



## Facultad de Psicología

Trabajo de  
fin de máster

Modalidad 2  
"Diseño de un programa  
de Intervención"

Autora del TFM

Abordaje neuropsicológico  
de las quejas cognitivas  
subjetivas en personas  
mayores sin deterioro  
cognitivo: revisión  
sistemática y propuesta de  
intervención.

Lucía Pérez Blanco

## Máster Interuniversitario en Psicoxerontología

Año 2020

Trabajo de Fin de Máster presentado en la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela para la obtención del Máster en Psicoxerontología

# Índice

<b>Resumen</b> .....	3
<b>Abstract</b> .....	4
<b>1. Introducción</b> .....	5
1.1 Justificación y objetivos .....	9
<b>2. Revisión bibliográfica sistemática sobre la intervención neuropsicológica dirigida a las quejas cognitivas</b> .....	11
2.1 Método .....	11
2.2 Resultados .....	12
2.2.1 Características generales de los estudios .....	14
2.2.2 Resultados principales del abordaje neuropsicológico de las quejas cognitivas .....	18
2.3 Discusión .....	20
<b>3. Propuesta de intervención: “Conociendo la mente, conociéndome: un programa dirigido a personas mayores con quejas cognitivas.”</b> .....	25
3.1 Justificación y objetivo .....	25
3.2 Contextualización .....	26
3.3. Participantes .....	27
3.4 Instrumentos para la evaluación neuropsicológica .....	27
3.5 Procedimiento .....	31
3.6 Técnicas y actividades .....	33
3.6.1 Actividad física y relajación .....	34
3.6.2 Entrenamiento cognitivo .....	38
3.6.3 Psicoeducación .....	40
<b>4. Resultados esperados</b> .....	42
<b>5. Referencias bibliográficas</b> .....	44
<b>6. Índice de tablas</b> .....	52
<b>7. Índice de figuras</b> .....	53
<b>8. Anexos</b> .....	54

## Resumen

Las *quejas cognitivas subjetivas* (QCS) hacen referencia a las alteraciones cognitivas autoinformadas o comunicadas por una tercera persona, en ausencia de signos cognitivos objetivos y condiciones patológicas subyacentes. Estos fallos cognitivos se han asociado con factores psicológicos (p.ej. ansiedad), e incluso se han planteado como un factor de riesgo para el desarrollo de deterioro cognitivo y demencia. Además, existen estudios que apuntan que las personas mayores con quejas cognitivas pueden experimentar una interrupción de la actividad ocupacional y social diaria, lo que puede convertirse en un factor secundario de estrés. A pesar de la necesidad del abordaje de las quejas cognitivas en las personas mayores, de momento son escasos los programas de intervención no farmacológica diseñados para este fin. Por ello, el presente trabajo tiene como objetivo diseñar una intervención neuropsicológica dirigida a las QCS en personas mayores sin deterioro cognitivo. Para alcanzar este objetivo, en primer lugar se realizó una revisión bibliográfica sistemática, en la que se encontró que aquellas intervenciones centradas únicamente en la estimulación cognitiva no demostraron efectividad para reducir las quejas cognitivas. Sin embargo, se evidenció mejoría cognitiva a nivel subjetivo y/o objetivo mediante: a) intervenciones centradas en estimulación cognitiva y en psicoeducación; b) la práctica de ejercicio físico moderado, y por último, c) un formato y un debate grupal reforzado por el/la terapeuta. Es por todo ello, que se plantea una intervención basada en las siguientes estrategias: entrenamiento cognitivo específico (en concreto, estimulación cognitiva), psicoeducación, y la práctica de ejercicio físico aeróbico y/o relajación.

**Palabras clave:** quejas cognitivas subjetivas, abordaje neuropsicológico, bienestar cognitivo subjetivo, ejecución neuropsicológica, estimulación cognitiva, psicoeducación, ejercicio físico

# Abstract

*Subjective cognitive complaints (SCC)* refer to cognitive disturbances self-reported or reported by a third person, in the absence of objective cognitive signs and underlying pathological conditions. These cognitive failures have been associated with psychological factors (eg anxiety), and have even been raised as a risk factor for the development of cognitive decline and dementia. In addition, there are studies that indicate that older people with cognitive complaints may experience a disruption of daily occupational and social activity, which can become a secondary factor of stress. Despite the need to address cognitive complaints in older people, there are currently few non-pharmacological intervention programs designed for this purpose. Therefore, the present work aims to design a neuropsychological intervention aimed at QCS in older people without cognitive impairment. To achieve this goal, a systematic literature review was first conducted, finding that those interventions focused solely on cognitive stimulation did not demonstrate effectiveness in reducing cognitive complaints. However, cognitive improvement was evident at the subjective and / or objective level through: a) interventions focused on cognitive stimulation and psychoeducation; b) the practice of moderate physical exercise, and finally, c) a format and a group debate reinforced by the therapist. For all these reasons, an intervention based on the following strategies is proposed: specific cognitive training (specifically, cognitive stimulation), psychoeducation, and the practice of aerobic physical exercise and / or relaxation.

**Key words:** subjective cognitive complaints, neuropsychological approach, subjective cognitive well-being, neuropsychological execution, cognitive stimulation, psychoeducation, physical exercise

# 1. Introducción

El envejecimiento de la población es una realidad, tanto en España como a nivel mundial, que tiende a continuar aumentando: se prevé que el 22% de la población mundial en 2050 será mayor de 60 años, frente al 12% del año 2000 (HelpAge International, 2002). En España, el Instituto Nacional de Estadística realizó una proyección de la población mayor de 65 años de un 24.9% en el 2029 y del 38.7% para el 2064 (INE, 2014). En este contexto, uno de los retos que se plantea la sociedad actual es atender al proceso de envejecimiento de la población en todas sus facetas, tanto físicas, como psicológicas y sociales. Así, las políticas de envejecimiento activo promovidas en distintos países se dirigen a preparar a esta población para enfrentarse a años de vida con calidad, mediante un estilo de vida saludable, la práctica de ejercicio físico moderado y el enriquecimiento intelectual y social, y realizando una detección precoz de las patologías asociadas (Limón y Ortega, 2011). En particular, se constata la preocupación por atender al mantenimiento de las funciones cognitivas, y a la prevención del deterioro cognitivo y enfermedades asociadas, sobre todo en los más mayores, ya que suponen una importante carga para los sistemas de salud públicos. A este respecto, la investigación sobre la presencia de quejas cognitivas y su abordaje, no sólo en personas en riesgo de demencia sino también en el envejecimiento normal, es de gran relevancia.

Los fallos cognitivos, en particular de memoria, son una de las principales preocupaciones de las personas mayores. La experiencia subjetiva y manifestación de estos fallos se presentan en forma de quejas, que son uno de los principales motivos de consulta de estas personas al médico de atención primaria (Juncos-Rabadán et al., 2014). La presencia de estas quejas cognitivas se considera como uno de los primeros síntomas del deterioro cognitivo y es criterio necesario para el diagnóstico inicial de deterioro cognitivo ligero (*DCL*) o de los Trastornos neurocognitivos (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2014); sin embargo, su presencia no siempre se asocia con la existencia de estas condiciones clínicas.

Bajo el término de quejas cognitivas subjetivas (QCS) se hace referencia a las alteraciones cognitivas autoinformadas o comunicadas por una tercera persona, en ausencia de signos cognitivos objetivos y condiciones patológicas subyacentes (Canevelli et al., 2013).

En lo que se refiere al observador, la información proporcionada es generalmente la opinión de un problema y no es estrictamente subjetiva. No obstante, el observador es probable que esté influenciado por el comportamiento quejoso del individuo (Slavin et al., 2010).

El rango de la prevalencia para las QCS en personas mayores de 65 años sin deterioro cognitivo se ha indicado que puede oscilar entre un 25% y 50% (Choe et al., 2018). En una revisión sistemática al respecto, realizada por García-Ptacek et al. (2016), encontraron que este rango variaba, desde un 22.0% (Basset y Folstein, 1993), 25.0% (Tobiansky et al., 1995), 56.0% (Blazer et al., 1997) hasta un 58.1% (Sachdev et al., 2010) en personas mayores de 65 años sin deterioro cognitivo. Slavin et al. (2010), por su parte, encontraron en una población de personas de entre 70 y 90 años sin alteración cognitiva, que hasta el 95.5% de los participantes y sus informantes presentaban al menos una queja cognitiva. Con respecto a los participantes, el 30.2% informaban quejas mnésicas y un 14.7% quejas no relacionadas con la memoria (referidas al lenguaje, función ejecutiva, destrezas psicomotoras y habilidades visoespaciales), siendo similares estos porcentajes a los de los informantes.

La evaluación objetiva del rendimiento cognitivo, dirigida a corroborar las quejas subjetivas de una persona, se ha de llevar a cabo con la aplicación de tests o baterías de tests neuropsicológicos. Sin embargo, para la valoración subjetiva de las quejas cognitivas se emplean herramientas que se dirigen principalmente a la valoración de la memoria. Se debe recurrir o bien al planteamiento de una o varias preguntas generales relacionadas con la memoria, o mediante la aplicación de cuestionarios (Montejo, Montenegro, Sueiro-Abad y Huertas, 2014). Aunque no son equivalentes, unas y otros correlacionan positivamente (Abdulrab y Heun, 2008).

En lo que respecta a la primera variante, la pregunta “*¿Tiene usted problemas de memoria?*” (Bassett y Folstein, 1993) es la más utilizada, siendo su escala de respuesta de carácter dicotómica (Reid y MacLulich, 2006). Sin embargo, existen estudios longitudinales recientes que han empleado una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos (desde 0: “*pobre*” hasta 4 “*excelente*”) mediante la pregunta “*¿cómo considera que tiene su memoria en el momento presente?*” (Hülür, Hertzog, Pearman y Gerstorf, 2015).

En lo tocante a los cuestionarios, cabe decir que se dividen en dos grandes bloques: los de olvidos y los cuestionarios específicos de metamemoria (Montejo et al., 2014). El

concepto de metamemoria hace referencia al conocimiento y conciencia de los aspectos relacionados con el almacenamiento y recuperación de la información. Incluye, además, las percepciones y creencias acerca del funcionamiento, desarrollo y capacidades de la propia memoria y del sistema de memoria humano (Ochoa, Aragón y Caicedo, 2005).

Los cuestionarios de olvidos examinan la frecuencia y/o gravedad de diversos fallos mnésicos que tienen lugar en la vida diaria; suelen ser listados de olvidos cotidianos (Montejo et al., 2014). Los cuestionarios de olvidos, cuando son autoadministrados, también evalúan metamemoria, pues reflejan la valoración subjetiva que el sujeto hace de su propia memoria. Sin embargo, también pueden ser cumplimentados por observadores (p.ej. familiar, personal sanitario), y en este caso, no valoran metamemoria sino la opinión del allegado (Montejo et al., 2014). Existe una gran variedad de cuestionarios de olvidos, sin embargo, cabe mencionar los más utilizados: el *Memory Complaint Questionnaire* (MAC-Q) (Crook, Feher y Larrabee, 1992), el *Subjective Memory Complaint Questionnaire* (SMCQ) (Youn et al., 2009), y por último, el Cuestionario de Fallos de Memoria de la Vida Cotidiana (*Memory Failures of Everyday, MFE*) (Sunderland, Harris y Gleave, 1984). Por su parte, los cuestionarios de metamemoria plantean cuestiones sobre las estrategias utilizadas para solucionarlos, la influencia en la autopercepción del individuo, el esfuerzo realizado o la predicción que hacemos respecto a dichos olvidos (Montejo et al., 2014). Dentro de los cuestionarios de metamemoria cabe destacar el *Metamemory in Adulthood Questionnaire* (MIA) (Dixon y Hulstsch, 1983).

En personas mayores, la relación entre las quejas cognitivas subjetivas y la presencia de afectación cognitiva objetiva es compleja. Incluso, se ha llegado a proponer una terminología nueva, *declive cognitivo subjetivo* (DCS), considerándola como una etapa preclínica de la enfermedad de Alzheimer, en la cual no existe afectación en las pruebas objetivas de rendimiento cognitivo (Jessen et al., 2014). En línea con la complejidad de esta relación, la investigación de la presencia de quejas cognitivas subjetivas se ha abordado desde dos perspectivas. Por un lado, estaría aquella en la que refieren a la queja cognitiva subjetiva como un posible factor de riesgo para la aparición subsiguiente de deterioro cognitivo (Juncos-Rabadán et al., 2014) y demencia (Choe et al., 2018), como un criterio básico para el diagnóstico precoz del deterioro cognitivo ligero (DCL) (Albert et al., 2011) o, incluso, como

un pródromo de la enfermedad de Alzheimer (Markova et al., 2017). Por otro lado, existen estudios que han encontrado una débil correlación entre las quejas cognitivas subjetivas y el deterioro cognitivo (Purser, Fillenbaum y Wallace, 2006) y se ha cuestionado la inclusión de las quejas como criterio para el diagnóstico de deterioro cognitivo ligero (DCL) (Purser et al., 2006). En esta última línea de investigación, se plantean las quejas cognitivas subjetivas como parte del envejecimiento normal (Markova et al., 2017).

En el caso de las quejas cognitivas subjetivas que se presentan en ausencia de deterioro cognitivo objetivado o patología asociada, las investigaciones han apuntado a que se asociaría fundamentalmente a factores psicológicos (Slavin et al., 2010). Una variable importante sería la presencia de sintomatología depresiva. Al respecto, Markova et al. (2017) realizaron un estudio con el fin de conocer la relación de las quejas cognitivas con el rendimiento cognitivo y la sintomatología depresiva, en una población de personas mayores de 60 años sin deterioro cognitivo. Sus hallazgos sugieren que: a) la sintomatología depresiva puede conducir a un menor rendimiento cognitivo que puede desencadenar las quejas cognitivas subjetivas, b) los síntomas depresivos en adultos mayores sin deterioro cognitivo son desencadenantes por su conciencia de la disminución de la capacidad cognitiva, c) tanto la sintomatología depresiva como el deterioro cognitivo sutil pueden ser una consecuencia concomitante directa de los cambios neurológicos tempranos en la demencia tipo Alzheimer (Markova et al., 2017). En esta misma línea, un estudio reciente reafirma la fuerte relación entre las QCS y las medidas de depresión y ansiedad. Por un lado, comprueban un aumento de quejas de memoria subjetiva en un 6.0% o en un 15.0% ante síntomas ansiosos y depresivos. Por otro lado, confirman un aumento de quejas subjetivas de atención selectiva en un 11.0% o un 26.0% ante sintomatología ansiosa y depresiva, respectivamente (Mascherek, Werkle, Göritz, Kuhn y Moritz, 2020). Otra variable relevante son los diferentes rasgos de personalidad. A este respecto, Steinberg et al. (2015) demostraron que una mayor presencia de quejas se asocia con el rasgo de neuroticismo, con un mayor nivel de estrés y con estilos de afrontamiento destructivos.

Teniendo en cuenta que, como hemos visto, las QCS son un fenómeno común, y que se relacionan con la presencia de ansiedad, depresión o estrés, incluso al margen de que son un factor de riesgo para el desarrollo de deterioro cognitivo y demencia, se hace necesario

que se diseñen intervenciones dirigidas a esas quejas y su impacto en las personas que las presentan. A este respecto, las investigaciones apuntan que las personas mayores con quejas cognitivas pueden experimentar una interrupción de la actividad ocupacional y social diaria (Frankenmolen et al., 2018), lo que puede convertirse en un importante factor secundario de estrés (Metternich et al., 2010). Por su parte, se ha estudiado que los lapsus de memoria percibidos por las personas mayores podrían ser causados inicialmente por el estrés psicológico. De tal manera que, al reconocer los fallos cognitivos propios aumentará el nivel de estrés, qué, producirá, a su vez, un aumento del riesgo de nuevos lapsus; produciéndose así, un círculo vicioso (Metternich et al., 2010).

En esta línea, y con el fin de aliviar el malestar provocado por las quejas cognitivas, se han llevado a cabo programas de intervención no farmacológica, tales como entrenamiento en memoria, ejercicio aeróbico moderado, reestructuración cognitiva, talleres de psicoeducación, entre otros. Su eficacia todavía no está clara pero en una revisión sistemática realizada por Metternich et al. (2010) se encontró que los programas de intervención que utilizan la técnica de reestructuración cognitiva y la psicoeducación, seguidas de aquellos que trabajan tanto la emocionalidad como la cognición, son más eficaces para mejorar las quejas cognitivas subjetivas; sin embargo, el entrenamiento específico de memoria no sería suficiente para reducir las quejas cognitivas. Asimismo, Canavelli et al. (2013) demostraron que la mayoría de las intervenciones cognitivas mejoran el rendimiento cognitivo objetivo en las personas mayores con quejas, pero se limitan principalmente a los dominios cognitivos, y no a reducir las propias quejas.

## **1.1 Justificación y objetivos**

Tal y como hemos expuesto anteriormente, y teniendo en cuenta el envejecimiento de la población, existe una elevada prevalencia de quejas cognitivas, en particular de memoria, a medida que avanza la edad (Choe et al., 2018). En la mayoría de los casos estas quejas se asocian a un envejecimiento sin patologías neuropsicológicas asociadas (Markova et al., 2017).

A este respecto, en los centros de atención a personas mayores no se suelen ofrecer programas específicos dirigidos a quienes no presentan deterioro objetivado pero sí quejas

sobre su estado cognitivo, centrándose en intervenciones dirigidas al entrenamiento de capacidades cognitivas, tales como la estimulación cognitiva o talleres de memoria.

Gracias al contacto que he podido tener con uno de estos centros a través del Practicum del Máster en Psicogerontología, he constatado esta realidad. En el Complejo Gerontológico “*La Milagrosa*” cuentan con un grupo reducido de personas mayores sin deterioro cognitivo, que se quejan de pérdidas de memoria; sin embargo, el centro no ofrece ningún programa específico para estas quejas, más allá del entrenamiento de las capacidades cognitivas. No obstante, la literatura científica parece apuntar que un taller de memoria o de estimulación cognitiva no reduciría las QCS (Canavelli et al., 2013; Metternich et al., 2010), siendo las quejas causa de estrés psicológico (Metternich et al., 2010).

La intervención específica dirigida a las QCS puede ser de gran utilidad porque, más allá de mejorar el rendimiento cognitivo objetivo, mediante técnicas como la reestructuración cognitiva o la psicoeducación se puede intervenir en la comprensión y manejo de las QCS de las personas mayores, repercutiendo positivamente en su bienestar personal y social. Es por ello que en el presente estudio se pretende diseñar una intervención neuropsicológica dirigida a las QCS en personas mayores sin deterioro cognitivo. Con el fin de alcanzar este objetivo, en primer lugar se realizó una revisión bibliográfica sistemática para obtener una visión actualizada de la literatura a este respecto.

## 2. Revisión bibliográfica sistemática sobre la intervención neuropsicológica dirigida a las quejas cognitivas

La presente revisión sistemática pretende profundizar en la intervención neuropsicológica dirigida a las quejas cognitivas subjetivas, en mayores sin deterioro cognitivo. Las preguntas de investigación que han orientado la revisión son las siguientes: ¿cuántos programas de intervención no farmacológica con un enfoque neuropsicológico se han desarrollado y probado en ensayos controlados aleatorizados en el ámbito de las quejas cognitivas subjetivas?; ¿cuál es el diseño de los programas de intervención (p. ej. formato grupal/individual, duración, sesiones, materiales...) dirigidos al manejo de las quejas cognitivas subjetivas?, y por último, ¿qué impacto tienen estas intervenciones en el funcionamiento cognitivo a nivel subjetivo y/o en la ejecución objetiva?.

### 2.1 Método

La estrategia de búsqueda incluyó la consulta en tres bases de datos: Scopus, Psycinfo y Medline. Los descriptores empleados fueron los siguientes: (subjective cognitive complaints OR cognitive complaints) AND (approach OR training OR intervention OR treatment OR therapy) AND (non-pharmacological intervention OR cognitive intervention OR neuropsychological intervention) AND (anxiety OR depression OR perceived OR self-report OR self-efficacy OR confidence OR complainer OR subjective OR belief OR beliefs). Asimismo, como no era de esperar un gran volumen de resultados éstos no se acotaron en el tiempo, incluyéndose todos los estudios publicados hasta mayo de 2020.

La selección de los artículos se ha llevado a cabo teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión descritos en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Criterios de inclusión y exclusión para la revisión sistemática.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"><li>- Estudios con un grupo de personas que presentan quejas cognitivas subjetivas (QCS).</li><li>- Ensayos controlados aleatorizados.</li><li>- Estudios que incluyan una medida de las QCS.</li><li>- Estudios que evalúen la eficacia de intervenciones no farmacológicas en las QCS.</li><li>- Población mayor de 60 años.</li><li>- Artículos publicados en revistas con revisión por pares.</li><li>- Estudios publicados en inglés y castellano.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Cualquier tipo de intervención basada en la farmacología.</li><li>- Cualquier tipo de intervención que no se defina de carácter neuropsicológico.</li><li>- Estudios que investigan exclusivamente a grupos de individuos con deterioro cognitivo (p.ej. DCL, demencia), un trastorno neuropsiquiátrico grave o una lesión cerebral traumática.</li><li>- Estudios que reclutan a personas mayores sanas sin quejas pero que desean mejorar su rendimiento cognitivo.</li><li>- Ensayos controlados no aleatorizados.</li></ul>

---

## 2.2. Resultados

La búsqueda bibliográfica obtuvo 176 artículos después de la eliminación de citas duplicadas. Tras un primer cribado, examinando el título y el resumen, se excluyeron 156 artículos científicos. Posteriormente, se analizaron a texto completo 20 artículos con el fin de decidir su elegibilidad teniendo en cuenta los criterios de exclusión. En particular, las razones principales de exclusión fueron las siguientes: intervenciones que no se definan de carácter neuropsicológico; estudios que investigan exclusivamente a grupos de individuos con deterioro cognitivo, un trastorno neuropsiquiátrico grave o una lesión cerebral traumática; y, ensayos controlados no aleatorizados. Finalmente, se incluyeron 7 estudios científicos que abordan programas de intervención neuropsicológica dirigida a las quejas cognitivas (véase Figura 1).

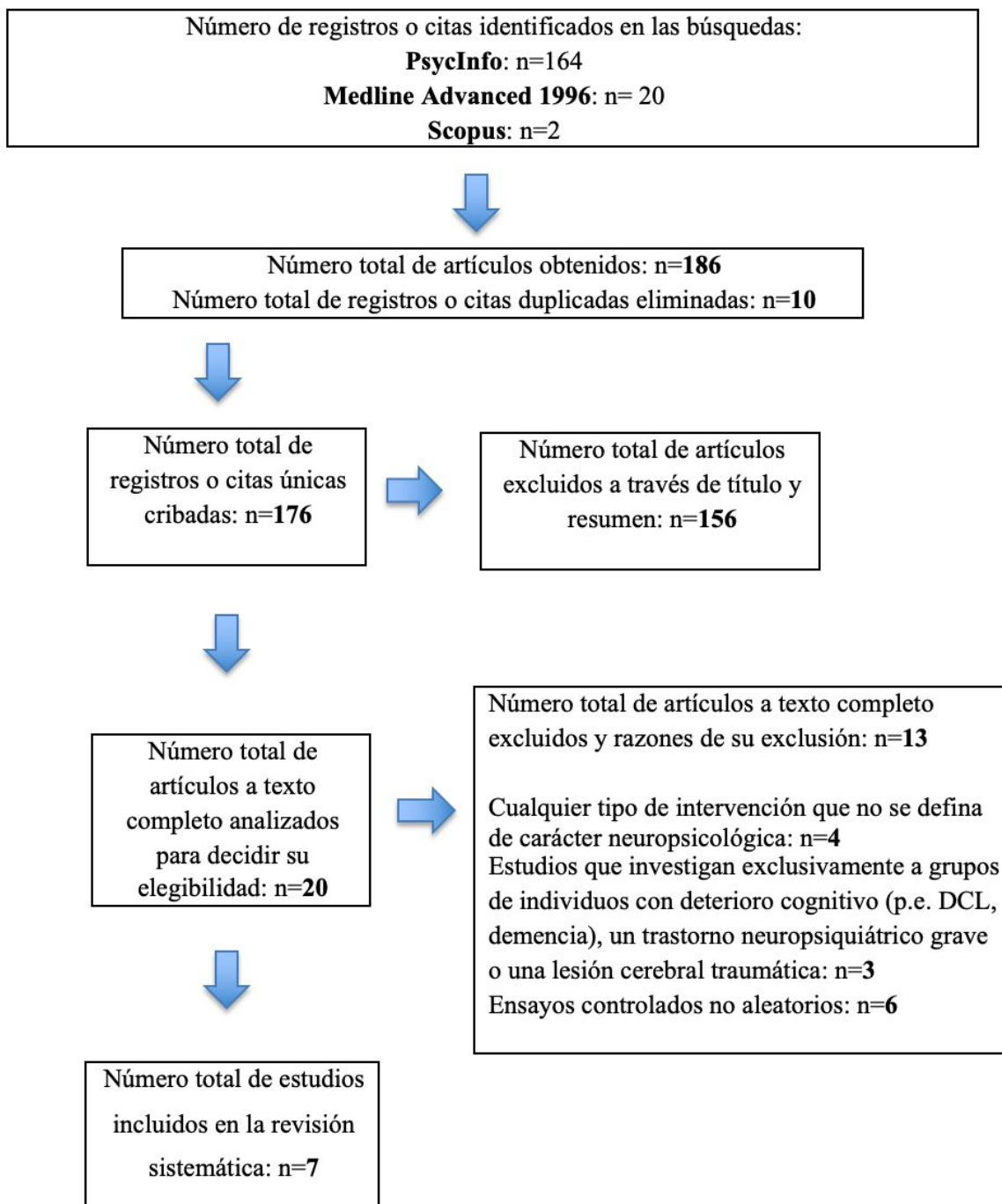


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de los estudios de la revisión sistemática según el modelo PRISMA (adaptado de Urrutia y Bonfill, 2010).

Para cada uno de los 7 trabajos incluidos, en la revisión se examinaron metódicamente aspectos relacionados con las características de la muestra, el diseño experimental, las intervenciones (en concreto, formato, duración, programas y sesiones), las medidas subjetivas y objetivas utilizadas, y los resultados principales alcanzados. Estos datos se recogen de forma reducida en el Anexo 1 y a continuación se describen de forma más detallada, a partir de una organización en dos grandes bloques de contenido: uno relacionado con las características generales de los estudios y otro con los resultados principales del abordaje neuropsicológico de las quejas.

### 2.2.1 Características generales de los estudios

El tamaño de la **muestra** utilizada en los estudios oscila entre los 40 (Pereira-Morales et al., 2017) y el máximo de 223 participantes (Kwok et al., 2012). En lo que respecta a los grupos utilizados, la mayoría refiere un solo grupo experimental y un grupo control (Boa Sorte Silva et al., 2020; Frankemolen et al., 2018; Hoogenhout et al., 2012; Kwok et al., 2012). Sin embargo, los estudios de Cohen-Mansfield et al. (2014) y Pereira-Morales et al. (2017) constan de dos grupos experimentales, y el estudio de Barnes et al. (2013) de un total de tres agrupaciones. El rango promedio de edad para el grupo experimental se sitúa entre 64.5 (dt=6.8) (Pereira-Morales et al., 2017), y 75.4 (dt=5.81) (Kwok et al., 2012). Por su parte, el grupo control se sitúa entre 65.6 (dt=7.2) (Pereira-Morales et al., 2017), y 75.3 (dt=5.83) (Kwok et al., 2012). En relación al nivel educativo, el rango medio para el grupo experimental, oscila entre 4.14 (dt=2.03) (Hoogenhout et al., 2012), y 16.8 (dt=2.3) (Barnes et al., 2013). Y, para el grupo control oscila entre 4.0 (dt=1.9) (Hoogenhout et al., 2012) , y 16.7 (dt=2.2) (Barnes et al., 2013). Cabe destacar que el estudio de Kwok et al. (2012) separó el nivel de estudios tanto para el grupo experimental (sin estudios=5.4%; primarios=75.7%; secundarios=18.9%) como para el grupo control (sin estudios=12.5%; primarios=64.3%; secundarios=23.2%).

En los estudios seleccionados se han identificado 11 **intervenciones** diferentes llevadas a cabo. Respecto a su formato y duración, cabe decir que la mayoría de las intervenciones presentan un formato grupal (Barnes et al., 2013; Boa Sorte Silva et al., 2020; Cohen-Mansfield et al., 2014; Frankemolen et al., 2018; Hoogenhout et al., 2012; Kwok et

al., 2012; Pereira-Morales et al., 2017); estando el rango de personas a las que se dirigen comprendidos entre un mínimo de 2 (Frankemolen et al., 2018) y un máximo de 25 participantes (Boa Sorte Silva et al., 2017). Sólo en dos casos las intervenciones tuvieron un formato individual (Barnes et al., 2013; Pereira-Morales et al., 2017). Por su parte, la duración de los programas de intervención no presenta gran uniformidad, y comprende desde una duración mínima de 4 semanas (Hoogenhout et al., 2012) a un máximo de 24 semanas (Boa Sorte Silva et al., 2020). Además, únicamente dos estudios presentan seguimiento: en el caso del estudio de Frankemolen et al. (2018) después de 6 meses, y en el de Kwok et al. (2012) después de 9 meses.

El número de sesiones de los programas de intervención oscila entre un mínimo de 7 sesiones (Frankemolen et al., 2018) y un máximo de 62 sesiones (Boa Sorte Silva et al., 2020). Las intervenciones varían entre 1 h por sesión (Barnes et al., 2013; Boa Sorte Silva et al., 2020; Frankemolen et al., 2018) y 1 h 30 min (Hoogenhout et al., 2012; Kwok et al., 2012; Pereira-Morales et al., 2017). Además, el número de sesiones por semana oscilan entre 1 día (Frankemolen et al., 2018; Kwok et al., 2012) hasta 4 días (Pereira-Morales et al., 2017). Cabe mencionar que existe un programa que no especifica el número de sesiones, las horas ni los días por semana (Cohen-Mansfield et al., 2014).

En lo tocante a los tipos de estrategias de intervención utilizadas, se han identificado 4 categorías. En una primera categoría estarían aquellas intervenciones que refieren un entrenamiento cognitivo específico, en particular en esta categoría se encuentran las intervenciones de los estudios de Cohen-Mansfield et al. (2014), Kwok et al. (2012), Pereira-Morales et al. (2017). La segunda categoría incluye aquellos estudios cuyas intervenciones combinan el entrenamiento cognitivo y la actividad física (Barnes et al., 2013; Boa Sorte Silva et al., 2020). La tercera categoría está enfocada en la psicoeducación y promoción de la salud, e incluye las intervenciones en los estudios de Cohen-Mansfield et al. (2014) y Hoogenhout et al. (2012). Finalmente, la cuarta categoría acoge una intervención que combina entrenamiento cognitivo con la técnica de reestructuración cognitiva y psicoeducación (Frankemolen et al., 2018).

En un análisis de las estrategias utilizadas se puede ver que el entrenamiento cognitivo busca optimizar y mantener el estado cognitivo global de los participantes mediante

tareas, estrategias y habilidades. Su utilización se dirige principalmente al entrenamiento de la memoria episódica (Barnes et al., 2013; Boa Sorte Silva et al., 2020; Cohen-Mansfield et al., 2014; Frankemolen et al., 2018; Kwok et al., 2012, Pereira-Morales et al., 2017), pero también se considera la capacidad visuoespacial (Boa Sorte Silva et al., 2020), razonamiento (Kwok et al., 2012), velocidad de procesamiento (Barnes et al., 2013; Cohen-Mansfield et al., 2014), atención (Barnes et al., 2013; Frankemolen et al., 2018; Kwok et al., 2012; Pereira-Morales et al., 2017) y ejecución (Barnes et al., 2013; Pereira-Morales et al., 2017). Por su parte, cabe destacar que el entrenamiento cognitivo Mente-Motor (Boa Sorte Silva et al., 2020) se centra específicamente en mejorar la memoria episódica visuoespacial. En él, la complejidad cognitiva depende del número de pasos, el orden y la dirección de los pies.

Por su parte, todas las intervenciones centradas en la actividad física realizan ejercicios aeróbicos (Barnes et al., 2013; Boa Sorte Silva et al., 2020) finalizando la sesión con ejercicios de respiración y relajación. No obstante, una intervención realiza únicamente ejercicios de estiramiento y tonificación (Barnes et al., 2013).

Finalmente, tanto las estrategias de intervención psicoeducativa como de reestructuración cognitiva pretenden: a) dar a conocer el proceso de envejecimiento cognitivo y funcional normal (p.ej. las quejas cognitivas subjetivas forman parte del proceso de envejecimiento), los factores contextuales (p.ej. estereotipos y creencias negativas sobre la edad), las estrategias y comportamientos compensatorios (p.ej. ayudas externas: notas, calendario, y ayudas internas: estrategias mnemotécnicas, asociaciones mentales) (Frankemolen et al., 2018; Hoogenhout et al., 2012); b) cambiar las creencias y actitudes relacionadas con la memoria y plantear expectativas personales respecto a la memoria (Frankemolen et al., 2018); c) educar en salud afectiva-emocional (p.ej. explicar cómo influye la ansiedad y el estrés en las quejas cognitivas; depresión y afrontamiento) e informar sobre las diferentes enfermedades neurodegenerativas (p.ej. DCL, demencia tipo Alzheimer) propias del envejecimiento y su problemática asociada (p.ej. trastornos conductuales, delirios, sintomatología depresiva) (Cohen-Mansfield et al., 2014; Frankemolen et al., 2018; Hoogenhout et al., 2012); y, por último, d) educar en salud física (p.ej. realizar ejercicio de carácter aeróbico) y en salud social (p.ej. interacción y recreación social) (Cohen-Mansfield et al., 2014).

Para llevar a cabo todas estas intervenciones se han utilizado diversos materiales: se ha recurrido a la utilización de herramientas digitales con un programa específico de entrenamiento cognitivo (Barnes et al., 2013; Pereira-Morales et al., 2017); para la actividad cognitiva del estudio de Boa Sorte Silva et al. (2020) se ha utilizado una alfombra de suelo cuadrada (2,5 x 1 m) con 16 filas, y cada fila de 4 cuadrados; y por último, para los talleres de entrenamiento cognitivo (Cohen-Mansfield et al., 2014; Kwok et al., 2012) y para las intervenciones psicoeducativas (Cohen-Mansfield et al., 2014; Frankenmolen et al., 2018; Hoogenhout et al., 2012), se ha recurrido a sesiones de conferencias con presentaciones power point.

Por otra parte, como **medidas** del funcionamiento cognitivo, a nivel subjetivo y objetivo, en los estudios se ha recurrido a diferentes instrumentos. Para la valoración subjetiva en algunos casos se ha recurrido al planteamiento de una pregunta general relacionada con la memoria “¿sientes que tu memoria o tus habilidades de pensamiento han empeorado? (Barnes et al., 2013; Boa Sorte Silva et al., 2020), y en otros estudios se ha recurrido a diferentes cuestionarios: *Autoinforme sobre dificultades de memoria* (Cohen-Mansfield et al., 2014), *Memory Complaints Questionnaire* (MCQ) (Frankenmolen et al., 2018), *Maastricht Metacognition Inventory* (MMI) (Hoogenhout et al., 2012), *Chinese Memory Symptom Scale* (CMSS) (Kwok et al., 2012) y *Subjective Memory Complaints Questionnaire* (SMCQ) (Pereira-Morales et al., 2017). Por su parte, a nivel objetivo, los dominios cognitivos de memoria, atención, funciones ejecutivas, razonamiento y capacidad visoespacial se han medido mediante distintas pruebas de valoración neuropsicológica: *Rey Auditory Verbal Learning Test* (RAVLT) y *Trail Making Test* (Barnes et al., 2013; Frankenmolen et al., 2018; Pereira-Morales et al., 2017); *Eriksen Flanker Test* (EFT), *Useful Field of View* (UFOV) (Barnes et al., 2013); *Batería computarizada de Ciencias Cerebrales de Cambridge* (CBS) (Boa Sorte Silva et al., 2020); *Global Cognitive Score* (GCS) (Cohen-Mansfield et al., 2014); *Rivermead Behavioural Memory Test* (RBMT-3), *Location Learning Test* (LLT), *Strategy Use Inventory* (SUI), subescala de memoria del *WAIS-IV* (Frankenmolen et al., 2018); *Memory Quotient* (MQ), *Executive functioning and Speed Quotient* (ESQ) (Hoogenhout et al., 2012); *Chinese version of Mattis Dementia Rating Scale* (CDRS) (Kwok et al., 2012); subescalas de memoria y atención de *Wechsler, Test del Reloj*,

*Stroop Color-Word Test* (SCWT) (Pereira-Morales et al., 2017). Además, la mayoría de los estudios utilizan el test de cribado MMSE (Barnes et al., 2013; Boa Sorte Silva et al. 2020; Cohen-Mansfield et al., 2014; Hoogenhout et al., 2012; Kwok et al., 2012; Pereira-Morales et al., 2017) o el MoCA (Boa Sorte Silva et al., 2020; Frankenmolen et al., 2018) para conocer el estado cognitivo global inicial de los participantes.

Por último, también se ha medido el impacto emocional y afectivo de la presencia de quejas cognitivas en las personas mayores, y el impacto físico. Para el impacto emocional y afectivo se ha recurrido a los siguientes instrumentos: *Geriatric Depression Scale* (GDS) (Cohen-Mansfield et al., 2014; Pereira-Morales et al., 2017); *Healthy Survey* (RAND-36) (Frankenmolen et al., 2018), *Psychological Well-being Quotient* (PWQ) (Hoogenhout et al., 2012), *STAI* (Pereira-Morales et al., 2017), *Escala de soledad UCLA* y *Older American Resources and Services* (OARS) (Cohen-Mansfield et al., 2014). Por su parte, el impacto físico se ha medido con la *Prueba de Aptitud Física* para personas mayores, medición de frecuencias cardíacas, y la *Clasificación de Borg del Esfuerzo Percibido*.

### 2.2.2 Resultados principales en el abordaje neuropsicológico de las quejas cognitivas

En general, los resultados respecto a la intervención neuropsicológica de las quejas cognitivas apuntan a una mejoría, aunque no siempre significativa, del funcionamiento cognitivo a nivel subjetivo (Cohen-Mansfield et al., 2014; Frankenmolen et al., 2018; Hoogenhout et al., 2012; Kwok et al., 2012; Pereira-Morales et al., 2017) y también de la ejecución objetiva (Barnes et al., 2013; Boa Sorte Silva et al., 2020; Cohen-Mansfield et al., 2014; Kwok et al., 2012; Pereira-Morales et al., 2017).

Respecto a los resultados relacionados con el entrenamiento cognitivo, si bien ha mostrado que produce mejoría a nivel subjetivo y objetivo, cabe decir que: a) sólo una intervención (Cohen-Mansfield et al., 2014) alcanzó significación en su disminución de las quejas de memoria autoinformadas; b) dos intervenciones mejoraron el rendimiento en los dominios cognitivos específicos entrenados, en concreto, memoria (Cohen-Mansfield et al., 2014; Kwok et al., 2012; Pereira-Morales et al., 2017), capacidad visoespacial (Cohen-Mansfield et al., 2014), conceptualización (Kwok et al., 2012), atención, ejecución y

orientación (Pereira-Morales et al., 2017); c) sólo una intervención, en particular, el Programa Integrado de Psicoestimulación (PIP) del estudio de Pereira-Morales et al. (2017) mejoró significativamente el rendimiento cognitivo; y por último, d) los estudios de Kwok et al. (2012) y de Pereira-Morales et al. (2017) mejoraron la sensación subjetiva de queja.

En lo que respecta a los resultados con entrenamiento cognitivo combinado con ejercicio aeróbico, se encuentra que produce mejoría significativa en el estado cognitivo global (Barnes et al., 2013) y en los dominios cognitivos entrenados (Boa Sorte Silva et al., 2020). En particular, el ejercicio multimodal basado en ejercicios aeróbicos y resistencia, combinado con el entrenamiento Mente-Motor, mejora significativamente el rendimiento en memoria de trabajo visoespacial (Boa Sorte Silva et al., 2020). Cabe destacar que la actividad cognitiva mediante un programa de ordenador mejora el rendimiento en diferentes dominios cognitivos (en concreto, en memoria, la función ejecutiva/inhibición/flexibilidad mental, atención dividida y selectiva), pero sólo resulta en un cambio significativo para la atención. Por su parte, el ejercicio aeróbico no demostró mejora cognitiva ni a nivel objetivo ni subjetivo (Barnes et al., 2013).

Por otro lado, la intervención basada en la psicoeducación produce mejorías en el funcionamiento cognitivo subjetivo y objetivo. En particular, la promoción de salud emocional, física y social, en personas mayores con quejas, mejora el bienestar subjetivo, y el rendimiento objetivo, pero no supone un cambio significativo (Cohen-Mansfield et al., 2014). Además, la intervención psicoeducativa centrada en el envejecimiento cognitivo normal y sus peculiaridades presenta mejorías significativas subjetivas reduciendo las emociones negativas hacia el funcionamiento cognitivo (Hoogenhout et al., 2012); si bien no produce mejoría en la función cognitiva objetiva.

Asimismo, respecto a los resultados utilizando reestructuración cognitiva, decir que: a) redujo, pero no significativamente, las quejas cognitivas, mejorando la percepción subjetiva hacia la memoria (Frankenmolen et al., 2018); y b) mejoró las creencias y actitudes erróneas del envejecimiento cognitivo y funcional, pero no supone un cambio significativo (Frankenmolen et al., 2018). De igual manera, la combinación de psicoeducación, reestructuración cognitiva y entrenamiento en estrategias mnemotécnicas mejora, pero no significativamente, la percepción subjetiva de queja (Frankenmolen et al., 2018).

## 2.3 Discusión

Los resultados de la presente revisión ponen de manifiesto que el número de programas de intervención no farmacológica con un enfoque neuropsicológico probados en ensayos controlados aleatorizados en el ámbito de las quejas cognitivas subjetivas en personas mayores sin deterioro cognitivo es muy limitado. Además, la evidencia científica muestra que las quejas se han abordado desde diferentes perspectivas técnicas, y de forma diversa respecto al diseño de los programas de intervención. A este respecto, para el manejo de las quejas cognitivas se han empleado los siguientes tratamientos no farmacológicos: entrenamiento cognitivo específico, o su combinación con el ejercicio físico, psicoeducación y/o reestructuración cognitiva, o su combinación con el entrenamiento cognitivo.

El tipo de intervención más utilizado en relación con las quejas cognitivas ha sido el entrenamiento cognitivo específico (Cohen-Mansfield et al., 2014; Kwok et al., 2012; Pereira-Morales et al., 2017), o su combinación con el ejercicio físico (Barnes et al., 2013; Boa Sorte Silva et al., 2020). Por lo que respecta a los programas basados en el entrenamiento cognitivo, en su mayoría se organizan en sesiones grupales de 90 minutos cada una, mínimo 1 vez a la semana, y con una duración media de 10 semanas. Estos programas se dirigen principalmente a mejorar el rendimiento en las áreas cognitivas de memoria, atención y ejecución. Además, cabe destacar la variedad en el número de sesiones aplicadas, y la ausencia de seguimiento, exceptuando una intervención, que reevalúa después de 9 meses (Kwok et al., 2012). En lo que respecta a la eficacia, destacar que el programa ACTIVE alcanzó mejoría significativa en el estado cognitivo subjetivo, y también en la ejecución objetiva de las personas con quejas (Cohen-Mansfield et al., 2014). Este programa, al igual que el Programa Integrado de Psicoestimulación (PIP) utilizado en el estudio Pereira-Morales et al. (2017) combina tres aspectos fundamentales: mejorar el rendimiento objetivo (en concreto, en la memoria, atención y ejecución), generalizar el uso de estrategias de memoria externas e internas, y propiciar la participación mediante el debate y el feedback recibido por el profesional. Sin embargo, a diferencia del programa ACTIVE, el PIP no permite obtener una mejoría significativa en el bienestar subjetivo de las personas con quejas; pero sí en la sintomatología ansiosa asociada. Esta diferencia significativa se puede deber al formato y al número de sesiones de ambos programas. Un estudio científico de García-Campayo et al.

(2005) evidencia que la terapia grupal presenta beneficios a nivel personal, relacional y emocional. Por otra parte, es destacable el hecho de que se haya encontrado que el entrenamiento cognitivo específico per se, sin reflexión ni debate grupal, aunque produzca mejoría en el funcionamiento cognitivo objetivo no lo haga a nivel subjetivo (Pereira-Morales et al., 2017).

Los programas de intervención que combinan entrenamiento cognitivo y actividad física (p.ej. ejercicios aeróbicos y/o de resistencia, estiramiento y/o tonificación) se han utilizado también con frecuencia en el manejo de las quejas cognitivas subjetivas (Barnes et al., 2013; Boa Sorte Silva et al., 2020). Estos programas se suelen organizar en sesiones individuales (para la actividad cognitiva) y grupales (para la actividad física, con un máximo de 12 participantes), de 120 minutos (1 h. para cada actividad), 3 días a la semana, y una duración de 12 semanas. Sin embargo, el programa de intervención ejercicio multimodal y entrenamiento Mente-Motor (Boa Sorte Silva et al., 2020) presenta una organización diferente, en concreto sesiones grupales (máximo 25 participantes) de 60 minutos cada una (actividad cognitiva=15 min; actividad física=45 min.), 3 veces por semana, y una duración máxima de 24 semanas. Si bien la aplicación de este tipo de estrategia de intervención, que combina entrenamiento cognitivo objetivado, no constata su eficacia para disminuir las quejas, sí lo hace para mejorar la ejecución cognitiva a nivel objetivo. Además, es de destacar que esta mejora en la ejecución objetiva parece independiente del tiempo dedicado a cada uno de los componentes del programa. Tal como se ve en el estudio de Boa Sorte Silva et al. (2020) el programa de intervención Mente-Motor, que dedica 45 minutos a la práctica de ejercicio aeróbico y de resistencia, y 15 minutos restantes al entrenamiento cognitivo, produjo la misma mejoría en la ejecución cognitiva objetiva que la intervención que dedica específicamente una hora para cada actividad (Barnes et al., 2013). Esta diferencia podría deberse a la importancia de intervenciones con una duración mínima de 6 meses (Colcombe y Kramer, 2003), tal y como se observa en el estudio de Boa Sorte Silva et al. (2020). En cualquier caso, el ejercicio aeróbico per se, sin actividad cognitiva, no demuestra mejora en el estado cognitivo global; a diferencia del entrenamiento cognitivo específico (Barnes et al., 2013).

En lo referido a la intervención basada en psicoeducación, cabe decir que su abordaje, compete tanto la comprensión de las quejas como parte del envejecimiento normal, como la formación e información de cómo estas pueden influir en la vida diaria de las personas mayores. Tanto el Taller de Promoción de Salud (Cohen-Mansfield et al., 2014) como la Intervención psicoeducativa centrada en el Envejecimiento Cognitivo (Hoogenhout et al., 2012) tratan tres aspectos fundamentales: a) conocer el proceso de envejecimiento cognitivo y funcional normal, b) educar en salud afectiva-emocional, y c) informar sobre las diferentes enfermedades neurodegenerativas propias de la vejez. A este respecto, cabe destacar que el impacto de ambos programas varía en el estado cognitivo tanto a nivel subjetivo como objetivo. En particular, sólo la intervención en Envejecimiento Cognitivo utilizado en el estudio de Hoogenhout et al. (2012) alcanza mejoría significativa en el bienestar subjetivo, al disminuir las reacciones emocionales negativas respecto al funcionamiento cognitivo, si bien no mejora la ejecución cognitiva objetiva. A diferencia del Taller de Promoción de la salud de Cohen-Mansfield et al. (2014), la intervención en Envejecimiento Cognitivo se caracteriza por: a) organizar sesiones grupales de 90 minutos, un máximo de 9 personas por grupo, dos veces a la semana y durante 4 semanas; b) propiciar la participación mediante el debate y dudas c), consolidar lo aprendido mediante deberes (p.ej. diario cognitivo). Por otra parte, el Taller de Promoción de Salud (Cohen-Mansfield et al., 2014) que se centra en informar y formar, sin propiciar debate y refuerzo de lo aprendido, obtiene una mejoría, pero poco significativa, en el bienestar cognitivo subjetivo y en la ejecución objetiva. Además, este programa no especifica ni el número de personas, ni las horas, ni las sesiones pertinentes.

Por último, por lo que respecta a la intervención que combina entrenamiento cognitivo con la técnica de reestructuración cognitiva y psicoeducación, cabe destacar que, su intervención enfatiza la formación e información sobre el envejecimiento y las quejas. Sólo se ha encontrado un programa de intervención que haya combinado las tres técnicas, el de Frankenmolen et al. (2018), que se llevó a cabo en sesiones grupales de 60 minutos cada una, con un máximo de 5 personas por grupo, 1 vez a la semana, durante 7 semanas. Esta intervención evidenció mejoría, pero no significativa, en la percepción subjetiva de queja tanto potenciando metas personales respecto a la memoria, como cambiando las creencias y actitudes erróneas del envejecimiento cognitivo y funcional. Además, se encuentra que el

programa genera una mejoría en el funcionamiento cognitivo objetivo al conseguir que los participantes generalicen el uso de estrategias internas de memoria, aunque no suceda lo mismo con el uso de las estrategias externas.

Podemos concluir por tanto que, la revisión de la literatura sobre intervenciones no farmacológicas con enfoque neuropsicológico en el ámbito de las quejas cognitivas subjetivas indica que, son principalmente dos técnicas las que tienen un impacto positivo y significativo en el funcionamiento cognitivo subjetivo. Una de ellas se relaciona con la ejecución de un programa de entrenamiento cognitivo, el programa ACTIVE, utilizado en el estudio de Cohen-Mansfield et al. (2014), y la otra con una intervención psicoeducativa, el programa Envejecimiento Activo utilizado en el estudio de Hoogenhout et al. (2012). En particular, el programa ACTIVE conjuga entrenar áreas cognitivas específicas y la participación en debates grupales. Por su parte, la intervención centrada en Envejecimiento Activo, además de psicoeducación respecto al envejecimiento cognitivo y funcional, favorece la participación grupal y el refuerzo cognitivo mediante un diario. Ambos programas probablemente deban su eficacia a nivel subjetivo a la organización en sesiones grupales durante un mínimo de 4 semanas y, potenciando al máximo la opinión de cada participante gracias al feedback recibido por el técnico. Finalmente, resulta conveniente resaltar que todos los programas de intervención basados en psicoeducación y/o reestructuración cognitiva han reducido las quejas cognitivas autoinformadas mejorando el bienestar personal y social de las personas mayores. Y por su parte, los programas de entrenamiento cognitivo específico y combinado (p. ej. con ejercicio físico, psicoeducación o reestructuración cognitiva) han mejorado la ejecución cognitiva objetiva tanto global como de las áreas específicamente entrenadas.

Para finalizar esta revisión sistemática, se deben comentar algunas limitaciones importantes que presenta esta línea de investigación: a) el estudio de las quejas cognitivas subjetivas es una línea de investigación reciente. Debido a esto, el número de estudios acerca de las intervenciones neuropsicológicas dirigidas a personas mayores sin deterioro cognitivo es todavía limitado; b) la desproporcionada distribución de la muestra por sexo, estando compuesta mayoritariamente por mujeres, siendo poco representativo para los hombres; c) algunos estudios emplean una muestra pequeña (Cohen-Mansfield et al., 2014; Frankenmolen et al., 2018; Hoogenhout et al., 2012; Pereira-Morales et al., 2017); d) la reducida evidencia

científica respecto a la eficacia de las técnicas empleadas (p.ej. la reestructuración cognitiva); e) sólo dos estudios presentaron seguimiento a largo plazo del funcionamiento cognitivo a nivel subjetivo y/o ejecución objetiva tras la intervención (Frankenmolen et al., 2018; Kwok et al., 2012); y por último, f) la falta de instrumentos o criterios que sean lo suficientemente sensibles como para detectar cambios relativamente pequeños en el funcionamiento cognitivo.

### 3. Propuesta de intervención:

*“Conociendo la mente, conociéndome: un programa dirigido a personas mayores con quejas cognitivas.”*

#### 3.1 Justificación y objetivo

El abordaje de las quejas cognitivas subjetivas en las personas mayores no es una cuestión baladí, y requiere de su atención por los siguientes motivos: a) son alteraciones cognitivas autoinformadas o comunicadas por una tercera persona, en ausencia de signos cognitivos objetivos y condiciones patológicas subyacentes (Canavelli et al., 2013); b) alcanzan una prevalencia de hasta el 50.0% (Choe et al., 2018); c) pueden alterar la actividad ocupacional y social diaria (Frankenmolen et al., 2018), convirtiendo las quejas en un factor secundario de estrés (Metternich et al., 2010); y, d) pueden generar malestar a nivel emocional y afectivo asociándose a sintomatología ansiosa y/o depresiva (Markova et al., 2017).

Todo este conjunto de razones indican que el abordaje de las quejas cognitivas en las personas mayores es una necesidad emergente y por ello se plantea la presente propuesta de intervención *“Conociendo la mente, conociéndome: un programa dirigido a personas mayores con quejas cognitivas”* cuyo objetivo general es: **mejorar el funcionamiento subjetivo y/o la ejecución objetiva en las personas mayores con quejas cognitivas subjetivas**. Para su planteamiento se ha tomado como punto de partida la revisión sistemática expuesta anteriormente, y en la que se ha mostrado que el abordaje neuropsicológico de las quejas cognitivas a nivel subjetivo y objetivo mejora positivamente el bienestar personal y social, tal y como se observó en el programa de Entrenamiento Cognitivo Específico del estudio de Cohen-Mansfield et al. (2014) y en la intervención psicoeducativa de Envejecimiento Activo del estudio de Hoogenhout et al. (2012). Asimismo, ha mostrado que la práctica moderada de ejercicio físico (p.ej. ejercicio aeróbico, respiración y estiramiento) produjo el mismo efecto a nivel objetivo en las personas mayores que se quejan (Barnes et

al., 2013; Boa Sorte Silva et al., 2020). Por otro lado, en la revisión se ha visto que por sí solo un taller específico de memoria o estimulación cognitiva no reduciría las quejas cognitivas (Canavelli et al., 2013; Metternich et al., 2010). Es por todo ello, que se plantea una intervención basada en las siguientes estrategias: entrenamiento cognitivo específico (en concreto, estimulación cognitiva), psicoeducación, y la práctica de ejercicio físico aeróbico o relajación.

### 3.2 Contextualización

La presente propuesta de intervención se ha diseñado para implantar en el contexto de los diferentes **recursos gerontológicos** destinados al cuidado y atención de las personas mayores. A este respecto, los potenciales servicios psicosociales que se han considerado para su aplicación serían tanto los relacionados con la atención residencial (p.ej. viviendas y centros residenciales) como los relacionados con la atención diurna (p.ej. centros de día, hogares). También, se considera oportuna su implantación en consultas privadas especializadas en el ámbito de la psicogerontología.

En cuanto a la formación del **profesional** que pueda llevar a cabo la intervención, sería recomendable presentar titulación en psicología, y formación en la rama de la psicogerontología. Es por ello, que el papel del psicogerontólogo/a se considera el perfil más adecuado por su óptica formativa psicosocial y bagaje educativo respecto a la esfera de la vejez.

En lo tocante al **entorno** específico en el que se lleve a cabo la intervención, se debe considerar un ambiente propicio que supla las necesidades de la persona mayor demandante. En el espacio físico que se utilice se deben tener en cuenta los siguientes aspectos: a) la amplitud necesaria que permita realizar el ejercicio físico aeróbico o relajación; b) los obstáculos físicos, visuales (p.ej. decoración sobrecargada en las paredes), y ambientales (p.ej. ruidos); c) la colocación del mobiliario y la decoración, que debe ser realista y natural a la época en la que se desarrollaron laboral y socialmente; y d) una buena iluminación.

### 3.3. Participantes

La **población diana** a la que va dirigida la intervención es aquella que incluye a las personas mayores de 60 años que presentan quejas cognitivas, siendo el nivel educativo el criterio utilizado para formar grupos reducidos para la intervención. Específicamente, la selección de los participantes se llevará a cabo teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión descritos en la Tabla 2.

**Tabla 2.** Criterios de inclusión y exclusión para los participantes de la intervención “*Conociendo la mente, conociéndome: un programa dirigido a personas mayores con quejas cognitivas.*”

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"><li>-Personas que presentan quejas cognitivas</li><li>-Población mayor de 60 años</li><li>-Personas que acudan a recursos gerontológicos o a consulta privada especializada</li><li>-Independencia en las actividades instrumentales de la Vida diaria</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Personas mayores con deterioro cognitivo objetivado (p.ej. DCL, demencia), un trastorno neuropsiquiátrico grave, una lesión cerebral traumática o trastornos psicológicos (p.ej. ansiedad generalizada, depresión)</li><li>-Alteraciones graves en la marcha (incapacidad de caminar más de 10 metros sin ayuda indicando riesgo evidente de caída)</li><li>- Pérdida de autonomía leve-moderada (p.ej. dificultad en AIVD)</li><li>-Alteraciones sensoriales graves (p.ej. sordera o ceguera total)</li></ul>

---

### 3.4 Instrumentos para la evaluación neuropsicológica

Los participantes se someterán a una exploración neuropsicológica exhaustiva previa y posterior a la intervención, tanto para garantizar que los participantes cumplen los criterios de inclusión/exclusión como para analizar la eficacia de la presente propuesta. Dicha exploración incluye los siguientes aspectos: a) valoración de las **quejas cognitivas subjetivas** mediante el Cuestionario de Fallos de Memoria de la Vida Cotidiana (MFE) (Montejo, Montenegro y Sueiro-Abad, 2012) y el Cuestionario de Fallos Cognitivos (Broadbent, Cooper, Fitzgerald y Parkes, 1982); b) valoración del **estado global cognitivo** (MoCA) (Nasreddine et al., 2005); c) valoración de la **memoria objetiva** mediante el Test de Memoria Conductual Rivermead (RBMT-3) (Wilson, Cokburn y Baddeley, 1985) y la prueba

de Dígitos (WAIS-IV) (Wechsler, 2012); d) valoración de las **funciones ejecutivas** mediante Test del Trazo (Forma B, TMT-B) (Tombaugh et al., 2004) y Test de Stroop (Golden, 2001); y, e) valoración de los **mecanismos atencionales** mediante la prueba de Búsqueda de Símbolos (WAIS-IV) (Wechsler, 2012) y Test del Trazo (Forma A, TMT-A) (Tombaugh et al., 2004). Asimismo, se realizará una valoración **afectiva** mediante la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) (Brink et al., 1982), una valoración de la **funcionalidad** mediante la Escala de Lawton y Brody para Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) (Lawton y Brody, 1969), y por último, una valoración subjetiva del **esfuerzo físico** mediante el Category Ratio RPE-Scale (Borg, 1982).

Se describen a continuación, brevemente, cada una de estas herramientas:

**Cuestionario de Fallos de Memoria de la Vida Cotidiana (*Memory Failures of Everyday, MFE*)** (Sunderland et al., 1984). La adaptación española de Montejo et al. (2012) se compone por 28 ítems relacionados con situaciones y actividades de la vida diaria. Las categorías de olvidos que recoge son “hablar, leer y escribir”, “nombres y caras”, “acciones” y “aprender cosas nuevas”. El MFE está compuesto por los siguientes factores: *Recuerdo de Actividades, Reconocimiento y Monitorización de la Comunicación*. Estos factores evalúan las quejas relacionadas con varios tipos de memoria (p.ej. episódica, prospectiva, retrospectiva, visoespacial, de trabajo), funciones ejecutivas y atencionales (p.ej. planificación, monitorización e intencionalidad), y áreas del lenguaje (p.ej. comunicación expresiva y receptiva) (Montejo et al., 2014). Se valoran a partir de una escala Likert de tres puntos (desde 0: “Nunca o rara vez” hasta 2: “Muchas veces”). Una puntuación directa por encima de 32 puntos indica presencia de quejas cognitivas de memoria; al igual que una puntuación escalar mayor de 13 (percentil 80-87) (Montejo et al., 2012).

**Cuestionario de Fallos Cognitivos (*The Cognitive Failures Questionnaire*)** (Broadbent, Cooper, Fitzgerald y Parkes, 1982). La adaptación española de García-Martínez y Sánchez-Cánovas (1994) se compone por 25 ítems relacionados con fallos cognitivos de tipo cotidiano. Evalúan las quejas relacionadas con la memoria, atención y el control del pensamiento o la acción. Se valoran a partir de una escala Likert de cinco puntos (desde 0: “muy a menudo” hasta 4: “nunca”) que representa la frecuencia relativa de cada uno de los

fallos cognitivos durante el último medio año. A mayor puntuación, mayor presencia de fallos cognitivos en la vida diaria.

**Montreal Cognitive Assessment (MoCA)** (Nasreddine et al., 2005). Evalúa la presencia o ausencia de deterioro cognitivo ligero valorando diferentes dominios cognitivos, en concreto, ejecución/habilidad visuoespacial, identificación, memoria, atención, lenguaje, abstracción, recuerdo diferido y orientación. La puntuación directa se corrige por edad y escolaridad según los baremos de la población gallega. Se determina deterioro cognitivo a una puntuación por debajo del percentil 10, o rigurosamente del percentil 5 (Pereira et al., 2017); correspondiendo menor puntuación a mayor alteración.

**Test de Memoria Conductual Rivermead (RBMT-3)** (Wilson, Cokburn y Baddeley, 1985). Valora el funcionamiento de la memoria cotidiana. Está compuesto por 12 subpruebas que evalúan diferentes aspectos relacionados con la memoria cotidiana; tales como, memoria prospectiva, memoria lógica o auditiva, memoria topográfica, reconocimiento, memoria asociativa, orientación temporal y espacial. La puntuación funcional de la persona puede alcanzar un máximo de 12 puntos, mientras que aplicando el perfil de puntuaciones el máximo es de 24 puntos. Con todo esto, se determinará dependencia en las actividades de la vida diaria con una puntuación inferior a 12 puntos.

**Subtest Dígitos de la Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS-IV)** (Wechsler, 2012). Evalúa la atención, la resistencia a la distracción, la memoria auditiva inmediata y la memoria de trabajo. La prueba de dígitos está formada por dos tareas: dígitos directos y dígitos inversos. En los dos casos el examinador deberá leer en voz alta al sujeto una serie de números, bien en el mismo orden en que se ha presentado (orden directo), o bien en orden inverso al presentado. Se aumentará progresivamente la longitud de la serie numérica hasta que el sujeto cometa dos fallos seguidos. Además, se determinará existencia de problemas de span o amplitud de memoria de trabajo con una serie directa menor de 5 números, y de 3 números para el orden inverso.

**Test del Trazo (Versión B, TMT-B)** (Tombaugh et al., 2004). Evalúa la atención sostenida, secuenciación, flexibilidad mental y rastreo visual. Esta prueba requiere alternar entre números y letras (p.ej. 1-A-2-B-3-C), evaluando así, la rapidez motora y la habilidad

memorística para mantener el orden correcto número-letra. La puntuación total representa la cantidad de tiempo necesario para completar la tarea.

**Test de Stroop** (Golden, 2001). Evalúa la atención selectiva, dividida, y la resistencia a la interferencia. El participante responde en tres tiempos diferentes a los estímulos visuales que le aparecen en pantalla: a) en un primer momento, deberá leer en voz alta los nombres de los colores (impresos en negro en una hoja) lo más rápido posible; b) posteriormente, deberá leer el nombre del color, esta vez representando el color que leen, y, por último, 3º) deberá nombrar el color de la impresión de las palabras impresas en diferentes colores al que designa. La puntuación es la proporción de respuestas de precisión y el tiempo de respuesta.

**Subtest Búsqueda de Símbolos de la Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS-IV)** (Wechsler, 2012). Evalúa rapidez y precisión perceptiva, flexibilidad cognitiva y velocidad de procesamiento de información visual simple. El participante observará dos grupos de símbolos: un grupo clave y un grupo de búsqueda. Posteriormente, decidirá si alguno de los dos símbolos del grupo clave es igual a los del grupo de búsqueda.

**Test del Trazo (Forma A, TMT-A)** (Tombaugh et al., 2004). Evalúa la velocidad de búsqueda visual, la atención sostenida, flexibilidad cognitiva, memoria de trabajo y función motora. Esta prueba consiste en unir con líneas 25 números ubicados dentro de círculos, distribuidos al azar en una hoja (p.ej. 1-2-3-4-5.....25). Antes de realizar la prueba, se realiza un ensayo que determinará o no la aplicación del test. La puntuación total es el tiempo que tarda en realizar la tarea. Si durante la misma comete un error se lo hacemos notar, sin parar el tiempo, y que continúe desde el último número unido correctamente.

**Escala de Depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale, GDS)** (Brink et al., 1982). Es una escala de cribado para detectar la posible presencia de depresión. La versión de 15 ítems (Sheikh y Yesavage, 1986) validada por la población española en el estudio de Martínez de la Iglesia et al. (2002) se formula en preguntas y su escala de respuesta es dicotómica (sí/no). El punto de corte recomendado es de 5 puntos; es decir, una puntuación mayor de 5 corresponde a una posible depresión.

**Escala de Lawton y Brody para Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)** (Lawton y Brody, 1969). La adaptación española de Vergara et al. (2012) trata de valorar en qué medida la persona es capaz de desempeñar las actividades instrumentales del día a día

necesarias para manejarse de forma independiente en la comunidad. Se compone por ocho subescalas: uso del teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a su medicación y manejo de sus asuntos económicos. Cada dominio se corresponde con cuatro o cinco ítems explicando diferentes niveles de dicha habilidad. Por tanto, el sujeto debe elegir la opción que mejor se corresponda con lo que actualmente hace marcando la opción en la columna “Ahora”, y/o “Antes” si lo hacía también; si existe variación en las respuestas se deberá especificar en años y meses de dicho cambio. La puntuación total se valora teniendo en cuenta las siguientes medidas: a) la puntuación directa que refleja el grado de *dependencia* (desde 0 puntos) e *independencia* (hasta 8 puntos); b) la puntuación corregida por género calculando la proporción de puntos sobre 8 para mujeres y sobre 5 para hombres; y, por último, c) una puntuación que sólo valora como pérdida de funcionalidad “ahora” (con puntuación 0) aquellas conductas que “antes” presentaban un mayor nivel de funcionalidad y no aquellas que ya estaban al mismo nivel o peor.

**Category Ratio RPE-Scale** (Borg, 1982). Evalúa el esfuerzo percibido realizado.. Es útil para programar y monitorizar el entrenamiento y las cargas de ejercicio. Consta de una serie de ítems referidos al esfuerzo realizado (p.ej. ligero, moderado, algo pesado) que se valoran en un rango desde 0 hasta 10 puntos.

### 3.5 Procedimiento

La presente propuesta de intervención se organiza en sesiones grupales, con un máximo de 9 personas, de 60 minutos cada sesión. Se realizaría 2 veces a la semana, durante 10 semanas, con un total, por tanto, de 20 sesiones. En lo que a la estructura se refiere siguiendo a Hoogenhout et al. (2012), una sesión prototipo podría ser la siguiente: a) recapitulación del contenido de la anterior sesión (5 min); b) realización de actividades de entrenamiento cognitivo o psicoeducación (20 min); c) puesta en común de la temática y debate grupal (15 min); d) realización de ejercicios aeróbicos o relajación (20 min). En la Tabla 3 se presenta la organización de los componentes de la propuesta de intervención, por módulos con sus respectivas sesiones.

**Tabla 3.** Componentes según módulos y sesiones centrales de la intervención “*Conociendo la mente, conociéndome: un programa dirigido a personas mayores con quejas cognitivas.*” (basado en Boa Sorte et al., 2010; Cohen-Mansfield et al., 2014; Frankenmolen et al., 2018; Hoogenhout et al., 2012)

**Módulo I: Envejecimiento y quejas cognitivas.**

**Sesión 0:** Evaluación neuropsicológica inicial

**Sesión 1:** Presentación del grupo. Presentación del programa. Normas grupo. Envejecimiento y estereotipos.

**Sesión 2:** Perspectivas ante las quejas cognitivas subjetivas: envejecimiento vs. patología. Ejercicio aeróbico.

**Sesión 3:** Tipos de quejas cognitivas. Prevalencia. Técnica de respiración abdominal.

**Módulo II: Procesos mentales y quejas cognitivas.**

**Sesión 4: Memoria.** Quejas subjetivas de memoria. Estimulación cognitiva centrada en la memoria episódica. Técnica de respiración abdominal

**Sesión 5: Atención.** Quejas subjetivas de atención. Estimulación cognitiva centrada en atención sostenida/dividida. Técnica de visualización mental.

**Sesión 6: Habilidad ejecutiva.** Quejas subjetivas del funcionamiento ejecutivo. Estimulación cognitiva centrada en flexibilidad mental/inhibición. Ejercicio aeróbico

**Módulo III: Emociones y quejas cognitivas.**

**Sesión 7:** Influencia de la sintomatología ansiosa y estrés en las quejas (I). Técnica de respiración abdominal.

**Sesión 8:** Influencia de la sintomatología ansiosa y estrés en las quejas (II): círculo vicioso. Técnica de visualización mental.

**Sesión 9:** Creencias y expectativas sociales y personales. Aprender a ajustar las expectativas y las metas personales: SMART. Técnica de respiración abdominal.

**Módulo IV: Estrategias y comportamiento compensatorios**

**Sesión 10:** Compensación vs. restauración. Estimulación cognitiva general. Ejercicio aeróbico.

**Sesión 11:** Estrategias externas: notas, listas, diario, alarma, calendarios.. Técnica de visualización mental.

**Sesión 12:** Estrategias internas (I). Repetición, organización, elaboración, recuperación. Ejercicio aeróbico.

**Sesión 13:** Estrategias internas (II). Asociación. Técnica visual de lugar o Loci. Técnica de visualización mental.

**Sesión 14:** Generalización técnicas a la vida diaria. Objetivos personales. Técnica de respiración abdominal.

**Módulo V: Envejecimiento exitoso**

**Sesión 15:** Alimentación, ejercicio físico moderado y relaciones sociales. Ejercicio aeróbico

**Sesión 16:** Reserva cognitiva. Estimulación cognitiva: memoria, atención y ejecución. Técnica de visualización mental.

**Sesión 17:** Salud emocional. Conocerse a uno mismo. Técnica de respiración abdominal.

**Sesión 18:** Repaso general. Estimulación cognitiva. Cierre del programa. Técnica de visualización mental.

**Sesión 19:** Evaluación neuropsicológica final

El desarrollo de los componentes del programa a lo largo de las sesiones se explicita según cronograma recogido, a continuación, en la Tabla 4.

**Tabla 4.** Cronograma de la intervención “Conociendo la mente, conociéndome: un programa dirigido a personas mayores con quejas cognitivas”.

Técnicas/actividades	Sesión	Módulo I			Módulo II			Módulo III			Módulo IV				Módulo V						
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Evaluación inicial		■																			
Presentación programa			■																		
Conocimiento grupo			■																■		
Psicoeducación			■	■	■				■	■	■						■	■	■	■	
Estimulación cognitiva						■	■	■										■		■	
Entrenamiento estrategias											■	■	■	■	■						
Ejercicio aeróbico				■				■			■		■			■					
Respiración abdominal					■	■			■		■			■				■			
Visualización mental						■			■		■		■			■			■		
Repaso general																				■	
Evaluación final																					■

### 3.6. Técnicas y actividades

Cada uno de los componentes del programa incluirá diversas técnicas y actividades, cuya descripción se recoge a continuación en formato de fichas. En cada una de estas fichas se incluye una presentación de las características de la técnica (nº de sesiones, tipo de actividad, metodología, duración, formato, y material), su objetivo y descripción, así como un apartado sobre consideraciones y otro sobre la evaluación cuando resulten pertinentes. La presentación se agrupa según los tres ejes o estrategias de intervención de la propuesta: la actividad física y relajación, el entrenamiento cognitivo y la psicoeducación.

#### 3.6.1 Actividad física y relajación

Se recogen a continuación en las Tablas 5, 6 y 7, las fichas descriptivas correspondientes a las técnicas utilizadas para el componente de la intervención relacionado con la actividad física y relajación: la técnica de respiración abdominal, técnica de visualización y planificación del ejercicio físico.

**Tabla 5.** Técnica de Respiración Abdominal.

<b>Técnica de Respiración Abdominal (Labrador, 2008)</b>			
<b>Nº sesiones:</b>	6	<b>Duración:</b>	20 min.
<b>Tipo de actividad:</b>	Ejercicios de respiración-relajación		
<b>Metodología empleada:</b>	Técnicas conductuales del control de la actividad	<b>Formato:</b>	Grupal
		<b>Material:</b>	esterillas, sillas
<b>Objetivo</b>			
Controlar las reacciones fisiológicas (p.ej. falta de oxígeno, aceleración del ritmo respiratorio) ante situaciones emocionalmente intensas (p.ej. estado de estrés o ansiedad).			
<b>Descripción</b>			
<p>El aprendizaje de la técnica comenzará con un ejercicio previo en el que se persigue un objetivo fundamental: identificar la propia respiración. Antes de dar las normas para esta tarea, se le pedirá al sujeto: a) quitar el reloj, zapatos u otro objeto que pueda molestar; b) colocarse en una posición cómoda y, c) visualizar una escena o una imagen agradable que le ayude a inducir un estado de tranquilidad. Una vez que se logra la desconexión, se pasará a dar las instrucciones de la tarea, indicándole que coloque una mano sobre el vientre (debajo del ombligo) y la otra encima del estómago. El/la terapeuta realizará una demostración de la disposición de las manos en su cuerpo e insistirá en la importancia de prestar atención a las sensaciones corporales que se producen cuando entra el aire. La técnica se estructura en los siguientes ejercicios:</p> <p>-Ejercicio I. <b>Inspiración</b>. Dirigir el aire inspirado a la parte inferior de los pulmones.</p> <p>-Ejercicio II. Dirigir el aire <b>inspirado a la parte inferior</b>, y acto seguido, a la <b>parte media</b> de los pulmones.</p> <p>-Ejercicio III. Llevar a cabo una <b>inspiración completa</b> dividida en tres partes: a) en primer lugar, dirigirá el aire al vientre; b) después al estómago, y, por último, c) al pecho.</p> <p>Ejercicio IV. Realizar la <b>espiración</b> y desarrollar una inspiración más completa, pausada y regular. El/la terapeuta le indicará al sujeto que deberá realizar una exhalación sonora cerrando un poco los labios. Acto seguido, se le señalará que suelte el aire por la nariz tratando de realizar un silbido. La actividad se concluye mostrándole que debe subir los hombros hacia arriba para que el aire fluya mejor en la cavidad torácica contribuyendo a una respiración de mejor calidad.</p>			

**Tabla 5.** Técnica de Respiración Abdominal. (continuación)

-Ejercicio V. Establecer una adecuada **alternancia respiratoria** (ventral, estomacal y pectoral), pero sin hacer hincapié en los tiempos y minimizando de manera gradual la toma de aire ruidosa y el silbido de la exhalación.

-Ejercicio VI. **Generalizar** la respiración aprendida a condiciones más próximas a la vida diaria y al medio habitual. Se debe recordar la importancia de que recree las sensaciones positivas que ha experimentado a lo largo de la aplicación de la técnica en condiciones óptimas.

#### Consideraciones

La duración de cada ejercicio oscila entre 2 y 4 minutos, con periodos de descanso entre ellos (p.ej. 2 minutos). Además, se repetirá el ejercicio hasta que el sujeto aprenda a identificar las sensaciones corporales adecuadas (3-4 veces cada ejercicio). Es necesario la práctica frecuente en situaciones habituales. El feedback es indispensable, tanto si la actuación ha sido errónea como si se han observado progresos, para que el paciente pueda ver reflejados sus avances y asimile un buen aprendizaje de la respiración.

#### Evaluación

-Se deben colocar ambas manos extendidas en la parte superior de la columna vertebral del paciente (a la altura del axis y del atlas) y, conforme se vaya realizando el ejercicio respiración, iremos bajando las manos hasta llegar a la parte inferior del tronco, situándonos al nivel de la cintura. La respiración estará correctamente ejecutada si los pulgares se desplazan horizontalmente en cada una de las zonas examinadas, ya que nos estará indicando que está entrando aire en la cavidad.

-Se debe comprobar el grado de contracción muscular en el cuello, abdomen y diafragma, de modo que no presente un tono excesivamente rígido ni demasiado débil porque en ambos casos se estaría complicando la fluidez del aire.

-La inspiración y la espiración, de manera individual, deben tener una duración aproximada de 3 segundos para que el ritmo sea adecuado. Si los tiempos son inferiores a los 2 segundos o superiores a los 4 segundos, se tendrá que replantear el ejercicio pidiendo al paciente que cuente hasta tres cuando coja y suelte aire.

**Tabla 6.** Técnica de Visualización o Imaginación guiada.

<b>Técnica de visualización (Simonton y Matthews-Simonton, 1981)</b>			
<b>Nº sesiones:</b>	6	<b>Duración:</b>	20 min.
<b>Tipo de actividades:</b>	Ejercicios de relajación	<b>Formato:</b>	Grupal
<b>Metodología empleada:</b>	Técnicas conductuales del control de la actividad	<b>Materiales:</b>	Esterillas, ordenador altavoces

#### **Objetivo**

Inducir un estado de relajación y tranquilidad mental.

#### **Descripción**

El aprendizaje de la técnica comenzará con un ejercicio previo en el que se persigue entrenar la imaginación a través de los sentidos. Antes de dar indicaciones, se le pedirá al sujeto: a) quitar el reloj, zapatos u otro objeto que pueda molestar; b) colocarse en una posición cómoda, c) cerrar los ojos, y, por último, d) respirar profundamente en tres tiempos. En concreto, el entrenamiento inicial consiste en imaginar durante 20 segundos imágenes de carácter: visual (p.ej. un roble, caracol); auditiva (p.ej. el agua de un riachuelo, el viento soplando entre los árboles); olfativa (p.ej. el olor de café recién hecho); gustativas (p.ej. chocolate); táctil (p.ej. enhebrar una aguja); temperatura (p.ej. aguas termales frías o calientes) y, por último, de movimiento y posición del cuerpo (p.ej. andar, serrar madera, remover el caldo). Posteriormente, el/la terapeuta comenzará la actividad per se de visualización mental: una relacionada con la **visualización de un paisaje** (Anexo 2), y otra relacionada con la **descripción de un lugar especialmente significativo**. El final de la sesión será gradual, se deberá a) inducir el desvanecimiento de la imagen; b), dirigir su atención hacia el aula donde se encuentra; c) abrir los ojos; y por último, d) estirar las piernas y brazos.

#### **Consideraciones**

Antes de centrarse en la visualización es necesario realizar el ejercicio de respiración profunda. Se realizará en un espacio físico con oscuridad. Se podrá acompañar de un hilo musical.

#### **Evaluación**

El/la terapeuta preguntará sobre las sensaciones corporales y emociones presentes durante la sesión.

**Tabla 7.** Planificación del ejercicio físico.

<b>Circuito de ejercicios</b> (Mora-Fernández, Mora-Vicente, González y Faraldo, 2005)			
<b>Nº sesiones:</b>	5	<b>Duración:</b>	25 min.
<b>Tipo de actividades:</b>	Aeróbica, coordinación, fuerza, equilibrio	<b>Formato:</b>	Grupal
		<b>Materiales:</b>	Esterillas, bancos, aros(*), pesas(*),ordenador, altavoces
<b>Objetivo</b>			
Mejorar el rendimiento físico			
<b>Descripción</b>			
<p>La planificación del ejercicio físico se ha estructurado de la siguiente forma:</p> <p>Fase I: <b>Calentamiento</b> (5 min.). Se incluyen: desplazamientos hacia delante, lateral, hacia atrás, diagonal, trote, elevación de rodillas, hombros, estiramiento de brazo-antebrazo.</p> <p>Fase II: (15 min). Las actividades propuestas se alternarán entre sesiones:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-<b>Ejercicios de fuerza, coordinación y equilibrio.</b> Lanzamientos, recogidas de pelotas, marchas, equilibrio sobre bancos, desplazamientos entre aros, ajustes corporales.</li><li>-<b>Ejercicio aeróbico-coordinación-equilibrio.</b> Coreografías de zumba.</li></ul> <p>Fase III: <b>Recuperación y estiramiento</b> (5 min). Estiramiento de: a) partes del cuerpo troncales (brazos y hombros); b) la cabeza y el cuello; por último; c) extremidades inferiores (piernas y pies).</p>			
<b>Consideraciones</b>			
Es necesario que cada participante camine 30 minutos entre 3 o 4 días a la semana.			
<b>Evaluación</b>			
<p>El esfuerzo percibido se ha medido con el <i>Category-Ratio RPE-Scale</i> (Borg, 1982). Además, se monitorizará el ejercicio físico diario externo al taller (en concreto, tiempo en minutos/día).</p> <p><b>Nota:</b> (*)Las actividades se adaptarán dependiendo del material disponible. En caso excepcional, se realizarán las actividades con material casero (elaborado por el/la propia terapeuta).</p>			

### 3.5.2 Entrenamiento cognitivo

Se recogen a continuación en las Tablas 8 y 9, las fichas descriptivas correspondientes a las técnicas utilizadas para el componente de la intervención relacionado con el entrenamiento cognitivo: estimulación cognitiva y entrenamiento en estrategias compensatorias.

**Tabla 8.** Estimulación cognitiva en memoria, atención y habilidades ejecutivas.

<b>Entrenamiento cognitivo. Programa OnMente (Mouriz, Facal, Dosil, Cuba y Cisneros, 2016)</b>			
<b>Nº sesiones:</b>	4	<b>Duración:</b>	20 min. aprox.
<b>Tipo de actividad:</b>	Estimulación cognitiva	<b>Formato:</b>	Individual/grupal
		<b>Materiales:</b>	Lápiz, papel
<b>Descripción</b>			

#### **ESTIMULACIÓN DE LA MEMORIA**

**OBJETIVO:** mantener o mejorar el rendimiento cognitivo en la memoria episódica y semántica. Se aplicarán actividades adaptadas según el nivel de dificultad del programa *OnMente* de Mouriz et al. (2016), tales como: la actividad **Réplicas** (Anexo 3) que consiste en memorizar una lista de símbolos durante 15 segundos cada una, para, posteriormente, realizar la copia de esa imagen al lado; o la actividad de **palabras a la Fuga** (Anexo 4) donde el sujeto deberá leer pequeños textos, y, acto seguido, rellenar las frases o palabras que falten.

#### **ESTIMULACIÓN DE LA ATENCIÓN**

**OBJETIVO:** mantener o mejorar la actividad y la concentración en las diferentes formas de atención: sostenida, focalizada, selectiva, alternante y dividida. Se aplicarán actividades adaptadas según el nivel de dificultad de cada participante, tales como: la actividad de los números **Revueltos** (Anexo 5) en el que se presenta una serie de números que el sujeto deberá rodear según indicaciones varias (p.ej. números consecutivos, números menores de 30, números pares, o aquellos que estén junto a números primos); o la actividad de juego de **Manos** en la que se realizará una secuencia de gestos (p.ej. puño, chasquido, palma, aplauso) con la mano dominante. Es decir, una persona inicia un gesto y su compañero la imita y así sucesivamente. El grado de dificultad se mide por la cantidad y el tipo de gesto (Mouriz et al., 2016).

**Tabla 8.** Estimulación cognitiva en memoria, atención y habilidades ejecutivas.  
(continuación)

#### ESTIMULACIÓN DE LA HABILIDAD EJECUTIVA

**OBJETIVO:** mantener o mejorar la capacidad cognitiva de inhibición y flexibilidad mental. Se aplicarán actividades adaptadas según el nivel de dificultad de cada participante, tales como: la actividad de **Delicias de nuestra nevera** (Anexo 6) en la que el sujeto deberá elegir ciertos alimentos para elaborar una receta acorde con una dieta mediterránea; o la actividad de **Rueda de reconocimiento** (Anexo 7) en la que el sujeto deberá reconocer y describir el ladrón de un robo a partir de una lista de posibles sospechosos (Mouriz et al., 2016).

#### Evaluación

Se evaluará el rendimiento cognitivo mediante los test neuropsicológicos expuestos en el apartado de Materiales.

**Tabla 9.** Estrategias y comportamientos compensatorios.

Estrategias compensatorias (Frankenmolen et al., 2018)			
<b>Nº sesiones:</b>	5	<b>Duración:</b>	20-25 min.
<b>Metodología empleada:</b>	Técnica de compensación	<b>Formato:</b>	Grupal
		<b>Material:</b>	Ordenador, altavoces
Objetivo			

Aprender habilidades funcionales y cognitivas utilizando procesos cognitivos preservados

#### Descripción

Antes de iniciar el *módulo IV*, se le preguntará a cada participante si han utilizado algún recurso para el recuerdo de objetos, listas, caras, nombres o conversaciones. Acto seguido, el/la terapeuta explicará las estrategias compensatorias; en un primer lugar, las estrategias externas, tales como poner los objetos en un lugar visible, tomar notas (p.ej. diario, cuaderno), hacer listas de compras, utilizar un diario para planificar las citas, alarmas, calendarios para citas familiares o cumpleaños.

**Tabla 9.** Estrategias y comportamientos compensatorios. (continuación)

En segundo lugar, se explicarán las estrategias internas, tales como: a) **repetición:** repetición literal del material que queremos recordar vs. repetición con asociación de la información con algún número o fecha relevante (p.ej. al conocer a una persona nueva, repetir su nombre varias veces y asociar algún símbolo); b) **organización** (p.ej. categorización semántica para la lista de la compra); c) **elaboración** (asociar la información a recordar con elementos externos significativos); d) **recuperación:** recuperar la información recordando alguna característica verbal, del lugar o momento (p.ej. para recordar el nombre de un amigo pensar en alguna de sus características, para recordar un trayecto pensar en tiendas o monumentos del recorrido); e) **asociación:** hacer asociaciones entre la nueva información con un material conocido o familiar (p.ej. con el nombre de un familiar o amigo significativo) o con una imagen mental (p.ej. la palabra justicia con la imagen de una estatura sosteniendo una balanza). Dentro de las estrategias de asociación se enseñará la **técnica visual de lugar o Loci**. Esta técnica consiste en memorizar un lugar conocido (p.ej. la cocina) y colocar imaginativamente sobre cada lugar, aquellos objetos, acciones o datos a recordar en un mismo orden. (p.ej. realizar la lista de la compra; colocar el pan encima de la mesa, el aceite al lado del fogón, el jabón al lado del fregadero, la coliflor al fondo de la nevera...).

### 3.6.3 Psicoeducación

Se recoge a continuación en la Tabla 10, la ficha descriptiva correspondiente a la técnica utilizada para el componente de la intervención relacionado con la psicoeducación.

**Tabla 10.** Técnica basada en psicoeducación.

<b>Psicoeducación</b> (Hoogenhout et al., 2012)			
<b>Nº sesiones:</b>	10	<b>Duración:</b>	20-25 min.
<b>Tipo de actividades:</b>	Formación e información	<b>Formato:</b>	Grupal
		<b>Material:</b>	Ordenador, revistas, tijeras, papel, lápiz
<b>Objetivo</b>			
Aliviar la sensación subjetiva de queja			

**Tabla 10.** Técnica basada en psicoeducación. (continuación)

<b>Descripción</b>
<p>El/la terapeuta iniciará el <i>Módulo I</i> con la presentación de cada participante (p.ej. identificar aspectos de su personalidad en una revista, y presentarse al grupo), exposición del programa y las normas del grupo (p.ej. respetar la opinión, puntualidad). Acto seguido, se introducirá la caracterización del envejecimiento y los estereotipos asociados impuestos por la sociedad (p.ej. responderán a la siguiente pregunta <i>¿cuál es mi concepto de vejez?</i>; reflexionarán e identificarán mitos y estereotipos sobre la canción de la Vejez de Alberto Cortez (<a href="http://www.albertocortez.com">http://www.albertocortez.com</a>) (Anexo 8). Esta reflexión nos permitirá acercarnos a las perspectivas de las quejas: aquella relacionada con el envejecimiento normal o aquella que se dirige hacia el deterioro cognitivo. Se le preguntará el tipo de quejas cognitivas en su día a día, y se llevará a cabo una clasificación (p.ej. quejas de memoria acerca de no recordar nombres o caras; quejas atencionales acerca de perder el hilo de una conversación). Una vez identificado los procesos mentales y el tipo de quejas cognitivas (<i>Módulo II</i>), se explicará cómo las emociones (p.ej. ansiedad, tristeza, estrés) pueden influir en las quejas (<i>Módulo III</i>). Es decir, se le explicará la aparición de un círculo vicioso entre acciones, pensamientos y sentimientos producto del aprendizaje (p.ej. cada participante identificará esos tres aspectos). Posteriormente, se instruirá en la necesidad de plantear metas personales adaptadas a la realidad. Para ello, se le explicará que las metas deben seguir el principio SMART, es decir, los objetivos deben ser e(S)pecíficos, (M)edibles, (A)lcanzables, (R)elevantes y alcanzados en un determinado (T) tiempo. En este caso, cada persona planteará 5 objetivos personales, los cuales se intentarán alcanzar en el transcurso del <i>Módulo IV</i> y <i>Módulo V</i>.</p> <p>Para finalizar, el <i>módulo V</i>, concluirá con los pilares básicos para un envejecimiento óptimo, tales como la alimentación (p.ej. dieta mediterránea), ejercicio físico moderado (p.ej. pasear 30 min, aeróbico), socializar (p.ej. salidas culturales, gastronómicas y deportivas en grupo); personal (p.ej. identificar cuándo estamos emocionalmente estables o inestables, conocer el motivo y saber qué hacer), y, ejercitar nuestra mente (p.ej. periódico, libros).</p>
<b>Evaluación</b>
<p>Al llegar al módulo IV y V se evaluará si cada participante alcanzó un objetivo personal respecto a las quejas, de los 5 que se planteó a mitad del programa. Por su parte, la presencia o ausencia de quejas cognitivas se monitorizará con el <i>MFE</i>, y el estado anímico con la <i>GDS</i>.</p>

## 4. Resultados esperados

Alejada de las típicas intervenciones centradas únicamente en el entrenamiento en memoria o estimulación cognitiva sin evidencia en las propias quejas cognitivas (Canavelli et al., 2013; Metternich et al., 2010), la presente propuesta de intervención “*Conociendo la mente, conociéndome: un programa dirigido a personas mayores con quejas cognitivas.*” pretende la mejoría cognitiva no sólo en el funcionamiento subjetivo sino también en la ejecución objetiva de personas mayores sin deterioro cognitivo. Teniendo en cuenta los instrumentos de evaluación que incluye la propuesta, se podrán valorar los resultados y el alcance de su aplicación. Su eficacia puede anticiparse teniendo en cuenta que, partiendo de resultados previos (Cohen-Mansfield et al., 2014, Hoogenhout et al., 2012), la intervención está centrada en: a) adoptar un formato **grupal** de un máximo de 9 personas; b) apostar por las puestas en común y el **debate grupal** reforzado por cada miembro del grupo y el/la terapeuta; c) dotar de **información** respecto a las quejas cognitivas subjetivas y su relación con el proceso de envejecimiento, así como, explicar el funcionamiento de los procesos mentales; d) formar y **entrenar** en estrategias y **mecanismos compensatorios** para “*compensar*” esas quejas; e) **estimular** cognitivamente aquellas áreas en las que las quejas afectan principalmente, en concreto, en la memoria, atención y habilidades ejecutivas; y, por último, f) explicar el aprendizaje implícito de conductas, pensamientos y emociones respecto a las quejas.

Teniendo en cuenta todo este conjunto de características del programa que se acaban de describir, se espera que produzca mejoría en la sensación subjetiva de queja y ejecución objetiva conjugando dos técnicas: psicoeducación y entrenamiento cognitivo. Sin embargo, su eficacia se afianza más fuertemente al añadir las siguientes cuestiones: a) practicar **ejercicio físico aeróbico**; b) enseñar herramientas conductuales para controlar las reacciones fisiológicas antes situaciones emocionalmente intensas (en concreto, la **técnica de respiración abdominal**); y por último, c) finalizar todas las sesiones con la liberación de energía o con relajación mental (bien sea con la técnica de visualización mental o respiración abdominal).

En definitiva, el presente estudio abre camino a nuevas investigaciones acerca del abordaje neuropsicológico de las quejas cognitivas en personas mayores, agrupando varias estrategias, tales como psicoeducación, estimulación cognitiva, ejercicio físico moderado o relajación, priorizando un formato y debate grupal.

## 5. Referencias bibliográficas

- Abdulrab, K. y Heun, R. (2008). Subjective Memory Impairment. A review of its definitions indicates the need for a comprehensive set of standardised and validated criteria. *European Psychiatry*, 23(5), 321-330. doi: 10.1016/j.eurpsy.2008.02.004
- Albert, M. S., DeKosky, S. T., Dickson, D., Dubois, B., Feldman, H. H., Fox, N. C.,... Phelps, C. H. (2011). The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's and Dementia*, 7(3), 270-279. doi: 10.1016/j.jalz.2011.03.008
- American Psychiatric Association (2014). *Manuel diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Basset, S. S. y Folstein, M. F. (1993). Memory Complaint, Memory Performance, and Psychiatric Diagnosis: A Community Study. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 6(2), 105-111. doi: 10.1177/089198879300600207
- Barnes, D., Santos-Modesitt, W., Poelke, G., Kramer, A., Castro, C., Middleton, L. y Yaffe, K. (2013). The Mental activity and eXercise (MAX) trial: a randomized controlled trial to enhance cognitive function in older adults. *JAMA Internal Medicine*, 173(9), 797-804. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.189
- Bioconsciencia, J. (3 de julio de 2018). Técnicas de visualización (o imaginación guiada). Bioconsciencia: salud mental, física, emocional y espiritual. Recuperado de: <https://www.bioconsciencia.es/tecnicas-de-visualizacion-o-imaginacion-guiada/>
- Boa Sorte Silva, N., Nagamatsu, L., Gill, D., Owen, A. y Petrella, R. (2020). Memory function and brain functional connectivity adaptations following multiple modality exercise and mind-motor training older adults at risk of dementia: an exploratory

- sub-study. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 12(22), 1-16. doi: 10.3389/fnagi.2020.00022
- Borg, G. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine & Science in Sport & Exercise*, 14(5), 377-381. doi: 10.1249/00005768-198205000-00012
- Broadbent, D. E., Cooper, P. F., FitzGerald, P. y Parkes, K. R. (1982). The Cognitive Failures Questionnaire (CFQ) and its correlates. *British Journal of Clinical Psychology*, 21(1), 1-16. doi:10.1111/j.2044-8260.1982.tb01421.x
- Canevelli, M., Adali, N., Tainturier, C., Bruno, G., Cesari, M. y Vellas, B. (2013). Cognitive interventions targeting subjective cognitive complaints. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 28(6), 560-567. doi: 10.1177/1533317513494441
- Choe, Y. M., Byun, M. S., Lee, J. H., Sohn, B. K., Lee, D. Y. y Kim, J. W. (2018). Subjective memory complaints as a useful tool for the early detection of Alzheimer's disease. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 2451-2460. doi: 10.2147/NDT.S174517
- Cohen-Mansfield, J., Cohen, R., Buettner, L., Eyal, N., Jakobovits, H., Rebok, G.,... Sternberg, S. (2015). Interventions for older persons reporting memory difficulties: a randomized controlled pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(5), 478-486. doi: 10.1002/gps.4164
- Colcombe, S. y Kramer, A. F. (2003). Fitness effects on the cognitive function of older adults: a meta-analytic study. *Psychological Science*, 14(2), 125-130. doi: 10.1111/1467-9280.t01-1-01430
- Crook, T. H., Feher, E. P. y Larrabee, G. J. (1992). Assessment of Memory Complaint in Age-Associated Memory Impairment: The MAC-Q. *International Psychogeriatrics*, 4(2), 165-176. doi: 10.1017/S1041610292000991

- Dixon, R. A. y Hultsch, D. F. (1983). Metamemory and memory for text relationships in adulthood: A cross-validation study. *Journal of Gerontology*, 38(6), 689-694. doi: 10.1093/geronj/38.6.689
- Frankenmolen, N. L., Overdorp, E. J., Fasotti, L., Claassen, J. A. H. R., Kessels, R. P. C. y Oosterman, J. M. (2018). Memory strategy training in older adults with subjective memory complaints: a randomized controlled trial. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 24(10), 1110-1120. doi: 10.1017/S1355617718000619
- García-Campayo, J., Arnal, P., Marqués, H., Meseguer, E., Martínez, A., Navarro, C.,... Orozco, F. (2005). Intervención psicoeducativa en pacientes con fibromialgia en Atención Primaria: efectividad y diferencias entre terapia individual y grupal. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 73, 32-41.
- García-Martínez, J. y Sánchez-Cánovas, J. (1994). Adaptación del cuestionario de fallos cognitivos de Broadbent, Cooper, Fitzgerald y Parkes (CFQ, Cognitive Failures Questionnaire). *Análisis y Modificación de Conducta*, 20(73), 727-750.
- García-Ptacek, S., Eriksson, M., Jelic, V., Porta-Etessam, J., Kåreholt, I. y Manzano, S. (2016). Quejas cognitivas subjetivas: hacia una identificación precoz de la enfermedad de Alzheimer. *Neurología*, 31(8), 562-571. doi: 10.1016/j.nrl.2013.02.00
- Golden, C. J. Test de Colores y palabras Stroop. Manual. Madrid: TEA EDICIONES, 2001
- HelpAge International (2002). *State of the world's older people 2002*. Londres: HelpAge International.
- Hoogenhout, E., de Groot, R., van der Elst, W. y Jolles, J. (2012). Effects of a comprehensive educational group intervention in older women with cognitive complaints: A randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 16(2), 135-144. doi: 10.1080/13607863.2011.598846

- Hülür, G., Hertzog, C., Pearman, A. M. y Gerstorff, D. (2015). Correlates and moderators of change in subjective memory and memory performance: Findings from the health and retirement study. *Gerontology*, 61(3), 232-240. doi: 10.1159/000369010
- INE (2014). Proyección de la Población de España 2014–2064. *INE Notas de prensa* (2014, 28 de octubre). Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np870.pdf>
- Jessen, F., Amariglio, R. E., Van Boxtel, M., Breteler, M., Ceccaldi, M., Chételat, G.,... Wagner, M. (2014). A conceptual framework for research on subjective cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease. *Alzheimers & Dementia*, 10(6), 844-852. doi: 10.1016/j.jalz.2014.01.001
- Juncos-Rabadán, O., Pereiro, A. X., Facal, D., Lojo, C., Caamaño, J. A., Sueiro, J.,... Eiroa, P. (2014). Prevalence and correlates of mild cognitive impairment in adults aged over 50 years with subjective cognitive complaints in primary care centers. *Geriatrics & Gerontology International*, 14(3), 667-673. doi: 10.1111/ggi.12157
- Kwok, T., Bai, X., Li, J., Ho, F. y Lee, T. (2012). Effectiveness of cognitive training in Chinese older people with subjective cognitive complaints: a randomized placebo-controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(2), 208-215. doi: 10.1002/gps.3812
- Labrador, F. J. (2008). Técnicas de control de la activación. En *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 199-222). Madrid: Pirámide.
- Larrabee, G. y Crook, T. (1988). A computerized everyday memory battery for assessing treatment effects. *Psychopharmacology bulletin*, 24, 695-697.
- Lawton, M. P. y Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9, 179-186. doi: 10.1093/geront/9.3\_Part\_1.179

- Limón, M. R. y Ortega, M. C. (2011). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología y Educación*, 6, 225-238.
- Markova, H., Andel, R., Stepankova, H., Miloslav, K., Nikolai, T., Hort, J.,... Vyhnalek, M. (2017). Subjective cognitive complaints in cognitively healthy older adults and their relationship to cognitive performance and depressive symptoms. *Journal of Alzheimer's Disease*, 49, 871-881. doi: 10.3233/JAD-160970
- Martínez de la Iglesia, J., Onís, M. C., Dueñas, R., Albert, C., Aguado, C. y Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*, 12(10), 620-630. doi:
- Mascherek, A., Werkle, N., Göritz, A. S., Kühn, S. y Moritz, S. (2020). Lifestyle variables do not predict subjective memory performance over and above depression and anxiety. *Frontiers in Psychology*, 11, 484. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00484
- Metternich, B., Kosch, D., Kriston, L., Härter, M. y Hüll, M. (2009). The effects on nonpharmacological interventions on subjective complaints: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(1), 6-19. doi: 10.1159/000254901
- Mi película la vejez de Alberto Cortez-Vídeo de Youtube <https://www.youtube.com/watch?v=mcMh-OEr6yU>
- Montejo, P., Montenegro, M. y Sueiro, M. J. (2012). The Memory Failures of Everyday Questionnaire (MFE): Internal Consistency and Reliability. *The Spanish Journal of Psychology* 15(2), 768-776. doi: 10.5209/rev\_SJOP.2012.v15.n2.38888
- Montejo, P., Montenegro, M., Sueiro-Abad, M. y Huertas, E. (2014). Cuestionario de Fallos de Memoria de la Vida Cotidiana (MFE). Análisis de factores con población española. *Anales de psicología*, 30(1), 320-328. doi: 10.6018/analesps.30.1.131401

- Mora-Fernández, M., Mora-Vicente, J., González, J. L. y Faraldo, F. J. Valoración de las mejoras provocadas en la capacidad aeróbica en mujeres sedentarias tras un programa de ejercicios. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 5(17), 39-49. Disponible en: <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista17/artvaloracion6.htm>
- Mouriz, R., Facal, D., Dosil, C., Cuba, M. y Cisneros, A. (2016). *Programa OnMente: Estimulación cognitiva y socioafectiva para personas mayores institucionalizadas a través de un diseño adaptable*. Universidad de Santiago de Compostela.
- Nasreddine, Z. S., Philips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I.,... Chertkow, H. (2005). The montreal cognitive assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x
- Ochoa, A., Aragón, L. y Caicedo, A. M. (2005). Memoria y metamemoria en adultos mayores: estado de la cuestión. *Acta Colombiana de Psicología*, (14), 19-32.
- Pavão-Martins, I., Maruta, C., Morgado, J., Loureiro, C., Tavares, J., Freitas, V.,... Marques, P. (2020). Predictors of cognitive stability or decline during aging: A longitudinal study in primary care. *Applied Neuropsychology: Adult*, 27(1), 22-34. doi: 10.1080/23279095.2018.1476866
- Pereira-Morales, A., Cruz, A., Aponte, J. y Pereira, F. (2017). Efficacy of a computer-based cognitive training program in older people with subjective memory complaints: A randomized study. *International Journal of Neuroscience*,
- Pereiro, A. X., Ramos-Lema, S., Lojo-Seoane, C., Guàrdia-Olmos, J., Facal-Mayo, D., y Juncos-Rabadán, O. (2017). Normative data for the montreal cognitive assessment (MOCA) in a spanish sample of community-dweller adults. *European Geriatric Medicine*, 8(3), 240-244. doi://doi.org/10.1016/j.eurger.2017.04.003

- Purser, J. L., Fillenbaum, G. G. y Wallace, R. B. (2006). Memory complain is not necessary for diagnosis of mild cognitive impairment and does not predict 10-year trajectories of functional disability, word recall, or short portable mental status questionnaire limitations. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(2), 335-338. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.00589.x
- Reid, L. M. y MacLulich, A. M. J. (2006). Subjective memory complaints and cognitive impairment in older people. *Dementia Geriatrics and Cognitive Disorders*, 22, 471-485. doi: 10.1159/000096295
- Sánchez-López, M. P. y Dresch, V. (2008). The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*, 20(4), 839-843. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72720450>.
- Simonton, C. y Matthews-Simonton, S. (1981). Cancer and stress counselling the cancer patient. *Medical Journal of Australia*, 1(13), 679-683. doi: 10.5694/j.1326-5377.1981.tb135959.x
- Slavin, M. J., Brodaty, H., Kochan, N. A., Trollor, J. N., Draper, B. y Sachdev, P. S. (2010). Prevalence and Predictors of “Subjective Cognitive Complaints” in the Sydney Memory and Ageing Study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(8), 701-710. doi: 10.1097/JGP.0b013e3181df49fb
- Steinberg, S. I., Negash, S., Sammel, M. D., Bogner, H., Harel, B. T., Livney, M. G.,... Arnold, S. E. (2015). Subjective Memory Complaints, cognitive performance, and psychological factors in healthy older adults. *American Journal of Alzheimers Disease & other Dementias*, 28(8), 776-783. doi: 10.1177/1533317513504817
- Sunderland, A., Harris, J. E. y Gleave, J. (1984). Memory failures in everyday life following severe head injury. *Journal of Clinical Neuropsychology*, 6(2), 127-142. doi: 10.1080/01688638408401204

- Tombaugh, T. N. (2004). Trail Making Test A and B: normative data stratified by age and education. *Archives of clinical neuropsychology*, 19, 203-214.
- Urrutia, G. y Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*, 135(11), 507-511. doi: 10.1016/j.medcli.2010.01.015
- Vergara, I., Bilbao, A., Orive, M., Garcia-Gutierrez, S., Navarro, G. y Quintana, J. M. (2012). Validation of the Spanish version of the Lawton IADL Scale for its application in elderly people. *Health and quality of life outcomes*, 10(1), 130. doi: 10.1186/1477-7525-10-130
- Wechsler, D. (2012). WAIS-IV. Escala de inteligencia de Wechsler para adultos-IV. Manual de aplicación y corrección. Madrid: NCS Pearson, Inc. Edición original, 2008.
- Wilson B. A., Cockburn, J. y Baddeley, A. The Rivermead Behavioural Memory Test. Bury St. Edmunds: Thames Valley Test Company; 1985.
- Youn, J. C., Kim, K. W., Lee, D. Y., Jhoo, J. H., Lee, S. B., Park, J. H.,... Woo, J. I. (2009). Development of the Subjective Memory Complaints Questionnaire. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 27, 310-317. doi: 10.1159/000205512

## 6. Índice de Tablas

<b>Tabla 1.</b> Criterios de inclusión y exclusión para la revisión sistemática .....	12
<b>Tabla 2.</b> Criterios de inclusión y exclusión para los participantes de la intervención “Conociendo la mente, conociéndome: un programa dirigido a personas mayores con quejas cognitivas.” .....	27
<b>Tabla 3.</b> Componentes según módulos y sesiones centrales de la intervención “Conociendo la mente, conociéndome: programa dirigido a personas mayores con quejas cognitivas” ....	32
<b>Tabla 4.</b> Cronograma de la intervención “Conociendo la mente, conociéndome: un programa dirigido a personas mayores con quejas cognitivas” .....	33
<b>Tabla 5.</b> Técnica de Respiración Abdominal .....	34
<b>Tabla 6.</b> Técnica de Visualización o Imaginación guiada. ....	36
<b>Tabla 7.</b> Planificación del ejercicio físico. ....	37
<b>Tabla 8.</b> Estimulación cognitiva en memoria, atención y habilidades ejecutivas.....	38
<b>Tabla 9.</b> Estrategias y comportamientos compensatorios.....	39
<b>Tabla 10.</b> Técnica basada en psicoeducación .....	40

## 7. Índice de Figuras

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de los estudios de la revisión sistemática según el modelo PRISMA (adaptado de Urrutia y Bonfill, 2010).....13

## 8. Anexos

### Anexo 1. Programas de intervención no farmacológica con un enfoque neuropsicológico en el ámbito de las quejas cognitivas subjetivas.

ESTUDIO	MUESTRA	INTERVENCIÓN	MEDIDAS	RESULTADOS PRINCIPALES
Barnes et al. (2013)	<p>n=126</p> <p><b>Grupos:</b></p> <p><b>GE1</b> n=32 (20 mujeres); Edad <math>\bar{X}</math>=74.8 (dt=6.1); Educación <math>\bar{X}</math>=16.3 (dt=2.1)</p> <p><b>GE2</b> n=31 (21 mujeres); Edad <math>\bar{X}</math>=73.8 (dt=5.7); Educación <math>\bar{X}</math>=15.6 (dt=2.8)</p> <p><b>GE3</b> n=31 (18 mujeres) Edad <math>\bar{X}</math>=71.1 (dt=5.5); Educación <math>\bar{X}</math>=16.8 (dt=2.3)</p> <p><b>GC</b> n=32 (20 mujeres) Edad <math>\bar{X}</math>=73.9 (dt=6.3); Educación <math>\bar{X}</math>=16.7 (dt=2.2)</p>	<p><b>Formato:</b> Actividad cognitiva: Individual (programa de ordenador) Actividad física: Grupal (máx. 12)</p> <p><b>Duración:</b> 12 semanas</p> <p><b>Intervenciones según grupos:</b> GE1=Juegos para mejorar la velocidad y la precisión, el procesamiento visual y auditivo y Ejercicios aeróbicos GE2=Juegos para mejorar la velocidad y la precisión, el procesamiento visual y auditivo + estiramiento y tonificación GE3=Visualización de DVD's de conferencias educativas y ejercicios aeróbicos GC=Visualización de DVD's de conferencias educativas y ejercicios de estiramiento y tonificación</p> <p><b>Sesiones:</b> 36 (2h/sesión; 3 días/semana) Actividad cognitiva= 1h/día Actividad física=1h/día</p>	<p><b>Subjetivas:</b> ¿Sientes que tu memoria o tus habilidades de pensamiento han empeorado?</p> <p><b>Objetivas:</b> RAVLT, Trail Making test, EFT, UFOV, MMSE, Prueba de Aptitud Física para personas mayores</p>	<p>La actividad cognitiva mejora el rendimiento en los siguientes dominios cognitivos: memoria, ejecución y atención dividida y selectiva. Sólo se produce un cambio significativo en atención.</p> <p>El ejercicio aeróbico no demostró mejora cognitiva.</p> <p>GE1=Mejora significativamente el estado cognitivo global, pero no difiere de los demás grupos experimentales.</p>
Boa Sorte Silva et al. (2020)	<p>n=127</p> <p><b>Grupos:</b></p> <p><b>GE</b> n=63 (44 mujeres) Edad <math>\bar{X}</math>=67.6 (dt=7.5); Educación <math>\bar{X}</math>=13.3 (dt=2.7)</p> <p><b>GC</b> n=64 (46 mujeres); Edad <math>\bar{X}</math>=67.4 (dt=7.2); Educación <math>\bar{X}</math>=13.8 (dt=3)</p>	<p><b>Formato:</b> Grupal (máx. 25) Máx 6 para el entrenamiento Mente-Motor</p> <p><b>Duración:</b> 24 semanas</p> <p><b>Intervenciones según grupos:</b> GE= Ejercicio multimodal (aeróbico y resistencia) y entrenamiento Mente-Motor (EMM) (tareas de memoria de trabajo visoespacial con una respuesta de paso: amplitud espacial, dígitos, pares asociados...) GC=Ejercicio multimodal (equilibrio y amplitud de movimiento) y respiración</p> <p><b>Sesiones:</b> 62 (1h/día; 3 días/semana) GE= 45 min. ejercicio + 15 min Mente-Motor GC= 1 h. ejercicio</p>	<p><b>Subjetivas:</b> ¿Sientes que tu memoria o tus habilidades de pensamiento han empeorado?</p> <p><b>Objetivas:</b> CBS, MMSE, MOCA, Medición de frecuencias cardíacas, Clasificación de Borg del Esfuerzo Percibido</p>	<p>GE=El ejercicio multimodal con entrenamiento Mente-Motor mejora significativamente el rendimiento en memoria de trabajo visoespacial</p>
Cohen-Mansfield et al. (2014)	<p>n=44 Edad <math>\bar{X}</math>=73.49 (5.18)</p> <p><b>Grupos:</b></p> <p><b>GE1</b> n=15 (9 mujeres); Edad <math>\bar{X}</math>=72.8 (dt=3.78); Educación <math>\bar{X}</math>=14.25 (dt=4.18)</p> <p><b>GE2</b> n=15 (13 mujeres); Edad <math>\bar{X}</math>=74.4 (dt=5.78); Educación <math>\bar{X}</math>=14.5 (dt=4.17)</p> <p><b>GC</b> n=14; (10 mujeres); Edad <math>\bar{X}</math>=73.2 (dt=5.97); Educación <math>\bar{X}</math>=16 (dt=2.6)</p>	<p><b>Formato:</b> Grupal (número no especificado)</p> <p><b>Duración:</b> 10 semanas</p> <p><b>Intervenciones según grupos:</b> GE1= Entrenamiento cognitivo (ACTIVE) centrado en la memoria (en concreto, la episódica verbal), ejecución y atención. Estrategias de memoria externas e internas. Debate. GE2= Taller de promoción de salud emocional, física y social. GC= Curso centrado en el compromiso social (participación).</p> <p><b>Sesiones:</b> no especificado</p>	<p><b>Subjetivas:</b> Auto-informe sobre dificultades de memoria (10 ítems sobre capacidades de memoria y 8 ítems sobre dificultades de memoria)</p> <p><b>Objetivas:</b> MMSE, GCS, Escala de soledad UCLA, OARS, GDS</p>	<p>GE1, GE2 y GC mejoraron el estado cognitivo global (GCS), en concreto, y de forma significativa los dominios de memoria y la capacidad visoespacial.</p> <p>GE2: mejora la sensación subjetiva de queja, pero no es significativa.</p> <p>GE1=El entrenamiento cognitivo disminuyó significativamente las quejas de memoria auto informadas.</p>

## Anexo 1. Programas de intervención no farmacológica con un enfoque neuropsicológico en el ámbito de las quejas cognitivas subjetivas (*continuación*)

ESTUDIO	MUESTRA	INTERVENCIÓN	MEDIDAS	RESULTADOS PRINCIPALES
Frankenmolen et al. (2018)	<p>n=60</p> <p><b>Grupos:</b></p> <p><b>GE</b> n=31 (10 mujeres); Edad <math>\bar{X}</math>=66.2 (dt=7.3); Educación <math>\bar{X}</math>=4.5 (dt=1.9)</p> <p><b>GC</b> n=29 (19 mujeres); Edad <math>\bar{X}</math>=68.0 (dt=7.8); Educación <math>\bar{X}</math>=4.7 (dt=2)</p>	<p><b>Formato:</b> Grupo reducido (3-5)</p> <p><b>Duración:</b> 7 semanas</p> <p><b>Seguimiento:</b> después de 6 meses</p> <p><b>Intervenciones según grupo:</b></p> <p>GE=Intervención psicoeducativa. Reestructuración cognitiva. Planteamiento de metas personales respecto a la memoria. Estrategias de memoria externas e internas. Debate.</p> <p>GC=Intervención psicoeducativa. Planteamiento de metas personales respecto a la memoria. Realizar tareas de atención y memoria mediante un programa de ordenador: COGPACK</p> <p><b>Sesiones:</b> 7 (1h/día; 1día/semana)</p>	<p><b>Subjetivas:</b> MCQ</p> <p><b>Objetivas:</b> MOCA, RBMT-3, SUI, LLT, RAVLT, AIVD, RAND-36, Test Making Test, subescala de memoria de la WAIS-IV,</p>	<p>Después de la intervención las quejas cognitivas disminuyeron pero no fueron significativas. El uso de estrategias internas en la vida diaria aumentó de forma significativa, pero no el uso de las estrategias externas. Las metas personales respecto a la memoria mejoraron en ambos grupos.</p>
Hoogenhout et al. (2012)	<p>n=60</p> <p><b>Grupos:</b></p> <p><b>GE</b> n=30; (30 mujeres); Edad <math>\bar{X}</math>=66.0 (dt=4.2); Educación <math>\bar{X}</math>=4.14 (dt=2.03)</p> <p><b>GC</b> n=30 (30 mujeres) Edad <math>\bar{X}</math>=66.1 (dt=4.4); Educación <math>\bar{X}</math>=4.0 (dt=1.9)</p>	<p><b>Formato:</b> Grupal (6-9)</p> <p><b>Duración:</b> 4 semanas</p> <p><b>Sesiones:</b> 8 (1h30m/sesión; 2 días/semana)</p> <p><b>Intervenciones según grupo:</b></p> <p>GE=Intervención psicoeducativa centrada en el envejecimiento cognitivo, factores contextuales, habilidades y comportamientos compensatorios. Cada sesión termina con un debate, dudas y deberes (p. e. diario cognitivo)</p> <p>GC=Lista de espera</p>	<p><b>Subjetivas:</b> MMI</p> <p><b>Objetivas:</b> MMSE, MQ, ESQ, PWQ</p>	<p>GE= Las personas con quejas experimentan significativamente menos reacciones emocionales negativas hacia el funcionamiento cognitivo. No hay mejora significativa en la función cognitiva objetiva.</p>
Kwok et al. (2012)	<p>n=223</p> <p><b>Grupos:</b></p> <p><b>GE</b> n=112 (98 mujeres); Edad <math>\bar{X}</math>=75.4 (dt=5.82); Sin estudios=5.4% Primarios 75.7% Secundarios 18.9%</p> <p><b>GC</b> n=111 (92 mujeres); Edad <math>\bar{X}</math>=75.3 (dt=5.83); Sin estudios=12.5%; Primarios=64.3%; Secundarios=23.2%</p>	<p><b>Formato:</b> Grupal (número no especificado)</p> <p><b>Duración:</b> 12 semanas</p> <p><b>Seguimiento:</b> después de 9 meses</p> <p><b>Intervenciones según grupo:</b></p> <p>GE= Entrenamiento cognitivo en estrategias de atención, memoria y razonamiento.</p> <p>GC=Asistir a conferencias educativas relacionadas con la salud (p.e. prevención de trastornos del estado de ánimo, enfermedades cardíacas)</p> <p><b>Sesiones:</b> 12 (1h30m/sesión; 1 día/semana)</p>	<p><b>Subjetivas:</b> CMSS</p> <p><b>Objetivas:</b> CMMSE, CDRS</p>	<p>GE=El entrenamiento cognitivo mejora las áreas cognitivas de conceptualización y memoria en las personas con quejas y bajo nivel educativo.</p>

**Anexo 1.** Programas de intervención no farmacológica con un enfoque neuropsicológico en el ámbito de las quejas cognitivas subjetivas (*continuación*)

ESTUDIO	MUESTRA	INTERVENCIÓN	MEDIDAS	RESULTADOS PRINCIPALES
Pereira-Morales et al. (2017)	<p><b>n=40</b>  <b>Grupos:</b>                      GE1 <b>n=</b> 17 (15 mujeres);                      Edad <math>\bar{X}</math>=64.5 (dt=6.8);                      Educación <math>\bar{X}</math>= 10.5 (dt=4.1)                      GE2 <b>n=</b> 12 (11 mujeres);                      Edad <math>\bar{X}</math>=69.3 (dt=4.8);                      Educación <math>\bar{X}</math>= 13.2 (dt=3.1);                      GC <b>n=</b>11 (10 mujeres);                      Edad <math>\bar{X}</math>=65.6 (dt=7.2);                      Educación <math>\bar{X}</math>=13.3 (dt=3.2)</p>	<p><b>Formato:</b> Grupal (número no especificado)                      Entrenamiento cognitivo computarizado: individual (plataforma web)  <b>Duración:</b> 8 semanas  <b>Intervenciones según grupo:</b>                      GE1= Programa Integrado de Psicoestimulación (PIP): Entrenamiento cognitivo computarizado (dominios cognitivos: atención, memoria, ejecución y orientación) (60 min.) y Entrenamiento cognitivo tradicional, metamemoria y relajación + Reflexión personal, grupal y feedback por parte del profesional (30 min.)                      GE2= Entrenamiento Cognitivo Computarizado (ECC): atención, memoria, ejecución y orientación.                      GC=Lectura de un folleto psicoeducativo con recomendaciones para reducir el riesgo de DCL  <b>Sesiones:</b> 32; (1h30m/sesión; 4 días/semana)</p>	<p><b>Subjetivas:</b> SMCQ  <b>Objetivas:</b> MMSE, Subescalas de memoria y atención de Wechsler (dígitos, Span dígitos y búsqueda de símbolos)                      Test del Reloj,                      Trail Making Test, SCWT, GDS, STAI</p>	<p>El PIP reduce la sensación subjetiva de queja, pero no es significativa.                      El PIP mejora significativamente el rendimiento cognitivo y los síntomas de ansiedad en comparación con el ECC y GC.</p>

**Nota:** GE=experimental; GC=control; RAVLT=Rey Auditory Verbal Learning Test; EFT=Eriksen Flanker Test; UFOV=Useful Field of View; MMSE=Mini Mental State Examination; CBS=Batería Cognitiva computarizada de Ciencias Cerebrales de Cambridge; MOCA=Montreal Cognitive Assessment; ACTIVE=Advanced Cognitive Training for Independent and Vital Elderly; GCS=Global Cognitive Score; OARS=Older American Resources and Services; GDS=Geriatric Depression Scale; RBMT-3=Rivermead Behavioural Memory Test; SUI=Strategy Use Inventory; LLT=Location Learning Test; AIVD=Escala de actividades instrumentales de la vida diaria; RAND-36=Health Survey; MMI=Maastricht Metacognition Inventory; MQ= Memory Quotient; VVLT=Visual Verbal Learning Test; ESQ=Executive functioning and Speed Quotient; SCWT=Stroop Color-Word Test; CST=Concept Shifting Test; LDST=Letter Digit Substitution Test; PWQ= Psychological Well-being Quotient; CMSS= Chinese Memory Symptom Scale; CMMSE=Chinese version of Mini-mental state examination; CDRS= Chinese version of Mattis Dementia Rating Scale; SMCQ= Subjective Memory Complaints Questionnaire; STAI= State-Trait Anxiety Inventory;

**Anexo 2.** Ejemplo de la técnica visualización mental: visualización de un paisaje (basado en <https://www.bioconsciencia.es/tecnicas-de-visualizacion-o-imaginacion-guiada/>)

Imagina que vas caminando por un prado de hierba muy verde situado entre altas montañas nevadas.

Fíjate en las montañas a tu alrededor, son muy altas, y ves cómo contrasta el blanco de la nieve con el intenso color azul del cielo. Es mediodía y encima de ti brilla un sol muy radiante y luminoso. Mira el verde de la hierba, el blanco de la nieve de las montañas y el azul del cielo.

La temperatura en ese lugar es muy agradable, no hace frío ni calor y sopla una agradable brisa templada que roza delicadamente sobre la piel de tu cara.

Al caminar notas, ya que vas descalzo, el suave roce de la hierba bajo las plantas de tus pies. Puedes percibir el tacto de la hierba algo húmedo y fresco.

Vas muy despacio deleitándose de todo lo que ves y sientes a tu alrededor.

Tienes una gran sensación de tranquilidad y paz.

Oyes el canto de los pájaros y los ves volar a tu alrededor.

Fíjate ahora en las plantas, hierbas y flores que hay a tu alrededor. Hay pequeñas flores de colores muy vivos, blancas, amarillas, anaranjadas, azules...acércate a olerlas. Corta una flor y acércate a la nariz. Huele su aroma mientras te concentras en el color de sus pétalos.

Sigue caminando muy despacio, si ninguna prisa, disfrutando del paseo.

Mira los riachuelos de agua que bajan de las montañas formando pequeños arroyos, donde las aguas saltan, corren, formando pequeñas cascadas y tranquilas pozas. Concéntrate hasta que escuches el murmullo de las aguas.....

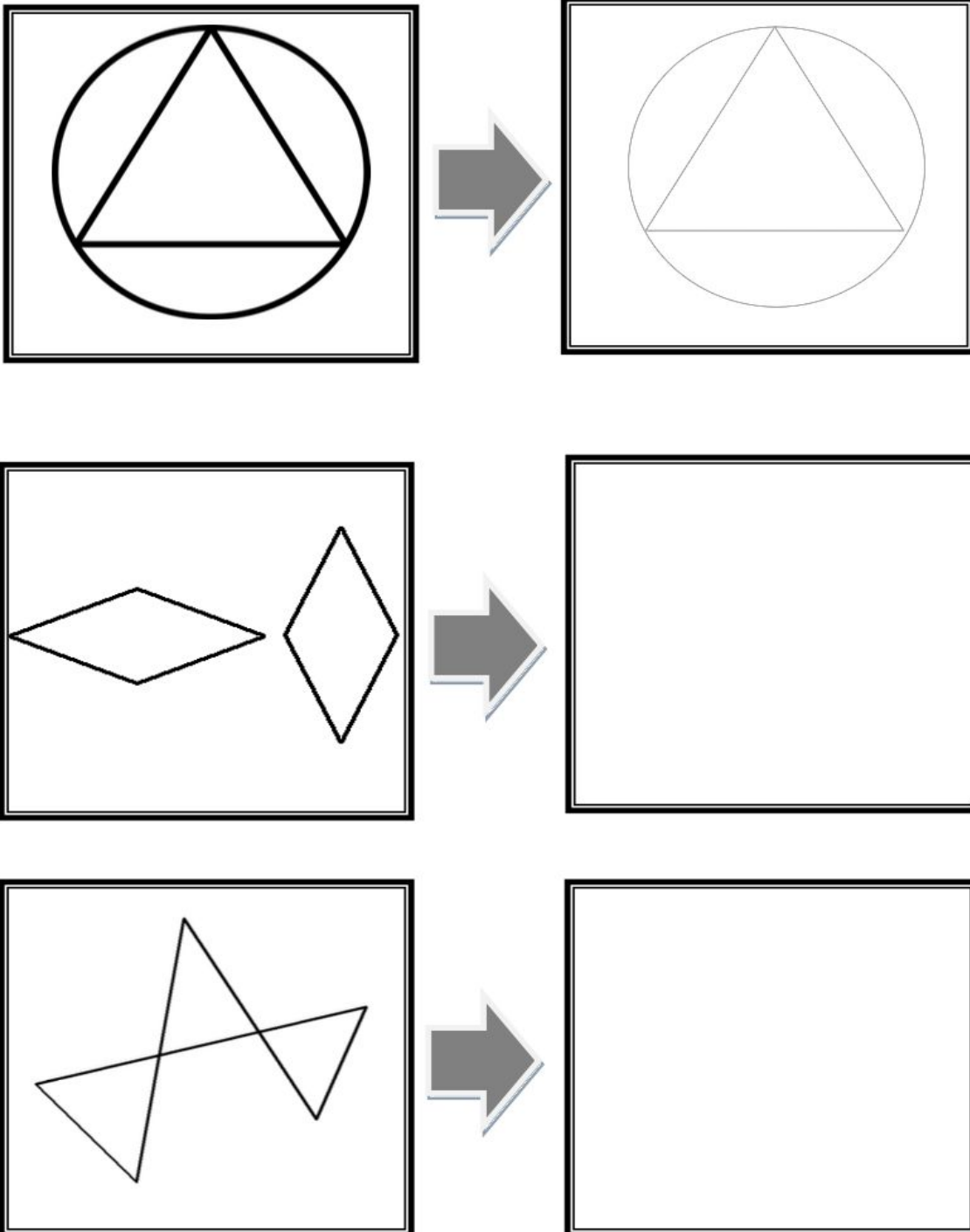
Ahora te vas a acercar a un arroyo y vas a agacharte e introducir tus dos manos unidas en el agua para recogerla y beber. Siente el frescor del agua en tus manos. Dirígete a la boca y bebe. Siente el agua fresca, pura, limpia y cristalina entrando en el interior de tu cuerpo. Esa agua revitaliza a todo tu organismo y te sientes lleno de salud y bienestar.

Sigue tu paseo y fíjate en una pequeña planta de menta, acércate y corta algunas hojas. Masticarlas y percibe el fuerte sabor a menta en tu paladar. Concéntrate hasta notarlo con total nitidez.

Finalmente vas a buscar un sitio en ese lugar donde poderse tumbar cómodamente. Tumbate y descansa, cierra los ojos y percibe los ruidos, los olores, la temperatura.....y descansa profundamente, muy profundamente.....

**Anexo 3.** Ejemplo de ejercicio de estimulación cognitiva de la memoria (Mouriz et al., 2016)

**Fíjese en cada imagen durante quince segundos, tápela e  
intente copiarla con todo detalle en el recuadro de la derecha:**



**Anexo 4.** Ejemplo de actividad de estimulación cognitiva de la memoria (Mouriz et al., 2016)

**1º Parte: Lea los siguientes textos con atención**

Texto 1: Benjamín y Oliva han decidido celebrar sus bodas de oro organizando una cena para sus familiares. Esta mañana han ido al mercado a comprar los alimentos necesarios para preparar un menú a gusto de todos.

Texto 4: Pedro era un muchacho joven, que trabajaba todo el día en el campo y en el establo, para ayudar a sus padres, que eran unos campesinos pobres que no podían permitirse un ayudante. Ahorraba con mucho esfuerzo cada moneda que su padre le daba, y así llegó el día en el que se pudo marchar a la gran ciudad.

**2º Parte: Ahora, trate de recordar y completar el texto que falta:**

Texto 1: Benjamín y Oliva han decidido celebrar sus \_\_\_\_\_de oro organizando una cena para sus familiares. Esta \_\_\_\_\_han ido al mercado a comprar los alimentos necesarios para preparar un menú a \_\_\_\_\_ de todos.

Texto 4: Pedro era un muchacho \_\_\_\_\_, que trabajaba todo el día en el campo y en el\_\_\_\_\_, para ayudar a sus padres, que eran unos campesinos pobres que no podían permitirse un \_\_\_\_\_. Ahorraba con mucho esfuerzo cada \_\_\_\_\_que su padre le daba, y así llegó el día en el que se pudo marchar a la gran ciudad.

**Anexo 5.** Ejemplo de actividad de estimulación cognitiva de la atención sostenida (Mouriz et al., 2016)

**De la siguiente serie de números, rodee con un círculo los que vayan consecutivos, en cada fila.**

1	6	10	11	9	2	3	14	8	12
34	45	77	23	24	81	9	10	50	41
74	75	22	25	28	30	31	36	40	52
42	43	80	90	40	4	1	2	8	10

**De la siguiente serie de números, rodee con un círculo los menores de 30.**

37	35	33	21	6	50	4	10	8	20
1	14	42	19	80	17	23	12	41	40
13	32	15	30	28	24	22	74	34	10
78	9	90	2	25	45	3	29	11	7

**De la siguiente serie de números, rodee con un círculo los números pares:**

12	1	3	6	49	14	21	8	56	31
22	17	13	19	62	28	61	55	58	18
2	72	88	92	77	82	94	33	36	99
74	83	82	34	71	62	91	29	18	10

**Anexo 6.** Ejemplo de estimulación cognitiva de las funciones ejecutivas (Mouriz et al., 2016)

**1ª Parte:** Fíjese en el contenido de la nevera:




**2ª Parte:** Ahora piense que pondría cocinar hoy y qué ingredientes necesitaría

**3ª Parte:** ¿Qué Pasos seguiría para hacer su receta?

Anexo 7. Ejemplo de estimulación cognitiva de las funciones ejecutivas (Mouriz et al., 2016)

**DIARIO**

**Robo en la Granja San Vicente**



En la madrugada del jueves, alrededor de las 06: 30h, se produjo otro robo en nuestra aldea.

Algunos de los trabajadores fueron entrevistados por la policía, que supervisó la zona en busca de pruebas.

Por el momento, este periódico tiene constancia de que fueron robados 300 kg de queso, 5 ovejas, 4 vacas lecheras y un tractor, valorado todo en una cuantiosa cantidad de dinero.

La policía ha proporcionado algunos datos de los testimonios de los testigos, con el fin de que la población pueda colaborar en la detención del sospechoso.

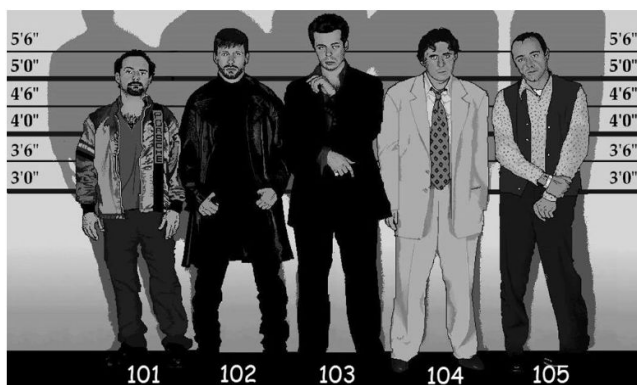
Algunos de los testigos, afirman que el sospechoso llevaba pantalones oscuros y tenía el pelo corto.

Otra vecina afirmó ver al ladrón desde su ventana y que éste tenía barba.

También nos informan de que no era un hombre muy alto y que llevaba una cazadora gris.

Con los datos proporcionados por el periódico, ¿cuál considera que es el ladrón?

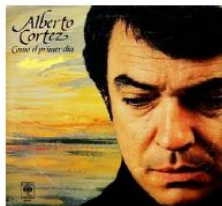
Describe detalladamente a la persona que considera que es culpable del robo:



## Anexo 8. Actividad sobre estereotipos y creencias de la vejez

<http://www.albertocortez.com>)

**Cortez**  
www.albertocortez.com



### COMO EL PRIMER DÍA 1983

1. Como el primer día
2. Me gusta verte dormida
3. Aquella novia primera
4. Flor de cardo
5. Sabra y Chatila
6. La vejez
7. Para soñarte
8. Si nos dejaran
9. Cuando vuelva a verte
10. Endecha del solitario

Letra y Música: Alberto Cortez  
<http://www.albertocortez.com>

### LA VEJEZ

"Me llegará lentamente  
y me hallará distraído  
probablemente dormido  
sobre un colchón de laureles.  
Se instalará en el espejo,  
inevitable y serena  
y empezará su faena  
por los primeros bosquejos.

Con unas hebras de plata  
me pintará los cabellos  
y alguna línea en el cuello  
que tapaná la corbata.  
Aumentará mi codicia,  
mis mañas y mis anteojos  
y me dará un par de anteojos  
para sufrir las noticias.

La vejez...  
está a la vuelta de cualquier esquina,  
allí, donde uno menos se imagina  
se nos presenta por primera vez.  
La vejez...  
es la más dura de las dictaduras,  
la grave ceremonia de clausura  
de lo que fue la juventud alguna vez.

Con admirable destreza,  
como el mejor artesano  
le irá quitando a mis manos  
toda su antigua firmeza  
y asesorando al galeno,  
me hará prohibir el cigarro  
porque dirán que el catarro  
viene ganando terreno.

Me inventará un par de excusas  
para amenguar la impotencia,  
"que vale más la experiencia  
que pretensiones ilusas",  
me llegará la bufanda,  
las zapatillas de paño  
y el reuma que año tras año  
aumentará su demanda.

La vejez... es la antesala de lo inevitable,  
el último camino transitable  
ante la duda... ¿qué vendrá después?...  
La vejez... es todo el equipaje de mi vida,  
dispuesto ante la puerta de salida  
por la que no se puede ya volver.

A lo mejor, más que viejo  
seré un anciano honorable,  
tranquilo y lo más probable,  
gran decidor de consejos  
o a lo peor, por celosa  
me apartará de la gente  
y cortará lentamente  
mis pobres, últimas rosas.

La vejez...  
está a la vuelta de cualquier esquina,  
allí, donde uno menos se imagina  
se nos presenta por primera vez.  
La vejez...  
es la más dura de las dictaduras,  
la grave ceremonia de clausura  
de lo que fue la juventud alguna vez."