 17(3), 177-182.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2008.00570.x>
- Rey, A. (1941) L'examen psychologique dans les cas d'encéphalopathie traumatique. *Archives de Psychologie*, 28, 215-285.
- Rey, A. (1997). *REY Test de Copia y Reproducción de memoria de figuras geométricas complejas. Manual*. TEA Ediciones.
- Richard, M., y Sacker, A. (2003). Lifetime antecedents of cognitive reserve. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25(5), 614-624.
<https://doi.org/10.1076/jcen.25.5.614.14581>
- Ribas, M. Z., Patriccié. G. F., Noletto, F. M., Ramanzini, L. G., Veras, A. O., Dall'Oglio, R., Filho, L. B. A., Martins da Silva, J. G., Lima, M. P. P., Teixeira, B. E., Nunes de Sousa, G., Alves, A. F. C., Vieira Lima, L. M. F., Sallem. C. C., Garcia, T. F. M., Ponte de Oliveira, I. M., Rocha, R. S. C., Jucá, M. S., Barroso, S. T., y Claudino Dos Santos, J. C. Impact of dysexecutive syndrome in quality of live in Alzheimer disease: what we know now and where we are headed. *Ageing Research Reviews*, 86, Article 101866.
<https://doi.org/10.1016/j.arr.2023.101866>
- Ríos-Lago, M., Periañez, J. A. y Rodríguez-Sánchez, J.M. (2008). Neuropsicología de la atención. En J. Tirapu Ustárroz, M. Ríos Lago y F. Maestú Unturbe, *Manual de Neuropsicología* (págs. 149-188). Viguera Editores.
- Ríos-Lago, M., Periañez, J. A., y Muñoz-Céspedes, J.M. (2004). Attentional control and slowness of information processing after severe traumatic brain injury. *Brain Injury*, 18(3), 257-272. <https://doi.org/10.1080/02699050310001617442>
- Rodakowski, J., Saghafi, E., Butters, M. A., y Skidmore, E. R. (2015). Non-pharmacological

- interventions for adults with mild cognitive impairment and early stage dementia: an updated scoping review. *Molecular Aspects of Medicine*, 43-44, 38-53. <https://doi.org/10.1016/j.mam.2015.06.003>
- Rojo Sebastián, A., Ayuso Peralta, L., García Soldevilla, M. A., y González Robles, C. (2019). Otras demencias degenerativas. Demencia con cuerpos de Lewy, demencia en la enfermedad de Parkinson, demencia frontotemporal y demencia vascular. *Medicine*, 12(74), 4347-4356. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.03.013>
- Romero Reyes, Y. Y., y Andrade Valbuena, L. P. (2021). ¿Es posible impedir el progreso del deterioro cognitivo leve por medio de tratamientos no farmacológicos? *Revista Colombiana de Psiquiatría*. En prensa. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.07.002>
- Ros, L., Latorre, J. M., Aguilar, M. J., Serrano, J. P., Navarro, B., y Ricarte, J. J. (2011). Factor structure and psychometric properties of the center for epidemiologic studies depression scale (CES-D) in older populations with and without cognitive impairment. *International Journal of Aging & Human Development*, 72(2), 83-110. <https://doi.org/10.2190/AG.72.2.a>
- Ros, L., Meléndez, J. C., Webster, J. D., Mayordomo, T., Sales, A., Latorre, J. M., y Serrano, J. P. (2016). Reminiscence functions scale: a factorial structure and its relation with mental health in a sample of Spanish older adults. *International Psychogeriatrics*, 28(9), 1521-1532. <https://doi.org/10.1017/S1041610216000326>
- Rosen, W. G., Mohs, R. C., y Davis, K. L. (1984). A new rating scale for Alzheimer's disease. *The American Journal of Psychiatry*, 141(11), 1356-1364. <https://doi.org/10.1176/ajp.141.11.1356>
- Rosillo-Carretero, N., Pérez-Sáez, E., Pérez-Redondo, E., y Peláez-Hernández, B. (2019). Tratamiento no farmacológico en demencias: efectividad de los animales robóticos.

Informaciones Psiquiátricas, 235, 53-59.

Rowe, J. W., y Khan, R. L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, 237(4811), 143-149. <https://doi.org/10.1126/science.3299702>

Rowe, J. W., y Khan, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>

Sabia, S., Fayosse, A., Dumurgier, J., Dugravot, A., Akbaraly, T., Britton, A., Kivimäki, M., y Singh-Manoux, A. (2018). Alcohol consumption and risk of dementia: 23 year follow-up of Whitehall II cohort study. *The BMJ*, 362, Article k2927. <https://doi.org/10.1136/bmj.k2927>

Sachdev, P., Kalaria, R., O'Brien, J., Skoog, I., Alladi, S., Black, S. E., Blacker, D., Blazer, D., y Chen, C. (2014). Diagnostic criteria for vascular cognitive disorders: a VASCOG statement. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 28(3), 206-218. <https://doi.org/10.1097/WAD.0000000000000034>

Sánchez Cubillo, I., y Galparsoro Izagirre, N. (2009). Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica del lenguaje. En E. Muñoz Marrón (coord.), *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*. (págs. 189-232). Editorial UOC.

Sánchez, A., Millán-Calenti, J. C., Lorenzo-López, L., y Maseda, A. (2012). Multisensory stimulation for people with dementia: a review of the literature. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 28(1), 7-14. <https://doi.org/10.1177/1533317512466693>

- Sánchez del Valle, R. (2018). Degeneración lobar frontotemporal. En M. S. Manzano, J. Fortea, A. Villarejo y R. Sánchez del Valle (Coords.), *Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología. 5. Guía Oficial de Práctica Clínica en Demencia*. (págs. 113-149). Ediciones SEN.
- Saragih, I. D., Tonapa, S. I., Yao, C.-T., Saragih, I. S., y Lee, B.-O. (2022a). Effects of reminiscence therapy in people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(6), 883-903. <https://doi.org/10.1111/jpm.12830>
- Saragih, I. D., Tonapa, S. I., Saragih, I. S., y Lee, B. O. (2022b). Effects of cognitive stimulation therapy for people with dementia: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. *International Journal of Nursing Studies*, 128, Article 104181. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104181>
- Sasaninezhad, M., Moradi, A., Farahimanesh, S., Choobin, M. H., y Almasi-Dooghaee, M. (2024). Enhancing cognitive flexibility and working memory in individuals with mild cognitive impairment: Exploring the impact of virtual reality on daily lifes activities. *Geriatric Nursing (New York, N.Y.)*, 56, 32-39. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2023.12.008>
- Satorres, E., Delhom, I., y Meléndez, J. C. (2021). Effects of a simple reminiscence intervention programo n the reminiscence functions in older adults. *International Psychogeriatrics*, 33(6), 557-566. <https://doi.org/10.1017/S1041610220000174>
- Satorres, E., Viguer, P., Fortuna, F. B., y Meléndez, J. C. (2018). Effectiveness of instrumental reminiscence intervention on improving coping in healty older adults. *Stress and Health*, 34(2), 227-234. <https://doi.org/10.1002/smi.2776>
- Scheffels, J. F., Ballasch, I., Scheichel, N., Voracek, M., Kalbe, E., y Kessler, J. (2023). The

- Influence of Age, Gender and Education on Neuropsychological Test Scores: Updated Clinical Norms for the Widely Used Cognitive Assessments. *Journal of Clinical Medicine*, 12, Article 5170. <https://doi.org/10.3390/jcm12165170>
- Schmidt, N., Tödt, I., Berg, D., Schlenstedt, C., Folkerts, A. K., Ophey, A., Dimenshteyn, K., Elben, S., Wojtecki, L., Liepelt-Scarfone, I., Schulte, C., Sulzer, P., Eggers, C., Kalbe, E., y Witt, K. (2021). Memory enhancement by multidomain group cognitive training in patients with Parkinson's disease and mild cognitive impairment: long-term effects of a multicenter randomized controlled trial. *Journal of Neurology*, 268(12), 4655–4666. <https://doi.org/10.1007/s00415-021-10568-9>
- Scott, T. L., Jao, Y.-L., Tulloch, K., Yates, E., Kenward, O., y Pachana, N. A. (2022). Well-being benefits of horticulture-based activities for community dwelling people with dementia: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), Article 10523. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710523>
- Serra-Mayoral, A., y Peña-Casanova, J. (2006). Fiabilidad test-retest e interevaluador del Test Barcelona. *Neurología*, 21(6), 277-281.
- Shao, W., Peng, D., y Wang, X. (2017). Genetics of Alzheimer's disease: from pathogenesis to clinical usage. *Journal of Clinical Neuroscience*, 45, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2017.06.074>
- Shin, I. S., Carter, M., Masterman, D., Fairbanks, L., y Cummings, J. L. (2005). Neuropsychiatric symptoms and quality of life in Alzheimer disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 13(6), 469-474. <https://doi.org/10.1176/appi.ajgp.13.6.469>
- Simard, M., van Reekum, R., y Cohen T. (2000). A review of the cognitive and behavioral symptoms in dementia with Lewy bodies. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical*

Neurosciences, 12(4), 425-450. <https://doi.org/10.1176/jnp.12.4.425>

Sinclair, V. G. y Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11(1), 94-101. <https://doi.org/10.1177/1073191103258144>

Skrobot, O. A., O'Brien, J., Black, S., Chen, C., DeCarli, C., Erkinjuntti, T., Ford, G. A., Kalaria, R. N., Pantoni, L., Pasquier, F., Roman, G.C., Wallin, A., Sachdev, P., Skoog, I., grupo VICCOS, Ben-Shlomo, Y., Passmore, A. P., Love, S., y Kehoe, P.G. (2017). The vascular impairment of cognition classification consensus study. *Alzheimer's & Dementia*, 13(6), 624-633. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2016.10.007>

Skrobot, O. A., Black, S. E., Chen, C., DeCarli, C., Erkinjuntti, T., Ford, G. A., Kalaria, R. N., O'Brien, J., Pantoni, L., Pasquier, F., Roman, G.C., Wallin, A., Sachdev, P., Skoog, I., grupo VICCOS, Ben-Shlomo, Y., Passmore, A. P., Love, S., y Kehoe, P.G. (2018). Progress toward standardized diagnosis of vascular cognitive impairment: guidelines from the vascular impairment of cognition classification consensus study. *Alzheimer's & Dementia*, 14(3), 280-292. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2017.09.007>

Sohlberg, M. M., y Mateer, C. A. (1989). *Introduction to cognitive rehabilitation: Theory and practice*. Guilford Press.

Sohlberg, M. M., y Mateer, C. A. (2001). *Cognitive rehabilitation: An integrative neuropsychological approach*. Guilford Press.

Sopina, E., y Sørensen, J. (2018). Decision modelling of non-pharmacological interventions for individuals with dementia: a systematic review of methodologies. *Health Economic Reviews*, 8(1), Article 8. <https://doi.org/10.1186/s13561-018-0192-8>

Soria-Urios, G., Duque, P., y García-Moreno, J. M. Música y cerebro (II): evidencias cerebrales del entrenamiento musical. *Revista de Neurología*, 53(12), 739-746.

<https://doi.org/10.33588/rn.5312.2011475>

Spector, A., Orrell, M., Davies, S. P., y Woods, B. (2000). Reality orientation for dementia.

The Cochrane Database of Systematic Reviews, 3, Article CD001119.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001119.pub2>

Spector, A., Orrell, M., Davies, S., y Woods, B. (2001). Can reality orientation be rehabilitated?

Development and piloting of an evidence-based programme of cognition-based therapies for people with dementia. *Neuropsychological Rehabilitation*, 11(3-4), 377-

397. <https://doi.org/10.1080/09602010143000068>

Spector, A., Orrell, M., y Goyder, J. (2013). A systematic review of staff training interventions

to reduce the behavioural and psychological symptoms of dementia. *Ageing Research*

Reviews, 12(1), 354-364. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.06.005>

Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M., y Orrell, M.

(2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia. Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*,

183(3), 248-254. <https://doi.org/10.1192/bjp.183.3.248>

Spector, A., Woods, B., y Orrell, M. (2008). Cognitive stimulation for the treatment of

Alzheimer's disease. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 8(5), 751-757.

<https://doi.org/10.1586/14737175.8.5.751>

Spreng, R. N., Wojtowicz, M., y Grady, C.L. (2010). Reliable differences in brain activity

between young and old adults: A quantitative meta-analysis across multiple cognitive domains. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34(8), 1178-1194.

<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.01.009>

Spreng, R. N., y Turner, G. R. (2019). The shifting architecture of cognition and brain function

in older adulthood. *Perspectives on Psychological Science*, 14(4), 523-542.

<https://doi.org/10.1177/1745691619827511>

- Sukhawathanakul, P., Crizzle, A., Tuokko, H., Naglie, G., y Rapoport, M. (2021). Psychoterapeutic interventions for dementia: a systematic review. *Canadian Geriatrics Journal*, 24(3), 222-236. <https://doi.org/10.5770/cgj.24.447>
- Sullivan, E. V., y Pfefferbaum, A. (2006). Diffusion tensor imaging and aging. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30(6), 749-761. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2006.06.002>
- St John, P. D., y Montgomery, P. R. (2010). Cognitive impairment and life satisfaction in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(8), 814-821. <https://doi.org/10.1002/gps.2422>
- Steichele, K., Keefer, A., Dietzel, N., Graessel, E., Prokosch, H.-U., y Kolominsky-Rabas, P. L. (2022). The effects of exercise programs on cognition, activities of daily living, and neuropsychiatric symptoms in community-dwelling people with dementia – a systematic review. *Alzheimer's Research & Therapy*, 14(1), 97. <https://doi.org/10.1186/s13195-022-01040-5>
- Stern, Y. (2002). What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *Journal of International Neuropsychological Society*, 8(3), 448-460.
- Stern, Y. (2009). Cognitive reserve. *Neuropsychologia*, 47(10), 2015-2028. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2009.03.004>
- Stern, Y., y Barulli, D. (2019). Cognitive Reserve. En S. T. DeKosky y S. Ashtana (Eds.), *Handbook of Clinical Neurology. Geriatric Neurology*. Elsevier.
- Stuss, D. T., y Benson, D. F. (1984). Neuropsychological studies of the frontal lobes. *Psychological Bulletin*, 95(1), 3-28.

- Tam, W., Poon, S. N., Mahendran, R., Kua, E. H., y Wu, X. V. (2021). The effectiveness of reminiscence intervention on improving psychological well-being in cognitively intact older adults: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 114, Article 103847. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103847>
- Tarazona-Santabalbina, F. J., Gómez-Cabrera, M. C., Pérez-Ros, P., Martínez-Arnau, F. M., Cabo, H., Tsaparas, K., Salvador-Pascual, A., Rodríguez-Mañas, L., y Viña, J. (2016). A multicomponent exercise intervention that reverses frailty and improves cognition, emotion, and social networking in the community-dwelling frail elderly: a randomized clinical trial. *The Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine*, 17(5), 426-433. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.01.019>
- Thomas, J. M., y Sezgin, D. (2021). Effectiveness of reminiscence therapy in reducing agitation and depression and improving quality of life and cognition in long-term care residents with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Geriatric nursing*, 42(6), 1497-1506. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.10.014>
- Tirapu Ustárrroz, J. (2009). Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica de las funciones ejecutivas. En E. Muñoz Marrón (coord.), *Estimulación Cognitiva y Rehabilitación Neuropsicológica*. (págs. 233-283). Editorial UOC.
- Tirapu-Ustárrroz, J., Cordero-Andrés, P., Luna-Lario, P., y Hernáez-Goñi, P. (2017). Propuesta de un modelo de funciones ejecutivas basado en análisis factoriales. *Revista de Neurología*, 64(2), 75-84. <https://doi.org/10.33588/rn.6402.2016227>
- Tirapu-Ustárrroz, J., García-Molina, A., Luna-Lario, P., Roig-Rovira, T., y Pelegrín-Valero, C. (2008). Modelos de funciones y control ejecutivo (I). *Revista de Neurología*, 46(11), 684-692. <https://doi.org/10.33588/rn.4611.2008119>
- Tirapu Ustárrroz, J., y Luna-Lario, P. (2008). Neuropsicología de las funciones ejecutivas. En J.

- Tirapu Ustárrroz, M. Ríos Lago y F. Maestú Unturbe, *Manual de Neuropsicología*. (págs. 221-256). Viguera Editores.
- Tirapu-Ustárrroz, J., Muñoz-Céspedes, J. M., y Pelegrín-Valero, C. (2002). Funciones ejecutivas: necesidad de una integración conceptual. *Revista de Neurología*, 34(7), 673-685. <https://doi.org/10.33588/rn.3407.2001311>
- Tomás, J. M., Meléndez, J. C., Sancho, P., y Mayordomo, T. (2011). Adaptation and Initial Validation of the BRCS in an Elderly Spanish Sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 28(4), 283-289. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000108>
- Townley, R. A., Graff-Radford, J., Mantyh, W. G., Botha, H., Polsinelli, A. J., Przybelski, S. A., Machulda, M. M., Makhoulf, A. T., Senjem, M. L., Murray, M. E., Reichard, R. R., Savica, R., Boeve, B. F., Drubach, D. A., Josephs, K. A., Knopman, D. S., Lowe, V. J., Jack Jr., C. R., Petersen, R. C., y Jones, D. T. (2020). Progressive dysexecutive syndrome due to Alzheimer's disease: a description of 55 cases and comparison to other phenotypes. *Brain Communications*, 2(1), Article fcaa068. <https://doi.org/10.1093/braincomms/fcaa068>
- Turner, G. R., y Spreng, R. N. (2015). Prefrontal engagement and reduced default network suppression co-occur and are dynamically coupled in older adults: The default-executive coupling hypothesis of aging. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 27(12), 2462-2476. https://doi.org/10.1162/jocn_a_00869
- Turner, G. R., y Spreng, R. N. (2021). From exploration to exploitation: a shifting mental mode in late life development. *Trends in Cognitive Sciences*, 25(12), 1058-1069. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2021.09.001>
- Unverzagt, F. W., Smith, D. M., Rebok, G. W., Marsiske, M., Morris, J. N., Jones, R., Willis, S. L., Ball, K., King, J. W., Koepke, K. M., Stoddard, A., y Tennstedt, S. L. (2009). The

- Indiana Alzheimer Disease Center's Symposium on Mild Cognitive Impairment. Cognitive training in older adults: lessons from the ACTIVE Study. *Current Alzheimer Research*, 6(4), 375–383. <https://doi.org/10.2174/156720509788929345>
- Valdés, E. G., Andel, R., Lister, J. J., Gamaldo, A., y Edwards, J. D. (2019). Can cognitive speed of processing training improve everyday functioning among older adults with psychometrically defined mild cognitive impairment? *Journal of Aging and Health*, 31(4), 595-610. <https://doi.org/10.1177/0898264317738828>
- van de Glind, E. M. M., van Enst, W. A., van Munster, B. C., Olde Rikkert, M. G. M., Scheltens, P., Scholten, R. J. P. M., y Hooft, L. (2013). Pharmacological treatment of dementia: a scoping review of systematic reviews. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 36(3-4), 211-228. <https://doi.org/10.1159/000353892>
- Van der Linden, M., y Juillerat Van der Linden, A.-C. (2018). A life-course and multifactorial approach to Alzheimer's disease: implications for research, clinical assessment and interventions practices. *Dementia*, 17(7), 880-895. <https://doi.org/10.1177/1471301216657270>
- van der Steen, J. T., Smaling, H. J. A., van der Wouden, J. C., Bruinsma, M. S., Choltens, R. J. P. M., y Vink, A. C. (2018). Music-based therapeutic interventions for people with dementia (review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(5), Article CD003477. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003477.pub4>
- Venegas-Sanabria, L. C., Cavero-Redondo, I., Martínez-Vizcaíno, V., Cano-Gutiérrez, C. A., y Álvarez-Bueno, C. (2022). Effect of multicomponent exercise in cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 22(1), Article 617. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03302-1>
- Verdejo-García, A., y Bechara, A. (2010). Neuropsicología de las funciones ejecutivas.

Psicothema, 22(2), 227-235.

Verdejo-García, A., y Pérez-García, M. (2007). Profile of executive deficits in cocaine and heroin polysubstance users: common and differential effects on separate executive components. *Psychopharmacology*, 190, 517-530. <https://doi.org/10.1007/s00213-006-0632-8>

Viguer, P., Satorres, E., Fortuna, F. B., y Meléndez, J. C. (2017). A Follow-Up Study of a Reminiscence Intervention and Its Effects on Depressed Mood, Life Satisfaction, and Well-Being in the Elderly. *The Journal of Psychology*, 151(8), 789–803. <https://doi.org/10.1080/00223980.2017.1393379>

Villalba, S., y Espert, R. (2014). Estimulación cognitiva: una revisión neuropsicológica. *Terapeia*, 6, 73-93.

Villarejo, A. (2018). Demencia con cuerpos de Lewy y demencia asociada a Enfermedad de Parkinson. En M. S. Manzano, J. Fortea, A. Villarejo y R. Sánchez del Valle (Coords.), *Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología. 5. Guía Oficial de Práctica Clínica en Demencia*. (págs. 85-112). Ediciones SEN.

Villemagne, V. L., Doré, V., Burnham, S. C., Masters, C. L., y Rowe, C. C. (2018). Imaging tau and amyloid- β proteinopathies in Alzheimer disease and other conditions. *Nature Reviews. Neurology*, 14(4), 225-236. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2018.9>

Viñuela Fernández, F., y Olanzarán Rodríguez, J. (2009). Criterios para el diagnóstico del Síndrome de Demencia. En J. L. Molinuevo y J. Peña-Casanova (Eds.), *Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología nº 8. Guía oficial para la práctica clínica en demencias: conceptos criterios y recomendaciones*. (págs. 1-8). Thomson Reuters.

Voinescu, A., Papaioannou, T., Petrini, K., y Stanton Fraser, D. (2021). Exergaming for

- dementia and mild cognitive impairment (protocol). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, Article CD013853. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013853>
- Wada, K., Shibata, T., Musha, T., y Kimura, S. (2008). Robot therapy for elders affected by dementia. *IEEE Engineering in Medicine and Biology Magazine*, 27(4), 53-60. <https://doi.org/10.1109/memb.2008.919496>
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678-691. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.64.4.678>
- Watt, L. M., y Cappeliez, P. (2000). Integrative and instrumental reminiscence therapies for depression in older adults: Intervention strategies and treatment effectiveness. *Aging & Mental Health*, 4(2), 166–177. <https://doi.org/10.1080/13607860050008691>
- Wawrziczny, E., Buquet, A., y Picard, S. (2021). Use of hipnosis in the field of dementia: a scoping review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 96, Article 104453. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2021.104453>
- Webster, J. D. (1993). Construction and validation of the Reminiscence Functions Scale. *Journal of Gerontology*, 48(5), 256-262. <https://doi.org/10.1093/geronj/48.5.P256>
- Webster, J. D. (1997). The Reminiscence Function Scale: a replication. *International Journal of Aging & Human Development*, 44(2), 137-148. <https://doi.org/10.2190/AD4D-813D-F5XN-W07G>
- Webster, J. D., Bohlmeijer, E. T., y Westerhof, G. J. (2010). Mapping the future of reminiscence: a conceptual guide for research and practice. *Research on Aging*, 32(4), 527-564. <https://doi.org/10.1177/0164027510364122>

Wechsler, D. (1955). *Wechsler Adult Intelligence Scale. Manual*. Psychological Corporation.

Wechsler, D. (1987). *Wechsler Memory Scale Revised (WMS-R). Manual*. Psychological Corporation.

Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E., y Webster, J. D. (2010). Reminiscence and mental health: a review of recent progress in theory, research and interventions. *Ageing & Society*, 30, 697-721. <https://doi.org/10.1017/S0144686X09990328>

Westerhof, G. J., y Bohlmeijer, E. T. (2014). Celebrating fifty years of research and applications in reminiscence and life review: state of the art and new directions. *Journal of Aging Studies*, 29, 107–114. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2014.02.003>

Whear, R., Thompson Coon, J., Bethel, A., Abbot, R., Stein, K., y Garside, R. (2014). What is the impact of using outdoor spaces such as gardens on the physical and mental well-being of those with dementia? A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *The Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine*, 15(10), 697-705. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.05.013>

Wicklund, A. H., Rademaker, A., Johnson, N., Weitner, B. B., y Weintraub, S. (2007). Rate of cognitive change measured by neuropsychologic test performance in 3 distinct dementia syndromes. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 21(4): 70-78. <https://doi.org/10.1097/WAD.0b013e31815bf8a5>

Willroth, E. C., James, B. D., Graham, E. K., Kapasi, A., Bennet, D. A., y Mroczek, D. K. (2023). Will-being and cognitive resilience to dementia-related neuropathology. *Psychological Science*, 34(3), 283-297. <https://doi.org/10.1177/09567976221119828>

Winblad, B., Parmler, 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 León, M., Decarli, C., Erkinjuntti, T., Giacobini, E., Graff, C., Hardy, J.,... Petersen, 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>
- Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21(2), 152-169. <https://doi.org/10.1017/S0959259810000420>
- Windle, G., Roberts, J., MacLeod, C., Algar-Skaife, K., Sullivan, M. P., Brotherhood, E., Jones, C. H., y Stott, J. (2023). 'I have never bounced back': resilience and living with dementia. *Aging & Mental Health*, 27(12), 2355–2367. <https://doi.org/10.1080/13607863.2023.2196248>
- Wollesen, B., Wildbrecht, A., van Schooten, K. S., Lim, M. L., y Delbaere, K. (2020). The effects of cognitive-motor training interventions on executive functions in older people: a systematic review and meta-analysis. *European review of aging and physical activity: official journal of the European Group for Research into Elderly and Physical Activity*, 17, Article 9. <https://doi.org/10.1186/s11556-020-00240-y>
- Wong, P. T., y Watt, L. M. (1991). What types of reminiscence are associated with successful aging? *Psychology and Aging*, 6(2), 272-279. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.6.2.272>
- Woods, B., Aguirre, E., Spector, A. E., y Orrell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve functioning in people with dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), Article CD005562. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005562.pub2>
- Woods, P., y Ashley, J. (1995). Simulated presence therapy: using selected memories to manage problematic behaviors in Alzheimer's disease patients. *Geriatric Nursing*, 16(1), 9-14. [https://doi.org/10.1016/S0197-4572\(05\)80072-2](https://doi.org/10.1016/S0197-4572(05)80072-2)
- Woods, B., O'Philbin, L., Farrell, E. M., Spector, A. E., y Orrell, M. (2018). Reminiscence

- therapy for dementia (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3), Article CD001120. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001120.pub3>
- Woods, B., Rai, H. K., Elliot, E., Aguirre, E., Orrell, M., y Spector, A. (2023). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, Article CD005562. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005562.pub3>
- Wu, Y. T., Nelis, S. M., Quinn, C., Martyr, A., Jones, I. R., Victor, C. R., Knapp, M., Henderson, C., Hindle, J. V., Jones, R. W., Kopelman, M. D., Morris, R. G., Pickett, J. A., Rusted, J. M., Thom, J. M., Litherland, R., Matthews, F. E., Clare, L., y IDEAL Programme team (2020). Factors associated with self- and informant ratings of quality of life, well-being and life satisfaction in people with dementia: results from the Improving the experience of Dementia and Enhancing Active Life programme. *Age and Ageing*, 49(3), 446-452. <https://doi.org/10.1093/ageing/afz177>
- Wu, Y., Xu, H., Sui, X., Zeng, T., Leng, X., Li, Y., y Li, F. (2023). Effects of group reminiscence interventions on depressive symptoms and life satisfaction in older adults with intact cognition and mild cognitive impairment: A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 114, Article 105103. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2023.105103>
- Xiang, C., y Zhang, Y. (2023). Comparison of Cognitive Intervention Strategies for Individuals With Alzheimer's Disease: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *Neuropsychology Review*, 10.1007/s11065-023-09584-5. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11065-023-09584-5>
- Xu, Y., Chen, K., Zhao, Q., y Guo, Q. (2018). Comparing the neuropsychological profiles of mild dementia with Lewy bodies and mild Alzheimer's disease. *Psychogeriatrics. The*

Official Journal of the Japanese Psychogeriatric Society, 18(1), 64-71.

<https://doi.org/10.1111/psyg.12293>

Zafra-Tanaka, J. H., Pacheco-Barrios, K., Tellez, W. A., y Taype-Rondan, A. (2019). Effects of dog-assisted therapy in adults with dementia: a systematic review and meta-analysis.

BMC Psychiatry, 19(1), Article 41. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-2009-z>

Zhong, Q., Chen, C., y Chen, S. (2023). Effectiveness on Quality of Life and Life Satisfaction for Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Life Review and Reminiscence Therapy across Settings. *Behavioral Sciences*, 13(10), Article 830.

<https://doi.org/10.3390/bs13100830>

Zubatsky, M., Khoo, Y. M., Lundy, J., Blessing, D., Berg-Weger, M., Hayden, D., y Morley, J. E. (2022). Comparisons of cognitive stimulation therapy between community versus hospital-based settings: a multi-site study. *Journal of Applied Gerontology*, 42(2), 185-193. <https://doi.org/10.1177/07334648221130676>

ANEXO

Manual del Programa de EC y Reminiscencia

PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y REMINISCENCIA PARA PERSONAS CON DEMENCIA PARA INTERVENIR EN FUNCIONES EJECUTIVAS.

El presente programa de intervención tiene una duración de 8 semanas durante las cuales se realizarán dos sesiones semanales de 45-60 minutos. El programa está formado por 16 sesiones de intervención.

La intervención será realizada en grupos de máximo 6 personas.

Los criterios de inclusión de las personas participantes son los siguientes:

- Mayores de 60 años.
- Haber sido diagnosticados de demencia o deterioro cognitivo.
- No presentar un deterioro cognitivo avanzado, determinado al obtener una puntuación en el MEC igual o superior a 20.
- No presentar sintomatología psiquiátrica o conductual.
- No presentar alteraciones sensoriales que dificulten su participación en la intervención.
- Firmar el consentimiento informado.

Las sesiones tendrán una duración de entre 45 y 60 minutos aproximadamente, dependiendo del grado de participación de las personas a las que va dirigido. En cada sesión se realizarán tanto actividades basadas en funciones ejecutivas como en la reminiscencia, dichas actividades como veremos están descritas en cada sesión (es muy importante leer las instrucciones y preparar los materiales antes de empezar la sesión). En ocasiones nos podremos apoyar en materiales específicos relacionados con el trabajo de la sesión, con materiales audiovisuales o simplemente realizaremos actividades orales, basadas en la conversación.

Estructura de las sesiones:

- 1) Bienvenida. Entablamos una breve conversación de bienvenida con todas las personas participantes haciendo una breve introducción sobre aquello que se vaya a trabajar en la sesión de hoy, enlazándolo con las sesiones previas (3-5 minutos).
- 2) Orientación a la realidad. Orientación temporal, espacial y personal a través de las preguntas indicadas junto con referencias a festividades próximas si es el caso o temas de actualidad si procede (entre 5 y 10 minutos).
- 3) Presentación de las actividades/temática del día a trabajar e implantación de las actividades. Explicamos las actividades a realizar a todo el grupo y se implantan de manera individual según lo indicado en la descripción de la sesión (entre 40 y 50 minutos).
- 4) Cierre con breve puesta en común y refuerzo, también se valorará la satisfacción con la sesión y se les emplazará a asistir a la siguiente sesión (entre 3 y 5 minutos).

Es importante que todas y cada una de las personas participantes respondan a las preguntas/intervenciones que realicemos, por tanto, daremos voz a todos y pediremos que se respete el turno de palabra, recordando este aspecto siempre que sea necesario. Hay actividades en las que se harán varias rondas donde las personas participantes deberán realizar la tarea un número determinado de veces, esto se especifica en la descripción de la tarea y siempre habrá suficiente material para un máximo de 6 personas, en caso de que el grupo sea menor se reducirá el uso de los materiales, manteniendo siempre la participación indicada en la descripción. Además, a la hora de implantar las sesiones se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- La intervención se intentará ajustar en la medida de lo posible a las personas participantes, así pues, dentro de una misma actividad aquellas partes más sencillas se

reservarán para las personas con un deterioro cognitivo más avanzado. Esto implica que trabajemos de manera flexible, sin presionar a los participantes y adaptándonos a sus necesidades.

- Las instrucciones siempre se darán de manera clara y se repetirán tantas veces como sea necesario.
- Siempre se reforzarán los esfuerzos y logros en el desarrollo de las actividades, aunque siempre teniendo en cuenta el hecho de no caer en actitudes paternalistas.

En cuanto al trabajo de las reminiscencias, de manera concreta, debemos tener en cuenta que las trabajaremos desde un punto de vista integrativo e instrumental, no se trata sola y exclusivamente de generar recuerdos, sino que también intentaremos en la medida de lo posible tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Aceptar eventos negativos del pasado, aceptar el propio pasado como significativo y que ha merecido la pena.
- Resolver antiguos conflictos.
- Reconciliar la discrepancia entre lo ideal y la realidad.
- Recordar experiencias y lecciones que han contribuido al desarrollo de valores y significados personales.
- Identificar el patrón de continuidad entre el pasado y el presente.
- Encontrar un significado y valor de lo vivido.

Todo a través de la recolección de sus vivencias, de cómo solucionaron las diferentes situaciones vitales que se les presentaron (resolución de problemas, establecimiento de objetivos y su consecución). Estos aspectos pueden parecer complejos, pero normalmente a lo largo de las sesiones van surgiendo situaciones que nos llevan a trabajar todos estos aspectos, habrá sesiones que se prestan más a ello, por lo tanto, deberemos aprovechar cada vez que se planteen situaciones adecuadas para hacerlo.

SESIÓN 0. BIENVENIDA.

Bienvenida y Presentación de la persona que dirige el grupo y de las personas participantes. Probablemente ya se conocen todos si se trata de un grupo ya formado en un centro concreto, pero aun así lo realizaremos igualmente ya que nos sirve de orientación personal. Buscamos favorecer la participación y afianzar las relaciones sociales. Introducimos brevemente aquello que vamos a trabajar en la sesión (3-5').

Orientación a la realidad, con la que iniciaremos todas las sesiones, orientación temporal, espacial y breve repaso personal. Dedicamos máximo 10 minutos a todos estos aspectos, la parte de orientación temporal y espacial las lanzaremos al grupo en general.

- Repasaremos nuestros nombres y les preguntaremos qué tal se encuentran a todas y todos los participantes (recordemos que estamos ante grupos de máximo 6 personas).
- ¿Qué día de la semana es hoy?
- ¿En qué mes estamos?
- ¿Qué día del mes es?
- ¿En qué año estamos?
- ¿En qué estación del año estamos?
- En caso de que se acerque alguna festividad concreta la podemos señalar, comentar, dedicar unos minutos a ello, también podemos hablar sobre la estación del año, tratar qué supone, el tiempo meteorológico.
- Si se ha producido algún tema de actualidad reseñable podemos dedicarle unos minutos.
- También hablaremos sobre la población y lugar donde estamos brevemente, haremos algún comentario sobre poblaciones vecinas o comentaremos qué pueblos tenemos cerca.

Presentación de aquello que vamos a realizar a lo largo de estas 8 semanas:

¿Qué es la estimulación cognitiva? ¿Para qué sirve?

La estimulación cognitiva es un conjunto de técnicas y estrategias que están orientadas a optimizar la eficacia del funcionamiento de los diferentes procesos cognitivos (memoria, percepción, funciones ejecutivas [razonamiento, planificación, resolución de problemas...], lenguaje, etc.) mediante una serie de actividades concretas. Muchos estudios científicos han demostrado su efectividad, tanto en la cognición como en la calidad de vida y la comunicación de las personas que participan.

¿En qué nos vamos a centrar?

En el presente programa nos centraremos en el trabajo de las funciones ejecutivas, que son, de manera básica, las capacidades mentales para formular metas, planificar cómo conseguir las y que ejecutemos dicho plan de manera correcta. Con la edad es normal que las funciones

ejecutivas sufran un decaimiento, afectando a la capacidad de planificación, la flexibilidad cognitiva, la fluidez verbal y el control atencional, por eso consideramos importante incluirlo en cualquier programa de estimulación cognitiva.

¿Qué es la reminiscencia?

Respecto a la reminiscencia, es el proceso de pensar sobre experiencias pasadas que son significativas para la persona, pudiendo ser tanto experiencias exitosas como no exitosas. Se trata de hablar de manera consciente de experiencias vitales. A través de las sesiones trabajaremos diversos ámbitos desde la infancia hasta la vida adulta, haciendo también referencia a la actualidad.

¿En qué va a consistir el programa?

El programa tiene una duración de 16 sesiones que se realizarán a lo largo de 8 semanas (2 sesiones por semana) y trabajaremos todos los aspectos que hemos comentado anteriormente, realizaremos estimulación cognitiva y trabajaremos las reminiscencias. Las sesiones tendrán una duración de entre una hora y hora y media y se trata de sesiones en las que todas las personas deberán participar de manera activa. En algunas actividades simplemente charlaremos, se harán de manera oral y otras necesitaremos materiales que se irán viendo a lo largo de las sesiones. A continuación, haremos unas breves actividades para conocer qué es lo que vamos a realizar en las siguientes sesiones.

Realizamos una tarea de estimulación cognitiva a modo de ejemplo y una breve muestra de reminiscencias.

- Estimulación cognitiva: Realizamos una actividad en la que han de emparejar palabras relacionadas. Intentamos utilizar una pizarra o papel grande donde podamos escribir las palabras con las que vamos a trabajar. Las palabras que tendremos a su vista son las siguientes: fútbol, pomelo, prima, nevera, martillo, baño, mano, enfermera, clarinete, blanco, camisa, Italia. Luego, respetando el turno, les iremos diciendo las palabras que deberán relacionar, nos tendrán que decir con qué palabra en cuestión está relacionada cada palabra y podremos ir anotándolas junto a su pareja. Las palabras son las siguientes: Verde, baloncesto, cocina, fresa, flauta, Alemania, gorra, horno, sobrina, alicates, cuello, abogada. Haremos dos rondas, dos palabras cada persona (si son menos personas nos ajustamos al número de participantes que tenemos en nuestro grupo).
- Reminiscencias: El tema a trabajar en esta sesión para dar a conocer cómo haremos las sesiones de reminiscencia es “Los medios de comunicación”.
 1. “Presentación”. Presentamos que vamos a trabajar el tema de los medios de comunicación. Pensaremos en el pasado y en el ahora.

2. “Mi primer pensamiento”. Empezamos a pensar y a centrarnos en lo que vamos a trabajar, los medios de comunicación. Para empezar, les vamos a pedir que nos digan qué les viene a la cabeza al escuchar las siguientes palabras:
 1. Teléfono.
 2. Radio.
 3. Periódico.
 4. Televisión.
 5. Carta.
 6. Telegrama.
3. “Recordando”. Recordemos el pasado estableciendo conversaciones:
 - Los medios de comunicación principales, ¿cuáles eran los más usuales? ¿para qué se usaban?
 - Las cartas y el correo.
 - El telegrama.
 - La radio.
 - La prensa escrita.
 - Los medios más modernos, ¿cuándo empezaron a tenerlos? ¿cómo eran en un inicio?
 - El teléfono.
 - La televisión.
4. “Como oro en paño”. Recuerdos propios... un buen recuerdo guardado relacionado con los medios de comunicación.
5. “¿Llevan razón?”. Trabajamos las siguientes frases creando un poco de debate:
 - Donde funciona un televisor, seguro que hay alguien que no está leyendo (John Irving).
 - Una calumnia en la prensa es como la hierba en un bello prado: crece por si sola (Víctor Hugo).
 - La radio marca los minutos de la vida (Jacques H. de la Lacreitelle).
6. “Conexión con el presente”. Conversamos:
 - Los medios de comunicación de hoy en día:
 - El teléfono móvil, los smartphones.
 - Internet, redes sociales, etc.
 - La televisión.
 - Prensa escrita y digital.

- ¿En qué han cambiado? ¿Qué medios ya no se usan?
 - Las ventajas de los medios de comunicación de hoy en día.
 - ¿Se echa algo de menos?
- Lo que permanece, lo que no ha cambiado.

Cierre. Felicitamos a las personas participantes por el esfuerzo realizado y sus ejecuciones. Valoramos la satisfacción, emplazamos a la siguiente sesión y nos despedimos. La satisfacción se valorará en todas las sesiones mediante la pregunta directa de si les ha gustado la sesión y si consideran que alguna cosa se podría mejorar o si quitarían algo. Registraremos sus respuestas en la tabla disponible en el Anexo 1.

SESIÓN 1.

Recordatorio: deben participar de manera activa todas las personas participantes, iremos preguntando una a una en cada una de las partes de la actividad. En las partes que tengan suficientes unidades para que cada uno responda una o dos así será, pero en el resto tendrán que hablar y dar su respuesta todas/os.

Bienvenida.

Entablamos conversación inicial, buscando favorecer la participación y afianzar las relaciones sociales. Introducimos brevemente aquello que vamos a trabajar en la sesión (3-5’).

Orientación a la Realidad.

Orientación a la realidad, con la que iniciaremos todas las sesiones: orientación temporal, espacial y breve repaso personal. Dedicamos máximo 10 minutos a todos estos aspectos, la parte de orientación temporal y espacial las lanzaremos al grupo en general.

Antes de empezar presentamos los contenidos a trabajar en a sesión de hoy, tres actividades de estimulación cognitiva y para finalizar hablaremos de la infancia, en concreto de la familia, la casa y la crianza.

- Repasaremos nuestros nombres y les preguntaremos qué tal se encuentran a todas y todos los participantes (recordemos que estamos ante grupos de máximo 6 personas).
- ¿Qué día de la semana es hoy?
- ¿En qué mes estamos?
- ¿Qué día del mes es?
- ¿En qué año estamos?
- ¿En qué estación del año estamos?
- En caso de que se acerque alguna festividad concreta la podemos señalar, comentar, dedicar unos minutos a ello, también podemos hablar sobre la estación del año, tratar qué supone, el tiempo meteorológico.
- Si se ha producido algún tema de actualidad reseñable podemos dedicarle unos minutos.
- También hablaremos sobre la población y lugar donde estamos brevemente, haremos algún comentario sobre poblaciones vecinas o comentaremos qué pueblos tenemos cerca.

Presentación y desarrollo de las actividades.

Actividades de Estimulación Cognitiva.

ACTIVIDAD 1. Velocidad de Procesamiento.

En esta actividad les mostraremos una serie de fichas en las que han de contar el número de elementos que hay en cada una. Se harán tres rondas, de manera que cada persona tendrá que contar tres veces los elementos que aparecen.

Intentamos darle un toque animado y que sea un ejercicio dinámico y no lento ya que nuestra intención es trabajar procesos atencionales y la velocidad de procesamiento y, por lo tanto, deberán trabajar lo más rápido posible.

Las fichas están disponibles en el Anexo 2. Las podemos imprimir o mostrar en tablet.

ACTIVIDAD 2. Fluidez verbal.

En la actividad que vamos a realizar a continuación trabajaremos la fluidez verbal, así como la planificación y razonamiento. Les vamos a dar un par de palabras y con ellas deben elaborar una frase o breve historia (no más de dos frases). Realizaremos 3 rondas, de manera que cada persona deberá elaborar 3 frases. Ejemplo: Nadar y Chloe → Chloe ha aprendido a nadar este verano.

- Alicia - lavar.
- Dar – regalo.
- Ver – fotografías.
- Raúl – correr.
- Alejandra – mirar.
- Invitar – cumpleaños.
- Regalar – ramo.
- Campo – tractor.
- Susana – triste.
- Loro – posar.
- Manuel – olvidar.
- Pelo – ondular.
- Pareja – mirar.
- Julia – comer.
- Juan – observar.
- Señora – tejer.
- Jóvenes – jugar.
- Niño – mirar.

ACTIVIDAD 3. Flexibilidad Cognitiva.

Jugamos al juego “palabras encadenadas”. Esta actividad con la que trabajamos la fluidez verbal y la flexibilidad cognitiva consiste en realizar una cadena lo más larga posible en la que las personas participantes deben decir una palabra que empiece como ha terminado la que ha dicho la persona de al lado. Nos centraremos en que las palabras empiecen con la misma letra que acababa la de la persona anterior, por ejemplo: ANIMAL – LADRILLO – OLOR – RAZÓN –

NARIZ – ZAPATO – O...

Intentaremos que la actividad se de a buen ritmo, de manera que también trabajemos la velocidad de procesamiento, así como los diferentes procesos atencionales.

Se realizarán 3 rondas. En caso de que sea necesario para facilitar la tarea podemos hacer uso de una pizarra donde iremos anotando las palabras que van diciendo para que sirva de apoyo a la hora de realizar la actividad.

Actividad de Reminiscencia.

LA INFANCIA. LA FAMILIA, LA CASA, LA CRIANZA.

1. “Presentación”. Presentamos que vamos a trabajar el tema de la infancia. Como siempre vamos a pensar en el pasado y en el ahora.
2. “Mi primer pensamiento”. Comenzamos a pensar y a centrarnos en lo que vamos a trabajar, la infancia. Para empezar, les vamos a pedir que nos digan qué les viene a la cabeza al escuchar las siguientes palabras (siempre intentando centrarse en el contexto de la infancia):
 - Madre.
 - Cuna.
 - Jugete.
 - Padre.
3. “Recordando”. Recordemos el pasado estableciendo conversaciones:
 - ¿Dónde naciste y pasaste tu infancia?
 - ¿Quién te crió?
 - Recordando a su madre.
 - Recordando a su padre.
 - ¿Cuántos hermanos erais?
 - Su casa, su habitación, la cocina, etc. ¿Cómo era?
4. “Como oro en paño”. Recuerdos propios... un buen recuerdo guardado de cuando eran niños y niñas.
5. “¿Llevan razón?” Trabajamos los siguientes refranes... ¿lo habían escuchado antes? ¿qué significan? ¿tienen razón? Si alguno no lo han escuchado nunca (lo cual es probable) podemos leerlo igualmente e intentar pensar a qué hace referencia y por qué. Si al final quieren aportar alguno que conozcan que guarde relación pueden hacerlo.
 - Al niño y al mulo, en el culo.
 - Bonito era el diablo cuando era niño.
 - Tropezando y cayendo, a andar va el niño aprendiendo.

- De xiquet es cria l'arbre dret.
- Els xiquets i els bojós sempre diuen les veritats.
- Fan els infants el que veuen fer als grans.

6. “Conexión con el presente”. Conversamos:

- La infancia de hoy en día:
 - ¿Cómo se cría en la actualidad a los niños?
 - ¿Cómo es la educación que reciben en casa?
- Las principales diferencias entre cómo se criaba a los niños de antes y ahora:
 - Las ventajas de hoy en día.
 - Los inconvenientes o problemas de hoy en día.
- Lo que permanece, lo que no ha cambiado.

Cierre. Felicitamos a las personas participantes por el esfuerzo realizado y sus ejecuciones. Valoramos la satisfacción (Anexo 1), emplazamos a la siguiente sesión y nos despedimos.

SESIÓN 2.

Recordatorio: deben participar de manera activa todas las personas participantes, iremos preguntando una a una en cada una de las partes de la actividad. En las partes que tengan suficientes unidades para que cada uno responda una o dos así será, pero en el resto tendrán que hablar y dar su respuesta todas/os.

Bienvenida.

Entablamos conversación inicial, buscando favorecer la participación y afianzar las relaciones sociales. Introducimos brevemente aquello que vamos a trabajar en la sesión (3-5').

Orientación a la Realidad.

Orientación a la realidad, con la que iniciaremos todas las sesiones: orientación temporal, espacial y breve repaso personal. Dedicamos máximo 10 minutos a todos estos aspectos, la parte de orientación temporal y espacial las lanzaremos al grupo en general.

Antes de empezar presentamos los contenidos a trabajar en a sesión de hoy, tres actividades de estimulación cognitiva y para finalizar hablaremos de las amistades y los juegos.

- Repasaremos nuestros nombres y les preguntaremos qué tal se encuentran a todas y todos los participantes (recordemos que estamos ante grupos de máximo 6 personas).
- ¿Qué día de la semana es hoy?
- ¿En qué mes estamos?
- ¿Qué día del mes es?
- ¿En qué año estamos?
- ¿En qué estación del año estamos?
- En caso de que se acerque alguna festividad concreta la podemos señalar, comentar, dedicar unos minutos a ello, también podemos hablar sobre la estación del año, tratar qué supone, el tiempo meteorológico.
- Si se ha producido algún tema de actualidad reseñable podemos dedicarle unos minutos.
- También hablaremos sobre la población y lugar donde estamos brevemente, haremos algún comentario sobre poblaciones vecinas o comentaremos qué pueblos tenemos cerca.

Presentación y desarrollo de las actividades.

Actividades de Estimulación Cognitiva.

ACTIVIDAD 1. Working Memory.

Empezamos las actividades de estimulación cognitiva jugando a un juego que consiste en acertar en la diana. Se nos presenta una diana con unos números y al lado la puntuación que debemos conseguir realizando las combinaciones que sean necesarias de manera que los números sumados nos den la cifra indicada.

Esta actividad la podemos realizar con la tablet o con las fichas impresas. Realizaremos dos rondas respetando el turno de palabra (cada persona resolverá dos dianas con dos tiradas, en las últimas veréis que hay tres, pero no hará falta, con dos es suficiente).

El material está disponible en el Anexo 3 y la primera página nos sirve de ejemplo de la tarea.

ACTIVIDAD 2. Inhibición.

Realizamos una tarea en la que han de hacer lo que se les indica en cada caso según los colores que van apareciendo, aparecen formas de diferentes colores y deberán ir cambiando de acción según se les indica (podemos seguir la propia ficha o ayudarnos de elementos de los colores que tengamos a mano para facilitar la actividad). Haremos una sola ronda, una ficha por persona. Para que no se sientan raros/as haciendo la actividad podemos darle un toque de humor o de concurso. Las diferentes fichas están disponibles en el Anexo 4.

ACTIVIDAD 3. Planificación.

En esta ocasión vamos a trabajar qué podríamos hacer para resolver las siguientes situaciones problemáticas que se plantean. Haremos dos rondas, por lo tanto, cada persona deberá resolver dos situaciones. Planteamos... ¿Qué harías si...?

- Pierdes las llaves de casa.
- Olvidas que estabas preparando la comida y se te quema.
- Te encuentras mal, cansada y dolorida.
- Te avisan de que mañana habrá un corte de agua durante toda la mañana.
- Estás comiendo en un restaurante y te encuentras un insecto en tu plato.
- Te han regalado una chaqueta, pero no es de tu talla.
- Un amigo te debe dinero desde hace mucho tiempo.
- No encuentras el libro que te dejó un amigo hace tiempo y tienes que devolvérselo.
- Te compras unos zapatos y cuando llegas a casa te das cuenta de que son los dos del mismo pie.
- Has cocinado para cuatro invitados, pero llegan seis.
- Se te estropea el grifo de la cocina.
- No encuentras por ningún sitio el carnet de identidad.

Actividad de Reminiscencia.

LA INFANCIA. LAS AMISTADES, LOS JUEGOS.

1. “Presentación”. Presentamos que vamos a trabajar el tema de la infancia, en concreto, de las amistades y los juegos infantiles. Como siempre vamos a pensar en el pasado y en el ahora.
2. “Mi primer pensamiento”. Comenzamos a pensar y a centrarnos en lo que vamos a trabajar, la amistad y los juegos infantiles. Para empezar, les vamos a pedir que nos digan qué les

viene a la cabeza al escuchar las siguientes palabras (siempre intentando centrarse en el contexto de la infancia):

- Jugar.
- Amigo.
- Amiga.
- Reir.
- Juguete

3. “Recordando”. Recordemos el pasado estableciendo conversaciones:

- Sus amigos y amigas de la infancia.
- Los juegos infantiles de su infancia: los de los niños y los de las niñas.
- Sus juegos y/o juguetes preferidos.
- ¿Cuándo les regalaban juguetes? ¿Para Reyes? ¿Por su cumpleaños? ¿Cómo eran esos juguetes?

4. “Como oro en paño”. Recuerdos propios... un buen recuerdo guardado de sus juegos y amistades infantiles.

5. “¿Llevan razón?” Trabajamos las siguientes frases... ¿las habían escuchado antes?

- Los juegos infantiles no son tales juegos, sino sus más serias actividades (M. Montaigne).
- De todas las personas, los niños son las más imaginativas. Se entregan sin reservas a todas las ilusiones (Milton).

6. “Conexión con el presente”. Conversamos:

- ¿Cómo juegan los niños de hoy en día?
 - ¿Cuáles son sus juegos?
 - ¿A qué juegan más?
 - ¿Dónde juegan (ludotecas, parques, casa, etc.)?
- Las principales diferencias entre los juegos de los niños y las niñas de antes y los de ahora:
 - Las ventajas de hoy en día.
 - Los inconvenientes o problemas de hoy en día.
- Aquello que no ha cambiado, lo que permanece.

Cierre. Felicitamos a las personas participantes por el esfuerzo realizado y sus ejecuciones.

Valoramos la satisfacción (Anexo 1), emplazamos a la siguiente sesión y nos despedimos.

SESIÓN 3.

Recordatorio: deben participar de manera activa todas las personas participantes, iremos preguntando una a una en cada una de las partes de la actividad. En las partes que tengan suficientes unidades para que cada uno responda una o dos así será, pero en el resto tendrán que hablar y dar su respuesta todas/os.

Bienvenida.

Entablamos conversación inicial, buscando favorecer la participación y afianzar las relaciones sociales. Introducimos brevemente aquello que vamos a trabajar en la sesión (3-5').

Orientación a la Realidad.

Orientación a la realidad, con la que iniciaremos todas las sesiones: orientación temporal, espacial y breve repaso personal. Dedicamos máximo 10 minutos a todos estos aspectos, la parte de orientación temporal y espacial las lanzaremos al grupo en general.

Antes de empezar presentamos los contenidos a trabajar en a sesión de hoy, tres actividades de estimulación cognitiva y para finalizar hablaremos de la infancia, en concreto de la época del colegio.

- Repasaremos nuestros nombres y les preguntaremos qué tal se encuentran a todas y todos los participantes (recordemos que estamos ante grupos de máximo 6 personas).
- ¿Qué día de la semana es hoy?
- ¿En qué mes estamos?
- ¿Qué día del mes es?
- ¿En qué año estamos?
- ¿En qué estación del año estamos?
- En caso de que se acerque alguna festividad concreta la podemos señalar, comentar, dedicar unos minutos a ello, también podemos hablar sobre la estación del año, tratar qué supone, el tiempo meteorológico.
- Si se ha producido algún tema de actualidad reseñable podemos dedicarle unos minutos.
- También hablaremos sobre la población y lugar donde estamos brevemente, haremos algún comentario sobre poblaciones vecinas o comentaremos qué pueblos tenemos cerca.
-

Presentación y desarrollo de las actividades.

Actividades de Estimulación Cognitiva.

ACTIVIDAD 1. Fluidez verbal.

Realizamos una sencilla actividad de fluidez verbal con clave semántica, de manera que trabajamos también la memoria semántica y la capacidad de razonamiento. Les vamos a pedir que nos digan 2-3 palabras (mejor tres que dos) relacionadas con las que aparecen a

continuación, haremos tres rondas alternando, por ejemplo, la participante 1 para granja, la 2 para primavera, la 3 para chimenea... y en la siguiente ronda cambiamos:

- Granja.
- Primavera.
- Chimenea.
- Banco.
- Coche.
- Fútbol.

Realizaremos tres rondas de manera que cada persona tendrá que decir 2-3 palabras para tres de las palabras dadas.

ACTIVIDAD 2. Working Memory.

Esta actividad consiste en deletrear, haremos 4 rondas de menor a mayor dificultad, por tanto, cada persona deberá deletrear 4 palabras. Como es habitual tenemos material para seis personas, pero si nuestro grupo es más reducido nos ajustaremos al grupo:

o 3 letras:

- Ron
- Don
- Fin
- Veo
- Mus
- Tul

o 4 letras:

- Flor
- Cama
- Taza
- Luna
- Sena
- Lomo

o 5 letras:

- María
- Perro
- Risas
- Cinco
- Lento
- Reloj

o 6 letras:

- Comida
- Puente
- Marido
- Posada
- Romero
- Casino

ACTIVIDAD 3. Flexibilidad Cognitiva.

La siguiente actividad consiste en que les vamos a presentar unos números con los que tendrán que formar las cifras que les iremos solicitando. Los números son: 2 0 3 y 4 2 6, los podemos escribir en un folio o en una pizarra y que los tengan visibles para facilitar la tarea. Pediremos a las personas participantes que creen una serie de cifras en base a esos números. Realizaremos dos rondas (primero presentaremos un número y luego haremos la misma actividad con el otro), cada persona responderá a dos solicitudes (nos ajustaremos a las características de la persona y al nivel de dificultad que les podemos exigir).

- El número más pequeño posible.
- El número más grande posible.
- Un número menor que 50.
- Un número mayor que 50.
- Un número mayor que 200 pero menor que 300.
- Un número cuya unidad sea el 0 (podemos facilitar diciendo que acabe en 0) para las cifras 203, lo cambiamos por 2 en las cifras 426.
- Un número cuya decena sea el 2 (podemos facilitar diciendo que empiece por 2 siendo dos cifras o que la segunda cifra sea un 2 en caso de tres) para las cifras 203, lo cambiamos por 4 en las cifras 426.
- Un número cuya centena sea el 3 (podemos facilitar diciendo que sea un número de tres cifras que empiece por tres) para las cifras 203, lo cambiamos por 6 en las cifras 426.

Actividad de Reminiscencia. LA INFANCIA. EL COLEGIO.

1. “Presentación”. Presentamos que vamos a trabajar el tema de la infancia, en concreto el colegio. Como siempre vamos a pensar en el pasado y en el ahora.
2. “Mi primer pensamiento”. Empezamos a pensar y a centrarnos en lo que vamos a trabajar, la escuela. Para empezar, les vamos a pedir que nos digan qué les viene a la cabeza al escuchar las siguientes palabras (siempre intentando centrarse en el contexto de la escuela en su infancia):

- Escuela.
 - Maestra/Maestro.
 - Pupitre.
 - Lección.
 - Recreo.
3. “Recordando”. Recordemos el pasado estableciendo conversaciones:
- ¿Cómo era la escuela o colegio al que ibas cuando eras pequeña/o?
 - El tiempo que pasaron en la escuela, ¿fueron mucho tiempo?
 - Las maestras o maestros que más recuerdan.
 - ¿Cómo era la enseñanza? Las lecciones, cómo se aprendían, etc.
 - ¿Se utilizaban premios y castigos? ¿Cuáles?
 - ¿Qué material escolar utilizaban? (Pluma, pizarra, libretas, libros, etc.)
 - Las compañeras y compañeros de la escuela: cuántos niños y niñas había en la clase, si eran clases mixtas, sus mejores amigos, etc.
 - ¿Cómo eran los recreos? ¿A qué jugaban? ¿Les daban alguna cosa para comer?
4. “Como oro en paño”. Recuerdos propios de la infancia y la escuela... un buen recuerdo guardado de cuando iban a la escuela.
5. “¿Llevan razón”? Trabajamos los siguientes refranes... ¿lo habían escuchado antes? ¿qué significan? ¿tienen razón? Si alguno no lo han escuchado nunca (lo cual es probable) podemos leerlo igualmente e intentar pensar a qué hace referencia y por qué. Si al final quieren aportar alguno que conozcan que guarde relación pueden hacerlo.
- La letra con sangre entra.
 - Passa més fam que un mestre d’escola.
 - Despacio y buena letra, dice el maestro en la escuela.
 - Educació i ciència són la millor herència.
6. “Conexión con el presente”. Conversamos:
- La enseñanza de hoy en día:
 - ¿Cómo son las escuelas y los colegios?
 - ¿Cómo se enseña hoy en día?
 - Las principales diferencias entre cómo se enseñaba a los niños y niñas de antes y ahora:
 - Las ventajas de hoy en día.
 - Los inconvenientes o problemas de hoy en día.

- Aquello que no ha cambiado, lo que permanece.

Cierre. Felicitamos a las personas participantes por el esfuerzo realizado y sus ejecuciones.

Valoramos la satisfacción (Anexo 1), emplazamos a la siguiente sesión y nos despedimos.

SESIÓN 4.

Recordatorio: deben participar de manera activa todas las personas participantes, iremos preguntando una a una en cada una de las partes de la actividad. En las partes que tengan suficientes unidades para que cada uno responda una o dos así será, pero en el resto tendrán que hablar y dar su respuesta todas/os.

Bienvenida.

Entablamos conversación inicial, buscando favorecer la participación y afianzar las relaciones sociales. Introducimos brevemente aquello que vamos a trabajar en la sesión (3-5’).

Orientación a la Realidad.

Orientación a la realidad, con la que iniciaremos todas las sesiones: orientación temporal, espacial y breve repaso personal. Dedicamos máximo 10 minutos a todos estos aspectos, la parte de orientación temporal y espacial las lanzaremos al grupo en general.

Antes de empezar presentamos los contenidos a trabajar en a sesión de hoy, tres actividades de estimulación cognitiva y para finalizar hablaremos de las estaciones del año, en concreto de la que estamos.

- Repasaremos nuestros nombres y les preguntaremos qué tal se encuentran a todas y todos los participantes (recordemos que estamos ante grupos de máximo 6 personas).
- ¿Qué día de la semana es hoy?
- ¿En qué mes estamos?
- ¿Qué día del mes es?
- ¿En qué año estamos?
- ¿En qué estación del año estamos?
- En caso de que se acerque alguna festividad concreta la podemos señalar, comentar, dedicar unos minutos a ello, también podemos hablar sobre la estación del año, tratar qué supone, el tiempo meteorológico.
- Si se ha producido algún tema de actualidad reseñable podemos dedicarle unos minutos.
- También hablaremos sobre la población y lugar donde estamos brevemente, haremos algún comentario sobre poblaciones vecinas o comentaremos qué pueblos tenemos cerca.

Presentación y desarrollo de las actividades.

Actividades de Estimulación Cognitiva.

ACTIVIDAD 1. Velocidad de procesamiento.

Empezamos la sesión de actividades con una tarea en la que han de ordenar los números que les vamos a presentar de menor a mayor. Les presentamos las láminas de una en una, realizando

la actividad de manera individual y respetando el turno (se pueden presentar impresos o en tablet). Realizaremos dos rondas para cada persona y deberán trabajar lo más rápido posible. El material está disponible en el Anexo 5.

ACTIVIDAD 2. Inhibición.

Repartimos las fichas, una para cada persona y un color rojo y uno amarillo. Les daremos las instrucciones que aparecen en la ficha, que son las siguientes: “Colorea todas las flechas de rojo y, cuando suene una palmada, pasa a colorear todas las estrellas de amarillo. Si vuelves a escuchar una palmada continúa con la primera tarea otra vez y así sucesivamente (es decir, cambia de tarea tras cada palmada). No tienes que volver en ningún momento al principio; aunque cambies de tarea, sigue por donde vayas”. Como se puede leer en el anexo, en las indicaciones al terapeuta, daremos la palmada (momento de cambio) al pintar cinco flechas y tras pintar cinco estrellas (nos ajustaremos a la persona que trabaje más rápidamente, de manera aproximada). El material está disponible en el Anexo 6.

ACTIVIDAD 3. Planificación.

En esta actividad vamos a trabajar la estimación temporal y por tanto la planificación. Les vamos a proponer una serie de actividades y nos tendrán que decir cuánto tiempo necesitarían para realizar dicha actividad y en qué franja horaria cabe la posibilidad de que se ubique, de manera aproximada. Haremos tres rondas para que las personas participantes realicen la actividad tres veces. Por ejemplo, ¿cuánto tiempo tardamos en hacernos un café con leche? Lo más probable es que lo tengamos hecho en un 3-5 minutos y lo habitual es hacerlo a primera hora de la mañana o por la tarde.

La propuesta de tareas/acciones es la siguiente:

- Viajar a una casa rural.
- Pelar patatas.
- Leer el periódico.
- Visitar a unos parientes.
- Regar las plantas.
- Cambiar la funda de un cojín.
- Comprar el pan.
- Ir a comer a una montaña cercana.
- Preparar un bocadillo.
- Ir al teatro.
- Comprar una revista.
- Poner en hora un reloj.

- Ir a visitar unas fiestas, por ejemplo, las fallas (puede ajustarse a la zona, por ejemplo, Gaiates, Fogueres o la fiesta local del pueblo).
- Tirar la basura.
- Cambiar las sábanas.
- Poner una lavadora.
- Hacer un paseo en barca.
- Ducharse.

Actividad de Reminiscencia. LA PRIMAVERA/EL VERANO/EL OTOÑO/EL INVIERNO.

Escogeremos la actividad correspondiente a la estación del año en la que nos encontremos en ese momento.

LA PRIMAVERA.

1. “Presentación”. Presentamos que vamos a trabajar una de las estaciones del año, en concreto, la primavera. Hablaremos sobre la primavera y sus características, recordando tiempos pasados y centrándonos también en el presente.
2. “Mi primer pensamiento”. Empezamos a pensar y a centrarnos en lo que vamos a trabajar, la primavera. Para empezar, les vamos a pedir que nos digan qué les viene a la cabeza al escuchar las siguientes palabras (siempre intentando centrarse en el contexto de la primavera):
 - Primavera.
 - Flores.
 - Naturaleza.
 - Renacer.
 - Brote.
3. “Recordando”. Recordemos el pasado estableciendo conversaciones:
 - ¿Qué nos trae cada año la primavera?
 - ¿Qué flores, plantas y árboles brotan en primavera?
 - Los trabajos del campo en primavera.
 - ¿Qué fiestas se celebran en primavera?
4. “Como oro en paño”. Recuerdos propios de la primavera, ¿tienes algún recuerdo especial?
5. “¿Llevan razón?”. Trabajamos los siguientes refranes... ¿lo habían escuchado antes? ¿qué significan? ¿tienen razón? Si alguno no lo han escuchado nunca (lo cual es probable) podemos leerlo igualmente e intentar pensar a qué hace referencia y por qué. Si al final quieren aportar alguno que conozcan que guarde relación pueden hacerlo.

- La primavera la sangre altera.
 - En abril aguas mil.
 - Marzo ventoso y abril lluvioso sacan a mayo florido y hermoso.
 - Agua de març, herba als sembrats (agua de primavera llena la panera).
 - Agua de primavera, si no és torrencial, ompli la panera.
 - Quan en març trona, l'ametlla és bona.
 - Cuando marzo mayea, mayo marcea.
 - Cuando marzo va a mediar, debe la primavera empezar.
6. “Conexión con el presente”. Conversamos:
- ¿Qué diferencia hay entre el antes y el ahora (clima, alergias, etc.)?
 - Lo que permanece, lo que no ha cambiado.

EL VERANO.

1. “Presentación”. Presentamos que vamos a trabajar una de las estaciones del año, en concreto, el verano. Hablaremos sobre el verano y sus características, recordando tiempos pasados y centrándonos también en el presente.
2. “Mi primer pensamiento”. Empezamos a pensar y a centrarnos en lo que vamos a trabajar, el verano. Para empezar, les vamos a pedir que nos digan qué les viene a la cabeza al escuchar las siguientes palabras (siempre intentando centrarse en el contexto del verano):
 - Verano.
 - Calor.
 - Sol.
 - Vacaciones.
 - Playa.
3. “Recordando”. Recordemos el pasado estableciendo conversaciones:
 - ¿Qué es lo más característico del verano?
 - ¿Cómo se combatía antes el calor? La ropa, la comida, etc.
 - Las principales actividades en el campo en verano.
 - Las vacaciones de verano.
 - Las fiestas y celebraciones del verano.
4. “Como oro en paño”. Recuerdos propios del verano: los mejores recuerdos de los veranos.
5. “¿Llevan razón?”. Trabajamos los siguientes refranes... ¿lo habían escuchado antes? ¿qué significan? ¿tienen razón? Si alguno no lo han escuchado nunca (lo cual es probable) podemos leerlo igualmente e intentar pensar a qué hace referencia y por

qué. Si al final quieren aportar alguno que conozcan que guarde relación pueden hacerlo.

- En junio el día 21 es largo como ninguno.
- En julio es gran tabarra el canto de la cigarra.
- En julio normal, seco todo manantial.
- A l'estiu, tot el món viu.
- En l'estiu plourà, mes primer tronarà.
- Estiu calorós, hivern rigorós.
- Estiu que dura, tardor assegura.
- Juny i juliol, ni col ni caragol (no menjar de calent quan fa calor).
- Fins el deu de juny no te llesves la roba ni te descordes el puny.
- Per Sant Joan, bacores verdes o madures, però segures.
- En juliol, la garrofa es posa de dol.
- En agost, figues i most.

6. “Conexión con el presente”. Conversamos:

- ¿Qué ha cambiado respecto al verano de antes y el de ahora (clima, turistas, vacaciones, medios para combatir el calor, etc.)?
- Lo que permanece, lo que no ha cambiado.

EL OTOÑO.

1. “Presentación”. Presentamos que vamos a trabajar una de las estaciones del año, en concreto, el otoño. Hablaremos sobre el otoño y sus características, recordando tiempos pasados y centrándonos también en el presente.
2. “Mi primer pensamiento”. Empezamos a pensar y a centrarnos en lo que vamos a trabajar, el otoño. Para empezar, les vamos a pedir que nos digan qué les viene a la cabeza al escuchar las siguientes palabras (siempre intentando centrarse en el contexto del otoño):
 - Otoño.
 - Árboles.
 - Hojas.
 - Marrón, ocre, amarillo.
 - Cambio de horario.
 - Granada, calabaza y caqui (p. ej., estos productos del otoño pueden ser cambiados por otros similares y que puede que sean más representativos según la zona).

3. “Recordando”. Recordemos el pasado estableciendo conversaciones:
 - ¿Qué es lo más característico del otoño?
 - La caída de las hojas, ¿qué árboles son los de hoja caduca?
 - El otoño y el campo: los trabajos del campo y sus productos otoñales.
 - Las fiestas y celebraciones del otoño.
 - Cambio horario y temperatura en el otoño.
4. “Como oro en paño”. Recuerdos propios del otoño, ¿tienes algún recuerdo especial?
5. “¿Llevan razón?” Trabajamos los siguientes refranes... ¿lo habían escuchado antes? ¿qué significan? ¿tienen razón? Si alguno no lo han escuchado nunca (lo cual es probable) podemos leerlo igualmente e intentar pensar a qué hace referencia y por qué. Si al final quieren aportar alguno que conozcan que guarde relación pueden hacerlo.
 - Otoño sereno, ventoso invierno.
 - Septiembre, o lleva los puentes o seca las fuentes.
 - Si en septiembre comienza a llover, otoño seguro es.
 - De duelo de cobre quien no sembró en octubre.
 - A la tardor cauen les fulles a muntó.
 - Per Sant Martí, la pinya cau del pí.
 - Estiu que dura, tardor assegura.
 - Tardor verdadera, per Sant Miquel la pluja primera.
 - Octubre finit, raïm recollit.
 - Si al octubre plou el revolló mou.
 - Per Tots Sants, amaga el palmito i trau els guants.
 - Nevades tardorenques, pedregades primerenques.
 - Pluja de tardor, pluja de saó.
 - Si plou per Sant Bertomeu, bona tardor tindreu.
 - Tardor i hivern per al vell temps d’infern.
 - Malalties tardorals, llargues i mortals.
6. “Conexión con el presente”. Conversamos:
 - ¿Qué diferencia hay entre los otoños de antes y los de ahora (clima, lluvias intensas, etc.)?
 - Lo que permanece, lo que no ha cambiado.

EL INVIERNO.

1. “Presentación”. Presentamos que vamos a trabajar una de las estaciones del año, en concreto, el invierno. Hablaremos sobre el invierno y sus características, recordando tiempos pasados y centrándonos también en el presente.
2. “Mi primer pensamiento”. Empezamos a pensar y a centrarnos en lo que vamos a trabajar, el invierno. Para empezar, les vamos a pedir que nos digan qué les viene a la cabeza al escuchar las siguientes palabras (siempre intentando centrarse en el contexto del invierno):
 - Invierno.
 - Frío.
 - Nieve.
 - Abrigo.
 - Hibernar.
3. “Recordando”. Recordemos el pasado estableciendo conversaciones:
 - ¿Cómo eran antes los inviernos?
 - ¿Cómo se combatía el frío?
 - Las grandes nevadas. Si no viven en zona de grandes nevadas preguntaremos si en sus pueblos de origen ocurría o de las veces que de manera excepcional ha nevado en su pueblo/ciudad, o de si han ido alguna vez de viaje/excursión a la nieve.
 - El trabajo del campo en invierno.
 - ¿Qué fiestas se celebran en invierno?
4. “Como oro en paño”. Recuerdos propios del invierno, ¿cuáles son tus mejores recuerdos del invierno?
5. “¿Llevan razón?” Trabajamos los siguientes refranes... ¿lo habían escuchado antes? ¿qué significan? ¿tienen razón? Si alguno no lo han escuchado nunca (lo cual es probable) podemos leerlo igualmente e intentar pensar a qué hace referencia y por qué. Si al final quieren aportar alguno que conozcan que guarde relación pueden hacerlo.
 - Hasta Navidad el invierno no llegará.
 - Invierno que mucho hiela cosecha de fruto espera. En valencià: hivern que molt gela, collita de fruits espera.
 - Año de nieves, año de bienes.
 - Enero caliente, el diablo trae en el vientre.
 - Tardor amb serena, hivern amb ventera.
 - En hivern no hi ha millor amic que una bona capa i un abric.

- Hivern plujós, estiu perillós.
- Hivern plujós, estiu abundós.
- Mal hivern, primavera del infern.
- Tronades de març, l'hivern és llarg.
- Entre Tots Sants i la Nativitat entra l'hivern de veritat.
- Novembre acabat, hivern començat.
- Abril finat, hivern passat.
- Fins que la lluna d'abril no haja passat, no dones l'hivern per acabat.

6. “Conexión con el presente”. Conversamos:

- ¿Cómo son ahora los inviernos?
- ¿Qué cambios se han producido?
- Lo que permanece, lo que no ha cambiado.

Cierre. Felicitamos a las personas participantes por el esfuerzo realizado y sus ejecuciones. Valoramos la satisfacción (Anexo 1), emplazamos a la siguiente sesión y nos despedimos.

SESIÓN 5.

Recordatorio: deben participar de manera activa todas las personas participantes, iremos preguntando una a una en cada una de las partes de la actividad. En las partes que tengan suficientes unidades para que cada uno responda una o dos así será, pero en el resto tendrán que hablar y dar su respuesta todas/os.

Bienvenida.

Entablamos conversación inicial, buscando favorecer la participación y afianzar las relaciones sociales. Introducimos brevemente aquello que vamos a trabajar en la sesión (3-5').

Orientación a la Realidad.

Orientación a la realidad, con la que iniciaremos todas las sesiones: orientación temporal, espacial y breve repaso personal. Dedicamos máximo 10 minutos a todos estos aspectos, la parte de orientación temporal y espacial las lanzaremos al grupo en general.

Antes de empezar presentamos los contenidos a trabajar en a sesión de hoy, tres actividades de estimulación cognitiva y para finalizar hablaremos de la juventud y el noviazgo.

- Repasaremos nuestros nombres y les preguntaremos qué tal se encuentran a todas y todos los participantes (recordemos que estamos ante grupos de máximo 6 personas).
- ¿Qué día de la semana es hoy?
- ¿En qué mes estamos?
- ¿Qué día del mes es?
- ¿En qué año estamos?
- ¿En qué estación del año estamos?
- En caso de que se acerque alguna festividad concreta la podemos señalar, comentar, dedicar unos minutos a ello, también podemos hablar sobre la estación del año, tratar qué supone, el tiempo meteorológico.
- Si se ha producido algún tema de actualidad reseñable podemos dedicarle unos minutos.
- También hablaremos sobre la población y lugar donde estamos brevemente, haremos algún comentario sobre poblaciones vecinas o comentaremos qué pueblos tenemos cerca.

Presentación y desarrollo de las actividades.

Actividades de Estimulación Cognitiva.

ACTIVIDAD 1. Velocidad de procesamiento.

Repartimos la sopa de letras que encontramos en el Anexo 7. Les indicamos que las palabras las pueden encontrar tanto en horizontal como en vertical y todas están del derecho, no hay ninguna a la inversa. Les daremos máximo 10 minutos, si alguien no la acaba se la podrá llevar para casa.

ACTIVIDAD 2. Inhibición.

Vamos a realizar una actividad tipo Stroop pero con cifras. En esta actividad tenemos material, que podemos imprimir o presentar en una tablet a las personas participantes (Anexo 8). La actividad consiste en que han de leer cuántos números hay e inhibir qué número es el que está escrito. Las primeras seis láminas nos sirven de ensayo y además son las más fáciles ya que presentamos la misma cifra representada las veces que le corresponde.

Haremos 6 rondas, hay material para máximo 6 personas pero si son menos lo adaptaremos y reduciremos al grupo (realizando siempre cada persona 6 ensayos).

ACTIVIDAD 3. Fluidez verbal.

Las vamos a decir una serie de palabras y nos tendrán que decir una palabra que signifique lo mismo y otra que signifique lo contrario. Haremos dos rondas, cada persona deberá dar el sinónimo y el antónimo de dos palabras:

- Guapo.
- Hablar.
- Cansado.
- Adinerado.
- Bueno.
- Frío.
- Lento.
- Nuevo.
- Disgusto.
- Aroma.
- Autonomía.
- Feliz.

Actividad de Reminiscencia. LA JUVENTUD. EL NOVIAZGO Y JUVENTUD.

1. “Presentación”. Presentamos que vamos a trabajar el tema de la juventud, en concreto el noviazgo. Como siempre vamos a pensar en el pasado y en el ahora.
2. “Mi primer pensamiento”. Empezamos a pensar y a centrarnos en lo que vamos a trabajar, la juventud y la época del noviazgo. Para empezar, les vamos a pedir que nos digan qué les viene a la cabeza al escuchar las siguientes palabras (siempre intentando centrarse en el contexto de la juventud y el noviazgo):
 - Juventud.
 - Novio, novia.
 - Enamorarse.

- Noviazgo.
 - Dote.
3. “Recordando”. Recordemos el pasado estableciendo conversaciones:
- La ocupación y la responsabilidad de los jóvenes, ¿estudiaban, trabajaban, colaboraban en casa?
 - La forma de diversión cuando eran jóvenes: qué solían hacer, los bailes, las aficiones, etc.
 - La edad de tener novio o novia.
 - Las relaciones de los novios y el noviazgo.
 - El grado de compromiso.
 - Las diferencias entre el hombre y la mujer en el noviazgo: el control de los padres, la libertad, la iniciativa.
 - ¿Cuánto y cómo se veían? ¿Cómo se divertían?
 - ¿Qué estaba prohibido o mal visto?
 - ¿Había alguna costumbre especial en el noviazgo (pedir la mano, la entrada en casa, llevar “carabina”)?
 - ¿Cuánto solía durar el noviazgo?
 - Las rupturas de novios, ¿eran frecuentes? ¿Qué consecuencias tenían? ¿Era igual para el hombre que para la mujer?
4. “Como oro en paño”. Recuerdos propios de la juventud y el noviazgo... un buen recuerdo guardado de sus noviazgos o de su juventud.
5. “¿Llevan razón?” Trabajamos los siguientes refranes... ¿lo habían escuchado antes? ¿qué significan? ¿tienen razón? Si alguno no lo han escuchado nunca (lo cual es probable) podemos leerlo igualmente e intentar pensar a qué hace referencia y por qué. Si al final quieren aportar alguno que conozcan que guarde relación pueden hacerlo.
- Ni abril sin flores ni juventud sin amores.
 - Amores reñidos, los más queridos.
 - Mozo sermonero o no tiene novia o no tiene dinero.
 - Mientras novia reina, cuando mujer sierva.
6. “Conexión con el presente”. Conversamos sobre cómo son los siguientes aspectos en la actualidad, teniendo en cuenta cómo eran antes:
- Las relaciones de pareja de hoy en día:
 - ¿Cómo son las relaciones de pareja de hoy en día?
 - La mayor libertad e independencia de la mujer.

- Relaciones más libres.
- Otros tipos de parejas (homosexuales, poliamor, relaciones abiertas, etc.)
- Las principales diferencias entre los noviazgos de antes y los de hoy en día:
 - Las ventajas de hoy en día.
 - Los inconvenientes o problemas de hoy en día.
- Aquello que no ha cambiado, lo que permanece.

Cierre. Felicitamos a las personas participantes por el esfuerzo realizado y sus ejecuciones. Valoramos la satisfacción (Anexo 1), emplazamos a la siguiente sesión y nos despedimos.

SESIÓN 6.

Recordatorio: deben participar de manera activa todas las personas participantes, iremos preguntando una a una en cada una de las partes de la actividad. En las partes que tengan suficientes unidades para que cada uno responda una o dos así será, pero en el resto tendrán que hablar y dar su respuesta todas/os.

Bienvenida.

Entablamos conversación inicial, buscando favorecer la participación y afianzar las relaciones sociales. Introducimos brevemente aquello que vamos a trabajar en la sesión (3-5’).

Orientación a la Realidad.

Orientación a la realidad, con la que iniciaremos todas las sesiones: orientación temporal, espacial y breve repaso personal. Dedicamos máximo 10 minutos a todos estos aspectos, la parte de orientación temporal y espacial las lanzaremos al grupo en general.

Antes de empezar presentamos los contenidos a trabajar en a sesión de hoy, tres actividades de estimulación cognitiva y para finalizar hablaremos de la vida adulta, en concreto, del día de su boda.

- Repasaremos nuestros nombres y les preguntaremos qué tal se encuentran a todas y todos los participantes (recordemos que estamos ante grupos de máximo 6 personas).
- ¿Qué día de la semana es hoy?
- ¿En qué mes estamos?
- ¿Qué día del mes es?
- ¿En qué año estamos?
- ¿En qué estación del año estamos?
- En caso de que se acerque alguna festividad concreta la podemos señalar, comentar, dedicar unos minutos a ello, también podemos hablar sobre la estación del año, tratar qué supone, el tiempo meteorológico.
- Si se ha producido algún tema de actualidad reseñable podemos dedicarle unos minutos.
- También hablaremos sobre la población y lugar donde estamos brevemente, haremos algún comentario sobre poblaciones vecinas o comentaremos qué pueblos tenemos cerca.

Presentación y desarrollo de las actividades.

Actividades de Estimulación Cognitiva.

ACTIVIDAD 1. Planificación.

Realizamos una actividad clásica y sencilla de planificación. Se trata de que cada persona describa qué pasos debe realizar para llevar a cabo la acción que les vamos a pedir. En esta

oportunidad realizaremos una sola ronda y la descripción deberá ser lo más detallada posible. Las acciones son las siguientes:

- Hacer una paella (u otro plato típico de la zona).
- Pintar una habitación de casa.
- Hacer un bizcocho.
- Plantar un árbol.
- Hacer la compra.
- Preparar una cena/comida con amigos en casa.

ACTIVIDAD 2. Working Memory.

En esta segunda actividad vamos a trabajar una tarea bastante compleja, lo presentaremos como un reto. La actividad consiste en que les presentaremos una serie de palabras en las que se esconde un anagrama de una ciudad española. Deberán trabajar por orden, respetando el turno, pero dada la complejidad de la tarea en caso de que sea necesario se pedirá ayuda al resto del grupo. Cada persona se enfrentará a dos palabras. El material está disponible en el Anexo 9, se puede imprimir o ir presentándolo en una tablet. Las palabras y sus soluciones son las siguientes:

- CALIENTA: Alicante.
- AGRADAN: Granada.
- REGONA: Gerona.
- ACEVILAN: Valencia.
- OVOIDE: Oviedo.
- HUECAS: Huesca.
- CENTOLLAS: Castellón.
- ARIOS: Soria.
- VALÍA: Ávila.
- TECLEABA: Albacete.
- BALCONERA: Barcelona.
- LLEVÁIS: Sevilla

ACTIVIDAD 3. Flexibilidad.

Vamos a pedirles que le den un final a las frases que vamos a decir, todo el mundo participará en todas las frases y de ser posible nos darán dos respuestas. No les pediremos de forma seguida a todos la misma frase para no caer en la repetición.

- No fui a trabajar porque...
- Ayer por la noche...

- Me llevé una sorpresa cuando...
- El año que viene...
- Mi vecina hoy...
- Esta mañana en el mercado...

Actividad de Reminiscencia. LA VIDA ADULTA. LA BODA.

1. “Presentación”. Presentamos que vamos a trabajar el tema de la vida adulta, en concreto su boda. Como siempre vamos a pensar en el pasado y en el ahora.
2. “Mi primer pensamiento”. Empezamos a pensar y a centrarnos en lo que vamos a trabajar el día de su boda. Si tenemos en el grupo alguna persona que no se ha casado no pasa nada, podrá participar igualmente rememorando las bodas de familiares más próximos o amigos. Para empezar, les vamos a pedir que nos digan qué les viene a la cabeza al escuchar las siguientes palabras (siempre intentando centrarse en el contexto de su boda):
 - Boda.
 - Novio/novia.
 - Anillo de casarse, alianza.
 - Banquete.
 - Matrimonio.
3. “Recordando”. Recordemos el pasado estableciendo conversaciones:
 - ¿Cuánto duró el noviazgo?
 - ¿Cuándo y cómo se dio la decisión de casarse?
 - La boda: ¿cómo, cuándo y dónde se celebró?
 - Los vestidos de los novios.
 - ¿Quiénes fueron los padrinos? ¿Había muchos invitados?
 - El banquete.
 - Los regalos que recibieron.
 - El viaje de novios.
 - ¿Dónde fueron a vivir cuando se casaron?
 - ¿Hubo alguna anécdota el día de su boda?
4. “Como oro en paño”. Recuerdos propios... un buen recuerdo guardado del noviazgo, del día de la boda o del viaje de novios.
5. “¿Llevan razón?”. Trabajamos los siguientes refranes... ¿lo habían escuchado antes? ¿qué significan? ¿tienen razón? Si alguno no lo han escuchado nunca (lo cual es probable) podemos leerlo igualmente e intentar pensar a qué hace referencia y por qué. Si al final quieren aportar alguno que conozcan que guarde relación pueden hacerlo.

- El casament i la mortalla, del cel davalla.
- Quien casa por amores, malos días, buenas noches.
- Matrimonio repentino, muchacho cincomesino.
- Herència forta, casament en porta.
- Meló i casament, qüestió d'encertament.

6. “Conexión con el presente”. Conversamos sobre cómo son los siguientes aspectos en la actualidad, teniendo en cuenta cómo eran antes:

- Los matrimonios de hoy en día:
 - La mujer trabajando fuera de casa.
 - El divorcio.
 - Los matrimonios homosexuales.
- Las principales diferencias entre los matrimonios de antes y los de hoy en día:
 - Las ventajas de hoy en día.
 - Los inconvenientes o problemas de hoy en día.
- Aquello que no ha cambiado, lo que permanece.

Cierre. Felicitamos a las personas participantes por el esfuerzo realizado y sus ejecuciones. Valoramos la satisfacción (Anexo 1), emplazamos a la siguiente sesión y nos despedimos.

SESIÓN 7.

Recordatorio: deben participar de manera activa todas las personas participantes, iremos preguntando una a una en cada una de las partes de la actividad. En las partes que tengan suficientes unidades para que cada uno responda una o dos así será, pero en el resto tendrán que hablar y dar su respuesta todas/os.

Bienvenida.

Entablamos conversación inicial, buscando favorecer la participación y afianzar las relaciones sociales. Introducimos brevemente aquello que vamos a trabajar en la sesión (3-5').

Orientación a la Realidad.

Orientación a la realidad, con la que iniciaremos todas las sesiones: orientación temporal, espacial y breve repaso personal. Dedicamos máximo 10 minutos a todos estos aspectos, la parte de orientación temporal y espacial las lanzaremos al grupo en general.

Antes de empezar presentamos los contenidos a trabajar en a sesión de hoy, tres actividades de estimulación cognitiva y para finalizar hablaremos de la vida adulta y la crianza de los hijos.

- Repasaremos nuestros nombres y les preguntaremos qué tal se encuentran a todas y todos los participantes (recordemos que estamos ante grupos de máximo 6 personas).
- ¿Qué día de la semana es hoy?
- ¿En qué mes estamos?
- ¿Qué día del mes es?
- ¿En qué año estamos?
- ¿En qué estación del año estamos?
- En caso de que se acerque alguna festividad concreta la podemos señalar, comentar, dedicar unos minutos a ello, también podemos hablar sobre la estación del año, tratar qué supone, el tiempo meteorológico.
- Si se ha producido algún tema de actualidad reseñable podemos dedicarle unos minutos.
- También hablaremos sobre la población y lugar donde estamos brevemente, haremos algún comentario sobre poblaciones vecinas o comentaremos qué pueblos tenemos cerca.

Presentación y desarrollo de las actividades.

Actividades de Estimulación Cognitiva.

ACTIVIDAD 1. Planificación.

En esta actividad vamos a planificar qué cosas necesitaríamos llevar para realizar unas actividades concretas, cada persona responderá a una situación e intentaremos que respondan de la manera más detallada posible:

- ¿Qué llevaría para pasar un día en la playa?
- ¿Qué llevaría para hacer la compra?
- ¿Qué necesita para preparar una tortilla de patata?
- ¿Qué es necesario para preparar una comida de domingo en familia?
- ¿Qué necesita para la higiene diaria?
- ¿Qué necesita llevarse en una salida de fin de semana?

ACTIVIDAD 2. Inhibición.

En esta ocasión vamos a trabajar la inhibición con diversas tareas tipo go-no go. Todas las personas participantes harán los ejercicios a la vez, haremos cuatro pares de ejercicios, son los siguientes:

1) Si yo levanto una mano vosotros deberéis levantar dos.

Si yo levanto las dos manos vosotros levantaréis solamente una.

Pauta → 1 – 1 – 2 – 2 – 1 – 2 – 1 – 2 – 1 – 1 – 1 – 2.

2) Si doy una palmada vosotros deberéis dar tres.

Si doy tres palmadas vosotros deberéis dar una.

Pauta → 3 – 3 – 1 – 1 – 3 – 1 – 3 – 1 – 3 – 3 – 1 – 1.

3) Si yo os enseño la mano abierta vosotros me la tenéis que enseñar cerrada.

Si yo os enseño la mano cerrada vosotros me la tenéis que enseñar abierta.

Pauta → cerrada – cerrada – cerrada – abierta – cerrada – abierta – abierta – abierta – cerrada – abierta – cerrada – abierta.

4) Si yo me toco la oreja vosotros os tocaréis la nariz.

Si yo me toco la nariz vosotros os tocaréis la oreja.

Pauta → nariz – oreja – nariz – oreja – oreja – nariz – oreja – nariz – nariz – oreja – oreja – nariz.

ACTIVIDAD 3. Working Memory.

La última tarea de hoy consiste en pintar una serie de figuras en base a las instrucciones que se indican. Tenemos tres opciones con tres niveles de dificultad. Daremos la que más se ajuste a las necesidades de cada persona. Imprimiremos la ficha a doble cara e intentaremos que las personas memoricen a la primera la tarea a realizar, pero en caso de que perdiesen la consigna permitiremos que se revise.

Las fichas están disponibles en el Anexo 10 y daremos un tiempo máximo de 15 minutos, en caso de que no acaben la tarea se la podrán llevar para casa.

Actividad de Reminiscencia. LA VIDA ADULTA. LA CRIANZA DE LOS HIJOS.

1. “Presentación”. Presentamos que vamos a trabajar el tema de la vida adulta, en concreto de

la crianza de los hijos (o sobrinos o hermanitos pequeños en el caso de no tener hijos). Como siempre vamos a pensar en el pasado y en el ahora.

2. “Mi primer pensamiento”. Empezamos a pensar y a centrarnos en el tema que vamos a trabajar, en la crianza de los hijos. Como se comentaba en el punto anterior, si alguna persona no ha tenido hijos tomaremos sus vivencias respecto a sobrinos, hermanos pequeños o personas cercanas. Para empezar, les vamos a pedir que nos digan qué les viene a la cabeza al escuchar las siguientes palabras (siempre intentando centrarse en el contexto de la crianza de niños pequeños en su época):
 - Bebé.
 - Dar de mamar.
 - Hijos.
 - Educar.
3. “Recordando”. Recordemos el pasado estableciendo conversaciones:
 - Los hijos que han tenido.
 - El nacimiento del primer hijo o hija.
 - Quién cuidaba a los niños: el papel de las madres, el papel de los padres, de los hermanos y de los abuelos en la crianza.
 - La manera de criar: alimentación, higiene, curas médicas-sanitarias, etc.
 - Algunos recuerdos especiales: cuando empezaron a hablar, a caminar...
 - Tipo de ropa que utilizaban (cuánta ropa les ponían, cómo era la cuna, los pañales, etc.)
 - La educación: asistencia a la escuela, los premios y castigos.
 - Tipos de juegos y juguetes con sus hijas e hijos.
4. “Como oro en paño”. Recuerdos propios... un buen recuerdo guardado de cuando sus hijos eran pequeños.
5. “¿Llevan razón?” Trabajamos los siguientes refranes... ¿lo habían escuchado antes? ¿qué significan? ¿tienen razón? Si alguno no lo han escuchado nunca (lo cual es probable) podemos leerlo igualmente e intentar pensar a qué hace referencia y por qué. Si al final quieren aportar alguno que conozcan que guarde relación pueden hacerlo.
 - Más cuesta alimentar un vicio que criar dos hijos.
 - Dar a luz rejuvenece, criar es lo que envejece.
 - Para criar los padres y para malcriar los abuelos.
 - De tal palo, tal astilla.
 - Fills de gat, gatets.

- Diners i fills, com més pocs menys perills.
6. “Conexión con el presente”. Conversamos sobre cómo son los siguientes aspectos en la actualidad, teniendo en cuenta cómo eran antes:
- La crianza de los hijos hoy en día.
 - Las principales diferencias entre la crianza de antes y la de hoy en día:
 - Las ventajas de hoy en día (médicos, higiene, enseres, guarderías, etc.)
 - Los aspectos menos favorables de la crianza de hoy en día (que están menos con los padres, menos número de hermanos, ya no se juega en la calle, etc.)
 - Aquello que no ha cambiado, lo que permanece.

Cierre. Felicitamos a las personas participantes por el esfuerzo realizado y sus ejecuciones. Valoramos la satisfacción (Anexo 1), emplazamos a la siguiente sesión y nos despedimos.

SESIÓN 8.

Recordatorio: deben participar de manera activa todas las personas participantes, iremos preguntando una a una en cada una de las partes de la actividad. En las partes que tengan suficientes unidades para que cada uno responda una o dos así será, pero en el resto tendrán que hablar y dar su respuesta todas/os.

Bienvenida.

Entablamos conversación inicial, buscando favorecer la participación y afianzar las relaciones sociales. Introducimos brevemente aquello que vamos a trabajar en la sesión (3-5').

Orientación a la Realidad.

Orientación a la realidad, con la que iniciaremos todas las sesiones: orientación temporal, espacial y breve repaso personal. Dedicamos máximo 10 minutos a todos estos aspectos, la parte de orientación temporal y espacial las lanzaremos al grupo en general.

Antes de empezar presentamos los contenidos a trabajar en a sesión de hoy, tres actividades de estimulación cognitiva y para finalizar hablaremos de la música.

- Repasaremos nuestros nombres y les preguntaremos qué tal se encuentran a todas y todos los participantes (recordemos que estamos ante grupos de máximo 6 personas).
- ¿Qué día de la semana es hoy?
- ¿En qué mes estamos?
- ¿Qué día del mes es?
- ¿En qué año estamos?
- ¿En qué estación del año estamos?
- En caso de que se acerque alguna festividad concreta la podemos señalar, comentar, dedicar unos minutos a ello, también podemos hablar sobre la estación del año, tratar qué supone, el tiempo meteorológico.
- Si se ha producido algún tema de actualidad reseñable podemos dedicarle unos minutos.
- También hablaremos sobre la población y lugar donde estamos brevemente, haremos algún comentario sobre poblaciones vecinas o comentaremos qué pueblos tenemos cerca.

Presentación y desarrollo de las actividades.

Actividades de Estimulación Cognitiva.

ACTIVIDAD 1. Velocidad de procesamiento.

Vamos a realizar una actividad sencilla tipo N-back. Les pediremos que den un golpe en la mesa (o palmada) cada vez que escuchen dos números seguidos iguales:

4 – 8 – 6 – 6 – 5 – 9 – 10 – 10 – 2 – 2 – 1 – 6 – 7 – 9 – 9 – 5 – 4 – 3 – 2 – 1 – 1 – 5 – 5 – 6 – 6 – 9 – 10.

Cambiamos la consigna, ahora deberán dar un golpe en la mesa (o palmada) cada vez que escuchen dos números consecutivos, por ejemplo, 3 – 4:

4 – 8 – 6 – 5 – 9 – 10 – 1 – 5 – 6 – 4 – 3 – 6 – 9 – 8 – 9 – 5 – 4 – 8 – 7 – 8 – 6 – 3 – 4 – 0 – 2 – 3 – 5 – 8.

Por último, cambiamos la consigna de nuevo y ahora deberán dar un golpe en la mesa (o palmada) cada vez que escuchen un número seguido de su doble:

2 – 3 – 4 – 8 – 1 – 3 – 5 – 10 – 2 – 3 – 6 – 4 – 4 – 6 – 12 – 1 – 3 – 5 – 5 – 2 – 4 – 3 – 6 – 1 – 0 – 3 – 2 – 4.

ACTIVIDAD 2. Fluidez verbal.

En esta actividad repartiremos una hoja y las personas participantes deberán anotar todas las palabras que se les ocurran de las categorías que les vamos a pedir, daremos tres minutos por categoría. En caso de que en el grupo haya personas con dificultad con la escritura adaptaremos esta actividad y la haremos oral, deberán decir por orden cada persona una palabra y haremos tantas rondas como nos den los tres minutos, intentamos trabajar lo más rápido posible. Las categorías son las siguientes:

- Animales de cuatro patas.
- Nombres propios que empiecen por la letra P.
- Animales acuáticos.

ACTIVIDAD 3. Flexibilidad cognitiva.

En esta ocasión les vamos a pedir a las personas participantes que nos digan todos los usos que se les ocurren para los siguientes objetos, cuantos más y más variados mejor (no tiene por qué ser solamente usos habituales, pero sí con un sentido). Haremos dos rondas (dos palabras por persona). Las palabras son las siguientes:

- Una botella.
- Un folio.
- Una piedra.
- Un palo.
- Un carrete de hilo.
- Una caja de cartón.
- Un corcho.
- Un trozo de madera.
- Una bolsa de plástico.
- Una goma o banda elástica.
- Un bolígrafo.

- Una cuerda.

Actividad de Reminiscencia. ¡MÚSICA MAESTRO!

1. “Presentación”. Presentamos que vamos a trabajar el tema de la música, recordando especialmente la época de juventud.
2. “Mi primer pensamiento”. Empezamos a pensar y a centrarnos en lo que vamos a trabajar, en la música. Para empezar, les vamos a pedir que nos digan qué les viene a la cabeza al escuchar las siguientes palabras:
 - Música.
 - Cantante.
 - Bolero.
 - Orquesta.
 - Pasodoble.
 - Tocabiscos.
3. “Recordando”. Recordemos el pasado estableciendo conversaciones:
 - ¿Qué cantantes y canciones estaban de moda en su juventud?
 - ¿Quiénes eran sus cantantes preferidos? ¿Y qué canciones?
 - ¿Qué géneros musicales solía escuchar? ¿En qué ocasiones?
 - Las bandas de música.
4. “Como oro en paño”. Recuerdos propios... un buen recuerdo guardado en relación a la música.
5. “¿Llevan razón?” Trabajamos los siguientes refranes... ¿lo habían escuchado antes? ¿qué significan? ¿tienen razón? Si alguno no lo han escuchado nunca (lo cual es probable) podemos leerlo igualmente e intentar pensar a qué hace referencia y por qué. Si al final quieren aportar alguno que conozcan que guarde relación pueden hacerlo.
 - Música y flores llaman amores.
 - Donde música hubiere, cosa mala no existiere.
 - La música amansa a las fieras.
 - Quien canta, su mal espanta.
 - De music, metge i poeta, tothom en té una miqueta.
 - Escolà, music o barber, home de bé no pot ser.
6. “Conexión con el presente”. Conversamos sobre cómo son los siguientes aspectos en la actualidad, teniendo en cuenta cómo eran antes:
 - La música de hoy en día.
 - Las principales diferencias entre los gustos musicales actuales y los de antes.

- Aquello que no ha cambiado, lo que permanece.

Podemos rematar la actividad poniendo y cantando algunas de las canciones que nos han nombrado a lo largo de la actividad.

Cierre. Felicitamos a las personas participantes por el esfuerzo realizado y sus ejecuciones.

Valoramos la satisfacción (Anexo 1), emplazamos a la siguiente sesión y nos despedimos.

SESIÓN 9.

Recordatorio: deben participar de manera activa todas las personas participantes, iremos preguntando una a una en cada una de las partes de la actividad. En las partes que tengan suficientes unidades para que cada uno responda una o dos así será, pero en el resto tendrán que hablar y dar su respuesta todas/os.

Bienvenida.

Entablamos conversación inicial, buscando favorecer la participación y afianzar las relaciones sociales. Introducimos brevemente aquello que vamos a trabajar en la sesión (3-5’).

Orientación a la Realidad.

Orientación a la realidad, con la que iniciaremos todas las sesiones: orientación temporal, espacial y breve repaso personal. Dedicamos máximo 10 minutos a todos estos aspectos, la parte de orientación temporal y espacial las lanzaremos al grupo en general.

Antes de empezar presentamos los contenidos a trabajar en a sesión de hoy, tres actividades de estimulación cognitiva y para finalizar hablaremos de la infancia, en concreto de la vida adulta, cuando los hijos se hacen mayores.

- Repasaremos nuestros nombres y les preguntaremos qué tal se encuentran a todas y todos los participantes (recordemos que estamos ante grupos de máximo 6 personas).
- ¿Qué día de la semana es hoy?
- ¿En qué mes estamos?
- ¿Qué día del mes es?
- ¿En qué año estamos?
- ¿En qué estación del año estamos?
- En caso de que se acerque alguna festividad concreta la podemos señalar, comentar, dedicar unos minutos a ello, también podemos hablar sobre la estación del año, tratar qué supone, el tiempo meteorológico.
- Si se ha producido algún tema de actualidad reseñable podemos dedicarle unos minutos.
- También hablaremos sobre la población y lugar donde estamos brevemente, haremos algún comentario sobre poblaciones vecinas o comentaremos qué pueblos tenemos cerca.

Presentación y desarrollo de las actividades.

Actividades de Estimulación Cognitiva.

ACTIVIDAD 1. Fluidez verbal.

Trabajamos la fluidez verbal en base a diferentes categorías semánticas, haremos tres rondas para cada categoría semántica (en total cada persona deberá decir tres palabras por categoría y

habrá 3 categorías, en total, deberán decir 9 palabras). Las categorías a trabajar son las siguientes:

- Prendas de vestir.
- Ciudades de España.
- Alimentos.

Como hemos indicado, primero haremos tres rondas de prendas (si repiten alguna ya dicha intentamos que nos digan otra), a continuación, tres de ciudades y por último tres de alimentos. Remarcamos como siempre que es importante respetar el turno de palabra.

ACTIVIDAD 2. Working Memory.

En esta actividad les vamos a leer unas frases y les pediremos que a continuación las repitan en orden inverso, al revés, por ejemplo: “La libreta grande → grande libreta la”. Haremos tres rondas, de menor a mayor dificultad (cada persona tendrá que invertir tres frases, una de cada dificultad). Tenemos material para 6 personas, en caso de ser un grupo menor nos ajustamos al número de personas participantes.

- La casa roja.
- El teléfono azul.
- El niño pequeño.
- El mar salado.
- El gato cariñoso.
- La naranja dulce.
- El camino es largo.
- Las gafas son grandes.
- El anillo de esmeraldas.
- Hoy llueve a mares.
- Cristina es buena chica.
- El césped está alto.
- La doctora es buena profesional.
- La grapadora de color azul.
- El teléfono nuevo suena poco.
- Las uñas de color rojo.
- Mis amigos vienen esta noche.

ACTIVIDAD 3. Flexibilidad.

Hoy en esta actividad vamos a trabajar diferentes aspectos como son la flexibilidad cognitiva,

la memoria de trabajo y la expresión verbal. Les vamos a dar dos palabras y tendrán que elaborar una frase con ellas, siguiendo el orden que les pidamos. Por ejemplo:

- Crear una frase con la palabra coche en primer lugar y garaje en segundo: No tengo costumbre de dejar el coche en el garaje.
- Crear una frase con la palabra garaje en primer lugar y coche en segundo: No he podido abrir el garaje y guardar el coche.

Como veremos les pediremos que primero digan una y luego la otra. Realizaremos 3 rondas (en total cada persona tendrá que decir 6 frases). Si vemos que la actividad resulta compleja la podemos simplificar a elaborar solamente una frase:

- COCHE – VIAJE.
- AGUA – FLOR.
- ABRIGO – FRÍO.
- PAN – COMIDA.
- DESAYUNO – CENA.
- PUEBLO – RÍO.
- CUCHARA – SOPA.
- GUITARRA – CONCIERTO.
- TELÉFONO – AMIGO.
- VERANO – PLAYA.
- CASA – ABUELO.
- CUADRO – PARED.
- TEATRO – NOCHE.
- LÁPIZ – COLEGIO.
- CASA – GATO.
- DUCHA – CALOR.
- FIESTA – COMIDA.
- RADIO – ENTREVISTA.

Actividad de Reminiscencia. LA VIDA ADULTA. CUANDO LOS HIJOS CRECEN.

1. “Presentación”. Presentamos que vamos a trabajar el tema de la vida adulta, en concreto vamos a hablar de cuando los hijos se hacen mayores. Como siempre vamos a pensar en el pasado y en el ahora.
2. “Mi primer pensamiento”. Empezamos a pensar y a centrarnos en lo que vamos a trabajar, la época de cuando los hijos se hacen mayores. Como en sesiones anteriores, si alguna persona no ha tenido hijos tomaremos sus vivencias respecto a sobrinos, hermanos

pequeños o personas cercanas. Para empezar, les vamos a pedir que nos digan qué les viene a la cabeza al escuchar las siguientes palabras (siempre intentando centrarse en el contexto de los hijos cuando se hacen mayores):

- Hijo o hija.
- Adolescente.
- Crecer.
- Rebeldía.
- Independencia.

3. “Recordando”. Recordemos el pasado estableciendo conversaciones:

- El cambio de niños a jóvenes: la adolescencia de sus hijos.
- El papel del padre y de la madre frente a los hijos mayores.
- Sus primeros pasos de independencia: salir de noche, irse a estudiar fuera, irse de viaje o de vacaciones, etc.
- ¿Era igual para los chicos que para las chicas?
- Cuando los hijos se fueron de casa.

4. “Como oro en paño”. Recuerdos propios... un buen recuerdo guardado de cuando sus hijos se hicieron mayores.

5. “¿Llevan razón?” Trabajamos los siguientes refranes... ¿lo habían escuchado antes? ¿qué significan? ¿tienen razón? Si alguno no lo han escuchado nunca (lo cual es probable) podemos leerlo igualmente e intentar pensar a qué hace referencia y por qué. Si al final quieren aportar alguno que conozcan que guarde relación pueden hacerlo.

- Hijos criados trabajos doblados.
- Lo que con tus padres hagas con tus hijos lo pagas.

6. “Conexión con el presente”. Conversamos sobre cómo son los siguientes aspectos en la actualidad, teniendo en cuenta cómo eran antes:

- La relación entre los padres y los hijos jóvenes de hoy en día.
- Las principales diferencias entre las relaciones de los hijos jóvenes y los padres de antes y la de hoy en día:
 - Las ventajas de los hijos mayores de hoy en día.
 - Los inconvenientes o problemas.
- Aquello que no ha cambiado, lo que permanece.

Cierre. Felicitamos a las personas participantes por el esfuerzo realizado y sus ejecuciones. Valoramos la satisfacción (Anexo 1), emplazamos a la siguiente sesión y nos despedimos.

SESIÓN 10.

Recordatorio: deben participar de manera activa todas las personas participantes, iremos preguntando una a una en cada una de las partes de la actividad. En las partes que tengan suficientes unidades para que cada uno responda una o dos así será, pero en el resto tendrán que hablar y dar su respuesta todas/os.

Bienvenida.

Entablamos conversación inicial, buscando favorecer la participación y afianzar las relaciones sociales. Introducimos brevemente aquello que vamos a trabajar en la sesión (3-5’).

Orientación a la Realidad.

Orientación a la realidad, con la que iniciaremos todas las sesiones: orientación temporal, espacial y breve repaso personal. Dedicamos máximo 10 minutos a todos estos aspectos, la parte de orientación temporal y espacial las lanzaremos al grupo en general.

Antes de empezar presentamos los contenidos a trabajar en a sesión de hoy, tres actividades de estimulación cognitiva y para finalizar hablaremos de la infancia, en concreto de la alimentación y comidas.

- Repasaremos nuestros nombres y les preguntaremos qué tal se encuentran a todas y todos los participantes (recordemos que estamos ante grupos de máximo 6 personas).
- ¿Qué día de la semana es hoy?
- ¿En qué mes estamos?
- ¿Qué día del mes es?
- ¿En qué año estamos?
- ¿En qué estación del año estamos?
- En caso de que se acerque alguna festividad concreta la podemos señalar, comentar, dedicar unos minutos a ello, también podemos hablar sobre la estación del año, tratar qué supone, el tiempo meteorológico.
- Si se ha producido algún tema de actualidad reseñable podemos dedicarle unos minutos.
- También hablaremos sobre la población y lugar donde estamos brevemente, haremos algún comentario sobre poblaciones vecinas o comentaremos qué pueblos tenemos cerca.

Presentación y desarrollo de las actividades.

Actividades de Estimulación Cognitiva.

ACTIVIDAD 1. Velocidad de procesamiento.

La primera actividad de hoy consiste en contar una serie de estímulos lo más rápidamente posible. Repartimos las fichas que habremos imprimido previamente (Anexo 11) junto con un

lápiz, deberán contar cuántas frutas hay (hay 41, si no es correcto pedimos que revisen).

ACTIVIDAD 2. Inhibición.

En la segunda actividad de hoy vamos a trabajar una tarea tipo Stroop. Les repartiremos la ficha y un lápiz. En la ficha deberán simplemente hacer un círculo en todas las palabras rojo, independientemente del color en que estén escritas. Les pediremos que trabajen todo lo rápido que puedan y si se equivocan no pasa nada, ¡seguimos! No caemos en borrar y seguir (no debemos dar goma de borrar). La ficha está disponible en el Anexo 12.

ACTIVIDAD 3. Planificación.

Vamos a trabajar qué podríamos hacer para resolver las siguientes situaciones problemáticas que se plantean. Haremos dos rondas, por lo tanto, cada persona deberá resolver dos situaciones. Planteamos... ¿Qué harías si...?

- Se te olvidan dentro las llaves de casa.
- Te cortas con un cuchillo.
- Se ha ido la electricidad de la casa.
- Te molestan las muelas al comer.
- Después de hacer la compra, al llegar a casa te das cuenta de que te han devuelto mal al pagar.
- Has estado en la playa y te has quemado con el sol.
- Estás dando un paseo y de repente se pone a llover mucho.
- Han dejado un paquete en tu buzón, pero no es para ti ni para nadie de tu familia.
- Se te rompe un cristal de las gafas.
- Tienes goteras en casa y parecen de la vecina de arriba.
- Te roban el bolso/cartera con toda tu documentación.
- Te encuentras mal, sin fuerza, con tos y con dolor de cabeza.

Actividad de Reminiscencia. ALIMENTACIÓN Y COMIDAS.

1. “Presentación”. Presentamos que vamos a trabajar el tema de la cocina y la alimentación, hablaremos sobre la cocina en general, sobre qué necesitamos para cocinar, si les ha gustado cocinar, algún plato en concreto, etc. Como siempre vamos a pensar en el pasado y en el ahora.
2. “Mi primer pensamiento”. Empezamos a pensar y a centrarnos en lo que vamos a trabajar, en la alimentación y la cocina. Para empezar, les vamos a pedir que nos digan qué les viene a la cabeza al escuchar las siguientes palabras (siempre intentando centrarse en la alimentación de años atrás):
 - Comer.

- Verdura.
 - Carne.
 - Pescado.
 - Repostería.
3. “Recordando”. Recordemos el pasado estableciendo conversaciones:
- ¿Quién se encargaba de preparar la comida en casa?
 - ¿Qué tipo de comida se preparaba a diario?
 - ¿Qué tipo de dieta se seguía? La frecuencia de los alimentos: carne y pescado, legumbres, verdura y fruta, leche y productos lácteos, etc.
 - Los platos más frecuentes de los días normales.
 - Los postres caseros.
 - Los menús especiales de fiesta.
 - Sus platos preferidos.
4. “Como oro en paño”. Recuerdos propios... un buen recuerdo guardado en relación a la cocina y las comidas.
5. “¿Llevan razón?”. Trabajamos los siguientes refranes... ¿lo habían escuchado antes? ¿qué significan? ¿tienen razón? Si alguno no lo han escuchado nunca (lo cual es probable) podemos leerlo igualmente e intentar pensar a qué hace referencia y por qué. Si al final quieren aportar alguno que conozcan que guarde relación pueden hacerlo.
- El menjar entra pels ulls.
 - El dinar reposat i el sopar passejat.
 - Bon aliment, millor pensament.
 - Con pan y vino se anda el camino.
 - Qui peixet vullga menjar, el culet s’ha de banyar.
 - De menjar poc, parlar poc i alçar-se matí, ningú no s’ha tingut que penedir.
 - Faena, fuig; menjar, acosta’t.
 - Gastar i menjar, tot és començar.
 - Si treballes, menjaràs; i si no, dejunaràs.
6. “Conexión con el presente”. Conversamos sobre cómo son los siguientes aspectos en la actualidad, teniendo en cuenta cómo eran antes:
- La alimentación de hoy en día.
 - ¿Han cambiado los hábitos en la alimentación?
 - Los avances y mejoras en la alimentación actual.
 - Los problemas y riesgos.

- ¿Se echa de menos alguna cosa de la alimentación de antes?
- Aquello que no ha cambiado, lo que permanece.

Cierre. Felicitamos a las personas participantes por el esfuerzo realizado y sus ejecuciones. Valoramos la satisfacción (Anexo 1), emplazamos a la siguiente sesión y nos despedimos.

SESIÓN 11.

Recordatorio: deben participar de manera activa todas las personas participantes, iremos preguntando una a una en cada una de las partes de la actividad. En las partes que tengan suficientes unidades para que cada uno responda una o dos así será, pero en el resto tendrán que hablar y dar su respuesta todas/os.

Bienvenida.

Entablamos conversación inicial, buscando favorecer la participación y afianzar las relaciones sociales. Introducimos brevemente aquello que vamos a trabajar en la sesión (3-5').

Orientación a la Realidad.

Orientación a la realidad, con la que iniciaremos todas las sesiones: orientación temporal, espacial y breve repaso personal. Dedicamos máximo 10 minutos a todos estos aspectos, la parte de orientación temporal y espacial las lanzaremos al grupo en general.

Antes de empezar presentamos los contenidos a trabajar en a sesión de hoy, tres actividades de estimulación cognitiva y para finalizar hablaremos de la vida adulta, en concreto, del trabajo.

- Repasaremos nuestros nombres y les preguntaremos qué tal se encuentran a todas y todos los participantes (recordemos que estamos ante grupos de máximo 6 personas).
- ¿Qué día de la semana es hoy?
- ¿En qué mes estamos?
- ¿Qué día del mes es?
- ¿En qué año estamos?
- ¿En qué estación del año estamos?
- En caso de que se acerque alguna festividad concreta la podemos señalar, comentar, dedicar unos minutos a ello, también podemos hablar sobre la estación del año, tratar qué supone, el tiempo meteorológico.
- Si se ha producido algún tema de actualidad reseñable podemos dedicarle unos minutos.
- También hablaremos sobre la población y lugar donde estamos brevemente, haremos algún comentario sobre poblaciones vecinas o comentaremos qué pueblos tenemos cerca.

Presentación y desarrollo de las actividades.

Actividades de Estimulación Cognitiva.

ACTIVIDAD 1. Velocidad de procesamiento.

En la primera actividad de hoy les vamos a repartir la ficha disponible en el Anexo 13, donde deberán buscar lo más rápidamente que puedan cuál es la opción diferente a las demás en cada línea. En esta actividad no deberemos invertir más de 5 minutos.

ACTIVIDAD 2. Inhibición.

Vamos a realizar un juego con frases erróneas. Les pediremos que repitan la frase que les vamos a leer, sin corregirla ni nada, repetirla sin más y acto seguido les haremos la pregunta que se indica inmediatamente después. Haremos cinco rondas, cada persona responderá a 5 preguntas, como siempre, si contamos con menos personas en el grupo siempre nos ajustaremos a que cada persona responda cinco. Las frases y preguntas son las siguientes:

- La leche es negra. ¿De qué color es la leche?
- La sangre es verde. ¿De qué color es la sangre?
- La hierba es azul. ¿De qué color es la hierba?
- La nieve es negra. ¿De qué color es la nieve?
- Los tomates son blancos. ¿De qué color son los tomates?
- El carbón es blanco. ¿De qué color es el carbón?
- En invierno hace calor. ¿Qué tiempo hace en invierno?
- Los peces viven en la tierra. ¿Dónde viven los peces?
- Las vacas comen carne. ¿Qué comen las vacas?
- La capital de Francia es Madrid. ¿Cuál es la capital de Francia?
- Dos y dos son siete. ¿Cuánto son dos y dos?
- Tres por cuatro son veinte. ¿Cuánto son tres por cuatro?
- El manzano da naranjas. ¿Qué da el manzano?
- El limonero da manzanas. ¿Qué da el limonero?
- El sol sale por la noche. ¿Cuándo sale el sol?
- La zanahoria es verde. ¿De qué color es la zanahoria?
- En primavera se caen las hojas. ¿Cuándo se caen las hojas?
- Los helados se toman calientes. ¿Cómo se toman los helados?
- Barremos la casa con la lavadora. ¿Con qué barremos la casa?
- La sal es dulce. ¿Cómo es la sal?
- Las naranjas son azules. ¿De qué color son las naranjas?
- La sopa se come con tenedor. ¿Con qué se come la sopa?
- Los peces vuelan. ¿Qué hacen los peces?
- Cenamos por la mañana. ¿Cuándo cenamos?
- Las estrellas se ven por el día. ¿Cuándo se ven las estrellas?
- El mar es amarillo. ¿De qué color es el mar?
- Lavamos los platos en la lavadora. ¿Dónde lavamos los platos?
- La sal es negra. ¿De qué color es la sal?

- El primer mes del año es febrero. ¿Cuál es el primer mes del año?
- La capital de España es Barcelona. ¿Cuál es la capital de España?

ACTIVIDAD 3. Fluidez verbal.

En esta actividad repartiremos una hoja y las personas participantes deberán anotar todas las palabras que se les ocurran según las instrucciones que les vamos a decir, daremos tres minutos por instrucción. En caso de que en el grupo haya personas con dificultad con la escritura adaptaremos esta actividad y la haremos oral, deberán decir por orden cada persona una palabra y haremos tantas rondas como nos den los tres minutos. Las instrucciones son las siguientes:

- Palabras que terminen con la letra A.
- Palabras que terminen con la letra E.
- Palabras que terminen con la letra N.
- Palabras que terminen con la letra R.

Actividad de Reminiscencia. LA VIDA ADULTA. EL TRABAJO.

1. “Presentación”. Presentamos que vamos a trabajar el tema del trabajo. Como siempre vamos a pensar en el pasado y en el ahora.
2. “Mi primer pensamiento”. Empezamos a pensar y a centrarnos en lo que vamos a trabajar, en el trabajo. Para empezar, les vamos a pedir que nos digan qué les viene a la cabeza al escuchar las siguientes palabras (siempre intentando centrarse en años atrás):
 - Trabajo.
 - Sueldo.
 - Oficio.
 - Jefe.
 - Compañeros.
3. “Recordando”. Recordemos el pasado estableciendo conversaciones:
 - El inicio del trabajo:
 - ¿A qué edad empezó a trabajar?
 - ¿Cuál fue su primer trabajo?
 - Los trabajos que han realizado:
 - ¿En qué consistían?
 - ¿Cuánto duraba la jornada?
 - ¿Qué era lo mejor y qué era lo peor del trabajo?
 - Las condiciones de trabajo de entonces:
 - Los descansos, ¿cada cuanto descansaban o tenían permiso?
 - Las pagas o jornales, ¿era suficiente para vivir bien?

- Incidentes en el trabajo, ¿hubo algún caso especial que recuerden?
 - Los compañeros de trabajo, ¿tenían buena relación? ¿Cómo se sentían con ellos?
 - Los jefes del trabajo, ¿tenían buena relación? ¿Cómo se sentían con ellos?
4. “Como oro en paño”. Recuerdos propios... un buen recuerdo guardado en relación al trabajo.
5. “¿Llevan razón?” Trabajamos los siguientes refranes... ¿lo habían escuchado antes? ¿qué significan? ¿tienen razón? Si alguno no lo han escuchado nunca (lo cual es probable) podemos leerlo igualmente e intentar pensar a qué hace referencia y por qué. Si al final quieren aportar alguno que conozcan que guarde relación pueden hacerlo.
- No hay mejor lotería que el trabajo y la economía.
 - Ya que aprendiste a cobrar, aprende también a trabajar.
 - Más fácil es de la obra juzgar que en ella trabajar.
 - Del jefe y del mulo, cuanto más lejos más seguro.
 - A casa del paleta, mai la feina no està feta (En casa del herrero, cuchillo de palo).
 - A Déu prega el qui treballa.
 - A més de pregar, cal treballar.
 - A la casa on es treballa, mai falta pa ni palla.
 - Bon viure i no treballar, no pot durar.
6. “Conexión con el presente”. Conversamos sobre cómo son los siguientes aspectos en la actualidad, teniendo en cuenta cómo eran antes:
- El trabajo y sus condiciones de hoy en día.
 - Las principales diferencias entre el antes y el ahora en el mundo laboral:
 - Los principales avances y ventajas del trabajo de hoy en día: mayor preparación académica, menor carga física, mejores condiciones laborales, etc.
 - Los principales inconvenientes: los problemas de los jóvenes para encontrar trabajo.
 - Aquello que no ha cambiado, lo que permanece.

Cierre. Felicitamos a las personas participantes por el esfuerzo realizado y sus ejecuciones. Valoramos la satisfacción (Anexo 1), emplazamos a la siguiente sesión y nos despedimos.

SESIÓN 12.

Recordatorio: deben participar de manera activa todas las personas participantes, iremos preguntando una a una en cada una de las partes de la actividad. En las partes que tengan suficientes unidades para que cada uno responda una o dos así será, pero en el resto tendrán que hablar y dar su respuesta todas/os.

Bienvenida.

Entablamos conversación inicial, buscando favorecer la participación y afianzar las relaciones sociales. Introducimos brevemente aquello que vamos a trabajar en la sesión (3-5').

Orientación a la Realidad.

Orientación a la realidad, con la que iniciaremos todas las sesiones: orientación temporal, espacial y breve repaso personal. Dedicamos máximo 10 minutos a todos estos aspectos, la parte de orientación temporal y espacial las lanzaremos al grupo en general.

Antes de empezar presentamos los contenidos a trabajar en a sesión de hoy, tres actividades de estimulación cognitiva y para finalizar hablaremos de la infancia, en concreto de la emigración fuera de España, en su época de juventud.

- Repasaremos nuestros nombres y les preguntaremos qué tal se encuentran a todas y todos los participantes (recordemos que estamos ante grupos de máximo 6 personas).
- ¿Qué día de la semana es hoy?
- ¿En qué mes estamos?
- ¿Qué día del mes es?
- ¿En qué año estamos?
- ¿En qué estación del año estamos?
- En caso de que se acerque alguna festividad concreta la podemos señalar, comentar, dedicar unos minutos a ello, también podemos hablar sobre la estación del año, tratar qué supone, el tiempo meteorológico.
- Si se ha producido algún tema de actualidad reseñable podemos dedicarle unos minutos.
- También hablaremos sobre la población y lugar donde estamos brevemente, haremos algún comentario sobre poblaciones vecinas o comentaremos qué pueblos tenemos cerca.

Presentación y desarrollo de las actividades.

Actividades de Estimulación Cognitiva.

ACTIVIDAD 1. Working Memory.

La primera actividad de hoy consiste en realizar la ficha en la que han de buscar los nombres de ciudades que están repetidos. Para hacer esta actividad emplearemos máximo 10 minutos.

El material está disponible en el Anexo 14 y las ciudades que se encuentran repetidas son:

Madrid, Bilbao, Lugo y Córdoba.

ACTIVIDAD 2. Flexibilidad.

La segunda actividad de hoy consiste en que les vamos a leer una serie de palabras y tendrán que actuar según las instrucciones que les vamos a dar. En caso de que lo consideremos necesario podemos escribir las consignas en una pizarra:

- Si en la palabra predomina la letra A darán una palmada.
- Si en la palabra predomina la letra E cerrarán los ojos.
- Si en la palabra predomina la letra O abrirán la boca.

Las palabras son las siguientes:

Abad – Esther – Ojo – Entiende – Oso – Enfermen – Pomo – Amalia – Habas – Enciende – Enchufe – Abadesa – Loco – Opio – Elche – Carta – Empleen – Oro – Barata – Otoño – Envejece – Abdicar – Óptico – Odioso – Habana – Temer – Barraca – Eterno – Tacaña – Olvido.

ACTIVIDAD 3. Planificación.

En la actividad que vamos a realizar a continuación trabajaremos diferentes acciones, deberán ordenar los pasos a realizar para poder llevarlas a cabo de manera correcta.

Les presentaremos en la tablet o en la lámina impresa los tres pasos que conforman la tarea y deberán repetirlos en el orden adecuado. Les podemos ayudar leyéndolo nosotros en primer lugar e introduciendo de qué acción se trata. Realizaremos tres rondas y por tanto cada persona resolverá tres acciones, respetando el orden de palabra.

Las acciones están disponibles en el Anexo 15.

Actividad de Reminiscencia. ¿FUERA DE ESPAÑA?

1. “Presentación”. Presentamos que vamos a trabajar sobre la época en la que emigraron fuera de España, hacemos una breve ronda y les preguntamos a todas y a todos si fueron al extranjero a trabajar, sin entrar en más detalle porque lo hablaremos luego.
2. “Mi primer pensamiento”. Empezamos a pensar y a centrarnos en lo que vamos a trabajar, las salidas al extranjero a trabajar. Para empezar, les vamos a pedir que nos digan qué les viene a la cabeza al escuchar las siguientes palabras (siempre intentando centrarse en años atrás):
 - Emigrante.
 - Patria.
 - Extranjero.
 - País.
 - España.

3. “Recordando”. Recordemos el pasado estableciendo conversaciones:

- La emigración de los españoles:
 - ¿Por qué motivo emigraban los españoles?
 - ¿A qué países fueron principalmente?
- La experiencia de la emigración:
 - ¿Tuviste que emigrar? Si no, ¿algún familiar o amigo?
 - ¿Cómo te recibieron?
 - ¿Qué dificultades tuviste? ¿Echabas de menos España?
 - ¿Cómo era tu vida allí?
 - ¿Qué fue lo más positivo de la experiencia?
 - ¿Cuándo volviste? ¿Has vuelto a ir allí?
- Los viajes al extranjero:
 - ¿Era frecuente salir de España?
 - ¿Quién salía de España y por qué motivos?
 - ¿Hicisteis algún viaje fuera de España?
 - ¿Qué opinión había fuera de España de los españoles?
 - ¿Qué diferenciaba a España del resto de países europeos?

4. “Como oro en paño”. Recuerdos propios... un buen recuerdo guardado en cuanto a su salida de España y sus viajes al extranjero.

5. “¿Llevan razón?” Debatimos las siguientes frases...

- Nadie ama a su patria porque es grande, sino porque es suya (Lucio Anneo Séneca).
- Un hombre, cualquier hombre, vale más que una bandera, cualquier bandera (Eduardo Chillida).
- Uno cree que va a hacer un viaje, pero enseguida es el viaje el que lo hace a él (Nicolás de Bouvier).

6. “Conexión con el presente”. Conversamos sobre cómo son los siguientes aspectos en la actualidad, teniendo en cuenta cómo eran antes:

- España, país receptor de inmigrantes:
 - ¿De qué países vienen?
 - ¿Cómo se produce la integración y la convivencia?
- Los españoles que viven fuera, motivos.
- Viajar al extranjero:
 - Las facilidades de viajar de hoy en día.

- ¿Ha cambiado alguna cosa?
- Aquello que no ha cambiado, lo que permanece.

Cierre. Felicitamos a las personas participantes por el esfuerzo realizado y sus ejecuciones. Valoramos la satisfacción (Anexo 1), emplazamos a la siguiente sesión y nos despedimos.

SESIÓN 13.

Recordatorio: deben participar de manera activa todas las personas participantes, iremos preguntando una a una en cada una de las partes de la actividad. En las partes que tengan suficientes unidades para que cada uno responda una o dos así será, pero en el resto tendrán que hablar y dar su respuesta todas/os.

Bienvenida.

Entablamos conversación inicial, buscando favorecer la participación y afianzar las relaciones sociales. Introducimos brevemente aquello que vamos a trabajar en la sesión (3-5').

Orientación a la Realidad.

Orientación a la realidad, con la que iniciaremos todas las sesiones: orientación temporal, espacial y breve repaso personal. Dedicamos máximo 10 minutos a todos estos aspectos, la parte de orientación temporal y espacial las lanzaremos al grupo en general.

Antes de empezar presentamos los contenidos a trabajar en a sesión de hoy, tres actividades de estimulación cognitiva y para finalizar hablaremos de las faenas de hogar.

- Repasaremos nuestros nombres y les preguntaremos qué tal se encuentran a todas y todos los participantes (recordemos que estamos ante grupos de máximo 6 personas).
- ¿Qué día de la semana es hoy?
- ¿En qué mes estamos?
- ¿Qué día del mes es?
- ¿En qué año estamos?
- ¿En qué estación del año estamos?
- En caso de que se acerque alguna festividad concreta la podemos señalar, comentar, dedicar unos minutos a ello, también podemos hablar sobre la estación del año, tratar qué supone, el tiempo meteorológico.
- Si se ha producido algún tema de actualidad reseñable podemos dedicarle unos minutos.
- También hablaremos sobre la población y lugar donde estamos brevemente, haremos algún comentario sobre poblaciones vecinas o comentaremos qué pueblos tenemos cerca.

Presentación y desarrollo de las actividades.

Actividades de Estimulación Cognitiva.

ACTIVIDAD 1. Working Memory.

Esta actividad consiste en deletrear, haremos 4 rondas de menor a mayor dificultad, cada persona deberá deletrear 4 palabras. Como es habitual tenemos material para seis personas, pero si nuestro grupo es más reducido nos ajustaremos al grupo:

- 3 letras:
 - Río
 - Tía
 - Leo
 - Tos
 - Lío
 - Reo
- 4 letras:
 - Tiza
 - Gato
 - Mesa
 - Abro
 - Pelo
 - Ramo
- 5 letras:
 - Pilas
 - Libro
 - Mucho
 - Decir
 - Cebra
 - Cobra
- 6 letras:
 - Sentir
 - Examen
 - Diente
 - Duende
 - Abejas
 - Camina

ACTIVIDAD 2. Inhibición.

En esta actividad les explicaremos que van a tener que levantar la mano cada vez que lo que digamos sea cierto, nosotros levantaremos la mano siempre (la subiremos y la bajaremos con cada palabra, no siempre en alto), sea cierto o no, para crear confusión. Insistimos en que deben prestar atención y pensar antes de actuar. Trabajamos a buen ritmo, no lentamente.

→ ¿Cuál de estas palabras es un animal u objeto que vuele?

Golondrina, elefante, mariposa, gato, serpiente, avión, coche, hormiga, saltamontes, farola, cometa, bicicleta, mosquito, helicóptero, paloma, patinete, águila, mosca.

→ ¿Cuál de estas palabras es un ingrediente de cocina?

Harina, sal, barro, perejil, arena, azúcar, mantequilla, jabón, gasolina, lejía, patata, morfina, leche, agua, tenedor, garbanzos, fuego, plato.

→ ¿Cuál de estas palabras es una flor?

Rosa, ciprés, petunia, margarita, pino, orquídea, estrella, trébol, azucena, naranja, violeta, blanca, jazmín, castaño, platanero, amapola, hierba, clavel.

→ ¿Cuál de estas palabras es una fruta?

Piña, zumo, manzana, tila, naranja, plátano, cuchillo, melón, hierbabuena, ciruela, avellana, higo, nuez, melocotón, cereza, pasa, avena, mandarina.

→ ¿Cuál de estas palabras está relacionada con la medicina?

Médico, gasa, plato, tijeras, jeringuilla, televisión, suero, camilla, ordenador, enfermera, bisturí, radiografía, calcetines, auxiliar de enfermería, ecografía, fontanero, sangre, enfermedad.

→ ¿Cuál de estas palabras es una ciudad?

Roma, Francia, Madrid, Valencia, Navarra, Zaragoza, Alicante, Inglaterra, China, Alemania, Lisboa, Ceuta, Cádiz, Soria, Bilbao, Andalucía, Lleida, Granada.

ACTIVIDAD 3. Planificación.

Realizamos la ficha en la que han de resolver el laberinto, intentando no realizar errores, dedicaremos entre 5 y 10 minutos a la actividad. La ficha está disponible en el Anexo 16.

Actividad de Reminiscencia. LAS FAENAS DEL HOGAR.

1. “Presentación”. Presentamos que vamos a trabajar el tema de las faenas del hogar. Como siempre vamos a pensar en el pasado y en el ahora.
2. “Mi primer pensamiento”. Empezamos a pensar y a centrarnos en lo que vamos a trabajar, las faenas del hogar. Para empezar, les vamos a pedir que nos digan qué les viene a la cabeza al escuchar las siguientes palabras (siempre intentando centrarse en años atrás):
 - Fregar.
 - Barrer.
 - Lavar la ropa.
 - Planchar.
 - Coser.
 - Cocinar.

3. “Recordando”. Recordemos el pasado estableciendo conversaciones:
 - ¿Quién se encargaba de las faenas de la casa?
 - ¿Cómo se lavaba la ropa?
 - La limpieza de la casa.
 - La compra y la cocina.
 - Coser y bordar.
 - La plancha de la ropa.
 - ¿Qué es lo que más les gustaba hacer? ¿Y lo que menos?
 - ¿Te ayudaba alguien? ¿Los hombres colaboraban?
 - La llegada de los electrodomésticos: la nevera, la lavadora, etc.
4. “Como oro en paño”. Recuerdos propios... un buen recuerdo guardado en relación a todas estas actividades.
5. “¿Llevan razón?” Trabajamos los siguientes refranes... ¿lo habían escuchado antes? ¿qué significan? ¿tienen razón? Si alguno no lo han escuchado nunca (lo cual es probable) podemos leerlo igualmente e intentar pensar a qué hace referencia y por qué. Si al final quieren aportar alguno que conozcan que guarde relación pueden hacerlo.
 - No és més net qui més neteja sinó qui menys embruta.
 - Casa de muchos, casa de sucios.
 - Coser y cantar, todo es empezar.
 - La uva en el rosal, la uva en el hogar, y la mujer, con escoba y delantal.
6. “Conexión con el presente”. Conversamos sobre cómo son los siguientes aspectos en la actualidad, teniendo en cuenta cómo eran antes:
 - Las faenas de la casa hoy en día.
 - ¿Qué cambios se han producido?
 - Aquello que no ha cambiado, lo que permanece.

Cierre. Felicitamos a las personas participantes por el esfuerzo realizado y sus ejecuciones. Valoramos la satisfacción (Anexo 1), emplazamos a la siguiente sesión y nos despedimos.

SESIÓN 14.

Recordatorio: deben participar de manera activa todas las personas participantes, iremos preguntando una a una en cada una de las partes de la actividad. En las partes que tengan suficientes unidades para que cada uno responda una o dos así será, pero en el resto tendrán que hablar y dar su respuesta todas/os.

Bienvenida.

Entablamos conversación inicial, buscando favorecer la participación y afianzar las relaciones sociales. Introducimos brevemente aquello que vamos a trabajar en la sesión (3-5').

Orientación a la Realidad.

Orientación a la realidad, con la que iniciaremos todas las sesiones: orientación temporal, espacial y breve repaso personal. Dedicamos máximo 10 minutos a todos estos aspectos, la parte de orientación temporal y espacial las lanzaremos al grupo en general.

Antes de empezar presentamos los contenidos a trabajar en a sesión de hoy, tres actividades de estimulación cognitiva y para finalizar hablaremos de la vida adulta, en concreto de los viajes y vacaciones.

- Repasaremos nuestros nombres y les preguntaremos qué tal se encuentran a todas y todos los participantes (recordemos que estamos ante grupos de máximo 6 personas).
- ¿Qué día de la semana es hoy?
- ¿En qué mes estamos?
- ¿Qué día del mes es?
- ¿En qué año estamos?
- ¿En qué estación del año estamos?
- En caso de que se acerque alguna festividad concreta la podemos señalar, comentar, dedicar unos minutos a ello, también podemos hablar sobre la estación del año, tratar qué supone, el tiempo meteorológico.
- Si se ha producido algún tema de actualidad reseñable podemos dedicarle unos minutos.
- También hablaremos sobre la población y lugar donde estamos brevemente, haremos algún comentario sobre poblaciones vecinas o comentaremos qué pueblos tenemos cerca.

Presentación y desarrollo de las actividades.

Actividades de Estimulación Cognitiva.

ACTIVIDAD 1. Velocidad de procesamiento.

Repartimos la sopa de letras que encontramos en el Anexo 17. Les indicamos que las palabras las pueden encontrar tanto en horizontal como en vertical y todas están del derecho, no hay

ninguna a la inversa. Les daremos máximo 10 minutos, si alguien no la acaba se la podrá llevar para casa.

ACTIVIDAD 2. Flexibilidad.

En esta segunda actividad vamos a pedirles que completen las frases, pero no con un sentido normal, deberán responder con un absurdo, por ejemplo, “he guardado la leche en... la lavadora”. Realizaremos 2 rondas, cada persona deberá completar 2 frases:

- Amparo ha comprado un kilo de manzanas en...
- Hoy el gato se ha comido...
- Las nubes son de color...
- Cuando hace calor me pongo...
- Para no mojarnos utilizamos...
- Los guantes nos los ponemos en...
- Me lavo los dientes con...
- Comemos la sopa con...
- El sol es de color...
- Me lavo las manos con...
- Para cortar tela utilizamos...
- Los gatos maúllan y los perros...

ACTIVIDAD 3. Fluidez verbal.

En esta actividad repartiremos una hoja y las personas participantes deberán anotar todas las palabras que se les ocurran de las categorías que les vamos a pedir, daremos tres minutos por categoría. En caso de que en el grupo haya personas con dificultad con la escritura adaptaremos esta actividad y la haremos oral, deberán decir por orden cada persona una palabra y haremos tantas rondas como nos den los tres minutos. Las categorías son las siguientes:

- Frutas de verano.
- Prendas de vestir.
- Profesiones.

Actividad de Reminiscencia. LA VIDA ADULTA. VIAJES Y VACACIONES.

1. “Presentación”. Presentamos que vamos a trabajar el tema de los viajes y las vacaciones en la vida adulta. Como siempre vamos a pensar en el pasado y en el ahora.
2. “Mi primer pensamiento”. Empezamos a pensar y a centrarnos en lo que vamos a trabajar, los viajes y las vacaciones. Para empezar, les vamos a pedir que nos digan qué les viene a la cabeza al escuchar las siguientes palabras (siempre intentando centrarse en años atrás):
 - Viaje.

- Equipaje.
 - Vacaciones.
 - Verano.
 - Diversión.
3. “Recordando”. Recordemos el pasado estableciendo conversaciones:
- Los viajes más importantes que han hecho:
 - ¿Qué lugares han visitado?
 - Las vacaciones de verano:
 - ¿Viajaban fuera en vacaciones de verano?
 - ¿Dónde solían ir?
 - ¿Quién iba?
 - ¿Cuánto tiempo estaban?
 - ¿Cómo lo pasaban?
 - Contando un viaje (el que más les impresionó, el más largo, etc.):
 - ¿Dónde fueron?
 - ¿Cómo hicieron el viaje?
 - ¿Con quién fueron?
 - ¿Qué visitaron?
 - ¿Qué les gustó más?
 - ¿Qué les gustó menos?
4. “Como oro en paño”. Recuerdos propios... un buen recuerdo guardado de sus viajes o vacaciones.
5. “¿Llevan razón?” Trabajamos los siguientes refranes... ¿lo habían escuchado antes? ¿qué significan? ¿tienen razón? Si alguno no lo han escuchado nunca (lo cual es probable) podemos leerlo igualmente e intentar pensar a qué hace referencia y por qué. Si al final quieren aportar alguno que conozcan que guarde relación pueden hacerlo.
- A terra que vas, usança que trobes (Allá donde fueres, haz lo que vieres).
 - En vísperas de viajar, no te pongas a jugar.
 - Yendo dos en compañía, no es larga ninguna vía.
6. “Conexión con el presente”. Conversamos sobre cómo son los siguientes aspectos en la actualidad, teniendo en cuenta cómo eran antes:
- Los viajes y vacaciones habituales de hoy en día.
 - ¿Cómo han cambiado las vacaciones y los viajes?
 - Las ventajas de hoy en día para viajar.

- Los inconvenientes de hoy en día para viajar.
- Aquello que no ha cambiado, lo que permanece.

Cierre. Felicitamos a las personas participantes por el esfuerzo realizado y sus ejecuciones. Valoramos la satisfacción (Anexo 1), emplazamos a la siguiente sesión y nos despedimos.

SESIÓN 15.

Recordatorio: deben participar de manera activa todas las personas participantes, iremos preguntando una a una en cada una de las partes de la actividad. En las partes que tengan suficientes unidades para que cada uno responda una o dos así será, pero en el resto tendrán que hablar y dar su respuesta todas/os.

Bienvenida.

Entablamos conversación inicial, buscando favorecer la participación y afianzar las relaciones sociales. Introducimos brevemente aquello que vamos a trabajar en la sesión (3-5').

Orientación a la Realidad.

Orientación a la realidad, con la que iniciaremos todas las sesiones: orientación temporal, espacial y breve repaso personal. Dedicamos máximo 10 minutos a todos estos aspectos, la parte de orientación temporal y espacial las lanzaremos al grupo en general.

Antes de empezar presentamos los contenidos a trabajar en a sesión de hoy, tres actividades de estimulación cognitiva y para finalizar hablaremos de la jubilación.

- Repasaremos nuestros nombres y les preguntaremos qué tal se encuentran a todas y todos los participantes (recordemos que estamos ante grupos de máximo 6 personas).
- ¿Qué día de la semana es hoy?
- ¿En qué mes estamos?
- ¿Qué día del mes es?
- ¿En qué año estamos?
- ¿En qué estación del año estamos?
- En caso de que se acerque alguna festividad concreta la podemos señalar, comentar, dedicar unos minutos a ello, también podemos hablar sobre la estación del año, tratar qué supone, el tiempo meteorológico.
- Si se ha producido algún tema de actualidad reseñable podemos dedicarle unos minutos.
- También hablaremos sobre la población y lugar donde estamos brevemente, haremos algún comentario sobre poblaciones vecinas o comentaremos qué pueblos tenemos cerca.

Presentación y desarrollo de las actividades.

Actividades de Estimulación Cognitiva.

ACTIVIDAD 1. Fluidez verbal.

Realizamos una sencilla actividad de fluidez verbal con clave semántica, de manera que trabajamos también la memoria semántica y la capacidad de razonamiento. Les vamos a pedir que nos digan 2-3 palabras (mejor tres que dos) relacionadas con las que aparecen a

continuación, haremos tres rondas, dando a cada persona una palabra diferente en cada ronda:

- Teléfono.
- Botella.
- Canción.
- Farmacia.
- Mar.
- Revista.

ACTIVIDAD 2. Working memory.

En la segunda actividad de hoy vamos a repetir series de números, pero en orden inverso. Si hay personas que presentan dificultad les instaremos a intentarlo, aunque fallen... en caso de que resulte necesario nos adaptaremos al número de números que son capaces de repetir.

Realizaremos 3 rondas (como siempre, ajustamos el material al número de participantes):

- 3 – 6.
- 2 – 5.
- 4 – 9.
- 7 – 2.
- 2 – 1.
- 3 – 8.
- 2 – 6 – 5.
- 4 – 7 – 2.
- 2 – 1 – 8.
- 3 – 2 – 9.
- 3 – 5 – 4.
- 7 – 6 – 3.
- 2 – 7 – 4 – 9.
- 5 – 6 – 2 – 4.
- 1 – 8 – 4 – 3.
- 6 – 9 – 3 – 2.
- 2 – 5 – 9 – 4.
- 8 – 2 – 7 – 1.

ACTIVIDAD 3. Flexibilidad.

En esta actividad trabajaremos la flexibilidad, así como la memoria de trabajo y el vocabulario a través de la creación de palabras a partir de un conjunto de sílabas. Realizaremos tres rondas y por tanto cada persona tendrá que elaborar 6 palabras, intentaremos que sean una de dos

sílabas y la otra de tres, pero si la persona presenta dificultad y obtiene las dos palabras de dos sílabas no será un problema. Se puede hacer uso de una pizarra o de una pantalla de ordenador/proyector (haciendo uso del material del Anexo 18). Para que no se bloqueen y repitan palabras que han dicho el resto de participantes iremos pasando las diapositivas (la primera persona hace la primera, la segunda la segunda y así hasta terminar... en la siguiente ronda cambiamos de manera que los estímulos vayan cambiando de manera fluida). Los conjuntos de sílabas son los siguientes:

- CA DA TA MI NO PI SA.
- PE DA LO GA LLE ZO TA.
- DE LO DO MO RA PA DA.
- ES CO TA PA DA LE BA.
- HA MA RA CA ÑA ZA NE.
- CA GU SA MI NA DE NO.

Actividad de Reminiscencia. LA VIDA ADULTA. LA JUBILACIÓN.

1. “Presentación”. Presentamos que vamos a trabajar el tema de la jubilación.
2. “Mi primer pensamiento”. Empezamos a pensar y a centrarnos en lo que vamos a trabajar, la jubilación. Para empezar, les vamos a pedir que nos digan qué les viene a la cabeza al escuchar las siguientes palabras:
 - Trabajo.
 - Jubilación.
 - Tiempo.
 - Descanso.
 - Pensión.
3. “Recordando”. Recordamos, establecemos conversaciones:
 - ¿De qué trabajo se jubilaron?
 - ¿Cuándo se jubilaron o dejaron de trabajar?
 - ¿Cuál fue el motivo?
 - ¿Lo vivieron como algo deseado o impuesto?
 - ¿Cómo se sintieron al principio de dejar de trabajar? ¿Y pasado un tiempo?
 - ¿Echaron en falta el trabajo? ¿Qué cosas del trabajo echaron en falta?
 - ¿Qué cambios acompañaron a la jubilación?
 - ¿Cómo reorganizaron su tiempo?
 - ¿Qué les ayudó a adaptarse a una nueva forma de vida?
4. “Como oro en paño”. Recuerdos propios... un buen recuerdo guardado de su jubilación.

5. “¿Llevan razón?” Trabajamos los siguientes refranes... ¿lo habían escuchado antes? ¿qué significan? ¿tienen razón? Si alguno no lo han escuchado nunca (lo cual es probable) podemos leerlo igualmente e intentar pensar a qué hace referencia y por qué. Si al final quieren aportar alguno que conozcan que guarde relación pueden hacerlo.
- Después de cumplir el deber, el descanso es un placer.
 - Descansar demasiado es oxidarse.
 - No hacen viejo los años, sino otros daños.
 - A la vejez se acorta el dormir y se alarga el gruñir.
6. “Conexión con el presente”. Conversamos:
- Las jubilaciones de hoy en día: edad, prejubilaciones, pensiones, asistencia sanitaria y medicación, etc.
 - ¿Cómo han cambiado?
 - Las ventajas de la jubilación hoy en día.
 - Los aspectos menos favorables de la jubilación de hoy en día.
 - Lo que no ha cambiado, lo que permanece.

Cierre. Felicitamos a las personas participantes por el esfuerzo realizado y sus ejecuciones. Valoramos la satisfacción (Anexo 1), emplazamos a la siguiente sesión y nos despedimos.

SESIÓN 16.

Recordatorio: deben participar de manera activa todas las personas participantes, iremos preguntando una a una en cada una de las partes de la actividad. En las partes que tengan suficientes unidades para que cada uno responda una o dos así será, pero en el resto tendrán que hablar y dar su respuesta todas/os.

Bienvenida.

Entablamos conversación inicial, buscando favorecer la participación y afianzar las relaciones sociales. Introducimos brevemente aquello que vamos a trabajar en la sesión (3-5’).

Orientación a la Realidad.

Orientación a la realidad, con la que iniciaremos todas las sesiones: orientación temporal, espacial y breve repaso personal. Dedicamos máximo 10 minutos a todos estos aspectos, la parte de orientación temporal y espacial las lanzaremos al grupo en general.

Antes de empezar presentamos los contenidos a trabajar en a sesión de hoy, tres actividades de estimulación cognitiva y para finalizar hablaremos de la diversión y aficiones de la vida adulta... ¡y nos despedimos!

- Repasaremos nuestros nombres y les preguntaremos qué tal se encuentran a todas y todos los participantes (recordemos que estamos ante grupos de máximo 6 personas).
- ¿Qué día de la semana es hoy?
- ¿En qué mes estamos?
- ¿Qué día del mes es?
- ¿En qué año estamos?
- ¿En qué estación del año estamos?
- En caso de que se acerque alguna festividad concreta la podemos señalar, comentar, dedicar unos minutos a ello, también podemos hablar sobre la estación del año, tratar qué supone, el tiempo meteorológico.
- Si se ha producido algún tema de actualidad reseñable podemos dedicarle unos minutos.
- También hablaremos sobre la población y lugar donde estamos brevemente, haremos algún comentario sobre poblaciones vecinas o comentaremos qué pueblos tenemos cerca.

Presentación y desarrollo de las actividades.

Actividades de Estimulación Cognitiva.

ACTIVIDAD 1. Velocidad de procesamiento.

Vamos a realizar una actividad sencilla tipo N-back. Les pediremos que den un golpe en la mesa (o palmada) cada vez que escuchen dos números seguidos iguales:

2 – 6 – 7 – 9 – 9 – 2 – 3 – 1 – 4 – 0 – 1 – 1 – 5 – 8 – 9 – 7 – 7 – 2 – 3 – 3 – 7 – 6 – 8 – 3 – 4 – 4 – 6 – 6 – 3 – 0 – 2 – 3.

Cambiamos la consigna, ahora deberán dar un golpe en la mesa (o palmada) cada vez que escuchen un número inferior al anterior.

5 – 8 – 9 – 6 – 8 – 6 – 8 – 10 – 2 – 6 – 9 – 3 – 5 – 8 – 7 – 4 – 6 – 7 – 8 – 9 – 6 – 8 – 5 – 9 – 7 – 3 – 8 – 4 – 2 – 10 – 2 – 4 – 9 – 0 – 1.

Por último, cambiamos la consigna de nuevo y ahora deberán dar un golpe en la mesa (o palmada) cada vez que escuchen un número seguido de su doble:

3 – 1 – 0 – 5 – 10 – 7 – 1 – 6 – 12 – 4 – 4 – 8 – 2 – 3 – 6 – 1 – 6 – 1 – 2 – 5 – 3 – 2 – 4 – 8 – 1 – 6 – 12 – 0 – 9 – 5 – 2 – 4 – 3 – 6.

ACTIVIDAD 2. Inhibición.

En esta segunda actividad van a tener que fijarse en las imágenes y nombrarlas lo más rápido posible, pero, cuando hagamos la señal, deberán intercambiar los nombres, hasta que les digamos que lo hagan otra vez. En el Anexo 19 está disponible el material, hay tres fichas distintas que podremos imprimir o mostrar en tablet. Cada persona realizará una vez la actividad, nos ajustaremos al número de participantes repitiendo la ficha en dos ocasiones en caso de que el grupo esté completo.

Deberemos dar consigna de cambio en tres ocasiones: en la segunda línea segundo elemento, en la cuarta primer elemento y en la última segundo elemento.

ACTIVIDAD 3. Planificación.

Les vamos a pedir que realicen una frase de al menos 5 o 6 palabras con los pares de palabras que les vamos a decir. Haremos tres rondas (cada persona deberá hacer 3 frases):

- Lámpara/libro.
- Puerta/llave.
- Tienda/calle.
- Cielo/estrellas.
- Calle/frío.
- Coche/rápido.
- Despertador/mañana.
- Bolsa/supermercado.
- Perro/correa.
- Bolígrafo/carta.
- Gato/veterinario.
- Montaña/paseo.

- Café/desayuno.
- Médico/receta.
- Televisión/noticias.
- Plantas/maceta.
- Bicicleta/rueda.
- Paella/domingo.

Actividad de Reminiscencia. LA VIDA ADULTA. DIVERSIÓN Y AFICIONES.

1. “Presentación”. Presentamos que vamos a seguir trabajando la vida adulta, en concreto vamos a trabajar sobre las aficiones y la diversión.
2. “Mi primer pensamiento”. Empezamos a pensar y a centrarnos en lo que vamos a trabajar, las aficiones. Para empezar, les vamos a pedir que nos digan qué les viene a la cabeza al escuchar las siguientes palabras (siempre intentando centrarse en años atrás):
 - Diversión.
 - Ocio.
 - Afición.
 - Entretenimiento.
3. “Recordando”. Recordemos, estableciendo conversaciones:
 - Lugares y momentos de ocio y diversión:
 - ¿Cuáles eran? ¿Qué hacían?
 - ¿Qué diversiones había entonces? ¿Cine, teatro, bares, tertulias, juegos de cartas...?
 - ¿Se reunían con amigos?
 - ¿Qué les gustaba más hacer (pasear, bares, cine, baile, charlar, algún deporte...)?
 - Las aficiones:
 - ¿Tenían alguna afición especial?
 - ¿Qué aficiones realizaban fuera de casa?
 - ¿Y en casa?
 - ¿Las continuaban teniendo?
4. “Como oro en paño”. Recuerdos propios... un buen recuerdo guardado de momentos de ocio y diversión.
5. “¿Llevan razón?”. Trabajamos los siguientes refranes... ¿lo habían escuchado antes? ¿qué significan? ¿tienen razón? Si alguno no lo han escuchado nunca (lo cual es probable) podemos leerlo igualmente e intentar pensar a qué hace referencia y por qué. Si al final

quieren aportar alguno que conozcan que guarde relación pueden hacerlo.

- Primero es la obligación que la devoción.
- La ociosidad es madre de todos los vicios.
- Afición que más daña que aprovecha, enseguida se desecha.
- No paramos de divertirnos porque estemos viejos; estamos viejos porque paramos de divertirnos.
- De la festa, la vespra.
- La millor diversió, que no coste un sisó.

6. “Conexión con el presente”. Conversamos sobre cómo son los siguientes aspectos:

- El ocio y diversión hoy en día.
- ¿Cómo han cambiado las formas de diversión?
 - Lo mejor del ocio y la diversión hoy en día (por ejemplo, hay más alternativas).
 - Los aspectos menos favorables del ocio y la diversión hoy en día (por ejemplo, son caros).
 - Aquello que no ha cambiado, lo que permanece.

Cierre. Felicitamos a las personas participantes por el esfuerzo realizado y sus ejecuciones. Valoramos la satisfacción (Anexo 1) y nos despedimos, agradeciendo su participación en el programa y emplazándolos a la realización de la valoración posterior a la intervención.