



Facultad de Psicología

MÁSTER EN PSICOGERONTOLOGÍA

"Coñecendo a miña mente": programa psicoeducativo sobre saúde cognitiva.

"Conociendo mi mente": programa psicoeducativo sobre salud cognitiva.

"Knowing my mind": psychoeducational program about cognitive health.

Realizado por:

D^a. Belinda López Cortés, 77766908-K.

Tutora:

D^a. Sabela Carme Mallo López.

Asignatura:

Trabajo Fin de Máster.

Curso académico 2022/2023

Resumen:

La salud cognitiva es la capacidad de mantener las habilidades cognitivas que permiten la adaptación activa de las personas dentro de su entorno social garantizando su independencia y calidad de vida. Este es un ámbito de gran importancia debido al incremento de población mayor, el aumento de enfermedades neurodegenerativas y el auge de la promoción del envejecimiento activo y sano.

En consonancia con esto, se presenta una propuesta de intervención que tiene como objetivo principal favorecer el envejecimiento activo y positivo de las personas mayores a través de la enseñanza de hábitos y estrategias saludables para su salud cognitiva.

Este programa de intervención se compone de diez sesiones con una duración de una hora cada una.

Durante estas sesiones se abordarán diversas temáticas, como los mitos asociados al envejecimiento cognitivo, los cambios psicobiológicos inherentes al envejecimiento normal y patológico, o las estrategias y hábitos que favorecen la salud cognitiva.

El programa se distingue por su enfoque basado en la metodología del co-diseño, mediante la cual se ha involucrado activamente a las personas participantes en el diseño del mismo.

Para conocer la eficacia del programa se realizarán valoraciones en distintos momentos: pre-intervención, post-intervención y seguimiento, así como una evaluación continua.

Se espera que este programa de intervención genere cambios positivos y significativos en las actitudes y comportamientos relacionados con la salud cognitiva.

Finalmente, en cuanto a orientaciones de futuro es necesario que se realicen más investigaciones e intervenciones sobre esta temática. Además, se requiere abordar los tabúes y miedos sociales que rodean la salud cognitiva en esta población, así como los estereotipos negativos asociados tanto a los adultos mayores como a su salud cognitiva.

Palabras clave: salud cognitiva, programa psicoeducativo, adultos mayores, envejecimiento activo, co-diseño.

Resumo:

A saúde cognitiva é a capacidade de manter as capacidades cognitivas que permiten a adaptación activa das persoas dentro do seu contorno social, garantindo a súa independencia e calidade de vida. Trátase dun campo de gran importancia polo incremento da poboación maior, o aumento das enfermidades neurodexenerativas e o auxe da promoción do envellecemento activo e saudable.

Ao fío disto, preséntase unha proposta de intervención que ten como obxectivo principal promover o envellecemento activo e positivo das persoas maiores mediante a ensinanza de hábitos e estratexias saudables e para a súa saúde cognitiva.

Este programa de intervención consta de dez sesións dunha hora de duración cada unha. Nestas sesións abordaranse diversos temas, como os mitos asociados ao envellecemento cognitivo, os cambios psicobiolóxicos inherentes ao envellecemento normal e patolóxico ou as estratexias e hábitos que favorecen a saúde cognitiva.

O programa distínguese polo seu enfoque baseado na metodoloxía de co-deseño, a través da cal as persoas participantes se integraron activamente no seu deseño.

Para coñecer a eficacia do programa realizaranse valoracións en diferentes momentos: pre-intervención, post-intervención e seguimento, así como unha avaliación continua.

Espérase que este programa de intervención xere cambios positivos e significativos nas actitudes e comportamentos relacionados coa saúde cognitiva nas persoas participantes.

Por último, en canto ás orientacións de futuro, cómpre realizar máis investigacións e intervencións sobre este tema. Ademais, é preciso abordar os tabús e medos sociais que rodean a saúde cognitiva nesta poboación, así como os estereotipos negativos asociados tanto ós adultos maiores como á súa saúde cognitiva.

Palabras clave: saúde cognitiva, programa psicoeducativo, adultos maiores, envellecemento activo, co-deseño.

Abstract:

Cognitive health is the ability to maintain the cognitive abilities that allow the active adaptation of people within their social environment, guaranteeing their independence and quality of life. This is a field of great importance due to the increase of the elderly population, the rising in neurodegenerative diseases and the bost of the promotion of active and healthy aging.

Therefore, this work presents an intervention proposal with the main objective of promoting active and positive aging in older adults through the teaching of healthy habits and strategies for their cognitive health.

This intervention program consists of ten sessions lasting one hour each.

During the sessions, various topics will be addressed, such as the myths associated with cognitive aging, the psychobiological changes inherent in normal and pathological aging, or the strategies, and habits that favor cognitive health.

The program is distinguished by its focus on the co-design methodology, through which the participating people have been actively involved in its design.

To know the effectiveness of the program, assessments will be made at different times: pre-intervention, post-intervention, and follow-up, as well as continuous evaluation.

With this intervention program positive and significant changes in attitudes and behaviors related to cognitive health are expected.

Finally, as future directions, it is necessary to perform more research and interventions on this subject. In addition, it is fundamental to address the taboos and social fears regarding cognitive health, as well as the negative stereotypes associated with both older adults and their cognitive health.

Keywords: cognitive health, psychoeducational program, older adults, active aging, co-design.

Índice:

1. Introducción.....	1
1.1. Justificación.....	1
1.2. Fundamentación teórica.....	2
1.3. Objetivos.....	6
2. Programa de intervención.....	7
2.1. Contextualización.....	7
2.2. Objetivos del programa.....	8
2.3. Destinatarios.....	9
2.4. Recursos.....	9
2.5. Metodología de la intervención.....	10
2.6. Sesiones.....	13
2.7. Temporalización.....	33
2.8. Evaluación.....	35
3. Estimación de resultados y discusión.....	37
4. Referencias.....	40
5. Imágenes.	
5.1. Cambios macroscópicos cerebrales en el envejecimiento normativo.	
5.2. Áreas cerebrales que intervienen en la memoria.	
6. ANEXOS.	
6.1. ANEXO 1. Esquema de las sesiones del programa.	
6.2. ANEXO 2. “Aprendiendo de nuestros despistes: autorregistro sobre fallos de memoria”.	
6.3. ANEXO 3. Lectura recomendada para la actividad “Páginas que sanan: el poder de la lectura para nuestra salud cognitiva”.	
6.4. ANEXO 4. Guión de preguntas actividad grupal sesión 4 “Ideas que Nutren: Compartiendo Estrategias para un Cerebro Saludable”.	
6.5. ANEXO 5. Autorregistro hábitos de vida saludables, “¿Estoy cuidando mi salud cognitiva? Hábitos que marcan la diferencia”.	
6.6. ANEXO 6. Guión para la práctica de relajación muscular profunda.	
6.7. ANEXO 7. “Dejando ir al estrés”. Autorregistro Relajación Muscular Profunda.	
6.8. ANEXO 8. Guión de la práctica de mindfulness.	

- 6.9. ANEXO 9. “Atento al presente: autorregistro de atención plena”.
- 6.10. ANEXO 10. Tablero del Trivial de Salud Cognitiva.
- 6.11. ANEXO 11. Tríptico del Programa de Salud Cognitiva.
- 6.12. ANEXO 12. Cuestionario de datos sociodemográficos y estilo de vida elaborado ad-hoc.
- 6.13. ANEXO 13. EQ-5D. Cuestionario de Salud para evaluar la Calidad de vida
- 6.14. ANEXO 14. Cuestionario de Satisfacción y Valoración del Programa.
- 6.15. ANEXO 15. Cuestionario abreviado del Funcionamiento de la Memoria.
- 6.16. ANEXO 16. CRIq. Cuestionario de Reserva Cognitiva.
- 6.17. ANEXO 17. MFE. Cuestionario de fallos de memoria.
- 6.18. ANEXO 18. SAGE. Cuestionario de Cribado Cognitivo.
- 6.19. ANEXO 19. CENVE. Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez.
- 6.20. ANEXO 20. Registro de evaluación continua.

1. Introducción.

1.1. Justificación.

La población mundial está envejeciendo (Latorre-Santos, 2019), y España no es una excepción. En nuestro país, la esperanza de vida actual es de 80,24 años para los hombres y 85,83 años para las mujeres. Por lo tanto, a partir de los 65 años la esperanza de vida en España es de casi 20 años (Instituto Nacional de Estadística, 2022). Este incremento no debería significar simplemente prolongar la existencia, sino vivir con calidad, como indica Paula Sande, directora de ATEGAL “dar más vida a la vida” (Entre Mayores, 2023, p.1). De esta manera, actualmente en España el porcentaje de adultos mayores de 65 años es de 20,1%. Sin embargo, se estima que se convertirá en un 30,4% de la población en 2050 (INE, 2022).

De forma habitual se ha hablado de este acontecimiento como “crisis demográfica”, “invierno demográfico”, “suicidio demográfico”, entre otros. Sin embargo, no deberíamos percibir el aumento de la esperanza de vida como una tragedia social, sino más bien como una ganancia o un triunfo colectivo. A pesar de que esta nueva realidad supone enfrentarnos a una situación novedosa y desafiante que conlleva miedos y retos, también supone oportunidades (Yanguas, 2021).

Con el aumento de la población mayor en los países industrializados, ha llegado una creciente preocupación por el funcionamiento cerebral y las consecuencias de los déficits cognitivos en la salud pública. Esta preocupación es de gran relevancia, ya que el trastorno neurocognitivo mayor (“demencia”) es la séptima causa de muerte y una de las principales causas de dependencia y discapacidad entre las personas mayores (OMS, 2023). Además, esta problemática no solamente tiene un impacto en las personas afectadas, sino también en las familias, en los cuidadores/as y en la sociedad en general (Baltar et al., 2017). Por lo tanto, conlleva grandes costes, tanto emocionales, sociales como económicos. Para ofrecer una cifra aproximada, en 2014 ya se estimaba que el coste medio anual en España por cada persona afectada era de en torno a 30.000 euros. Importes que suelen recaer principalmente en el individuo y en sus familiares (Prieto, 2017).

Aunque se trata de un tema de gran relevancia en el ámbito social y de la salud, se sigue encontrando un enorme desajuste entre las necesidades de las personas afectadas y los servicios de atención que se prestan. Se cree que el motivo por el cual

ocurre esto es la falta de conciencia y comprensión de este tipo de enfermedades, lo que genera limitaciones en su prevención, diagnóstico precoz y atención (OMS, 2017).

En esta línea, es fundamental destacar que, aunque las enfermedades neurodegenerativas suponen un gran desafío, es posible prevenirlas o retrasar su aparición mediante la promoción de la salud cognitiva (MISAN, 2019).

1.2. Fundamentación teórica.

1.2.1. Cambios cognitivos en el envejecimiento normativo y patológico.

En el proceso normal de envejecimiento también se producen una serie de cambios cognitivos que están mediados por modificaciones neuroanatómicas. Estas pueden producirse a nivel macroscópico, como, por ejemplo, la reducción del peso y el tamaño del cerebro (atrofia cerebral), y microscópicos, como la disminución de mielina, del tamaño de las neuronas y pérdida de su morfología (Crespo-Santiago & Fernández-Viadero, 2011). Estos cambios repercuten en las actividades del día a día (Harada et al., 2013). En concreto, se da un deterioro progresivo de ciertas funciones cognitivas como puede ser la velocidad de procesamiento, la memoria de trabajo, la fluidez verbal y las funciones ejecutivas (Triadó & Villar, 2014). La forma de afrontar estas modificaciones va a depender de cómo se adapte cada individuo a ellos, por el conocimiento que tenga del funcionamiento cognitivo, sobre el envejecimiento y sobre su propio rendimiento cognitivo, es decir, su metacognición (Reijnders, van Heugten & van Boxtel, 2015).

Muchas veces estos cambios se confunden con un proceso patológico, ya que existe la creencia equivocada de que la demencia es una consecuencia natural e inevitable del envejecimiento. Sin embargo, esta se caracteriza por ser un síndrome adquirido debido a una disfunción cerebral que ocasiona una desintegración persistente de la conducta intelectual, emocional, social y laboral (Navarrete et al., 2000). Tiene lugar debido a una serie de mecanismos de neurodegeneración que están provocados por la acumulación de diferentes proteínas (β -amiloide, tau y α -sinucleína) o por diversos problemas de salud (traumatismos, enfermedades cardíacas, consumo de sustancias y medicamentos...).

En contraposición con esta idea de envejecimiento patológico, se ha demostrado que las personas mayores sanas pueden mantener su rendimiento a pesar de los cambios

cerebrales normales que surgen durante la vejez gracias al reclutamiento de circuitos neuronales como el patrón de activación frontal bilateral y de reducción de asimetría, así como el incremento en la activación de áreas prefrontales junto con la reducción de la activación en áreas posteriores. De esta manera se daría una compensación de procesos, ya que los circuitos neuronales tienen la capacidad de reorganizarse como respuesta a demandas tanto internas (lesiones cerebrales...) como externas (nuevos aprendizajes...) (Park & Reuter-Lorent, 2009).

Estas creencias erróneas anteriormente comentadas y el desconocimiento generan miedos ante el propio proceso de envejecimiento, produciendo reacciones de estigmatización y rechazo hacia el colectivo de adultos mayores (OMS, 2017). Sin embargo, existe una gran variabilidad dentro del grupo de las personas mayores y por lo tanto, muchas maneras de envejecer (Leone & Couselo, 2022). Entre ellas destaca envejecer con salud cognitiva.

1.2.2. Concepto de salud cognitiva.

Para entender qué significa envejecer con salud cognitiva debemos definir primero qué es la salud cognitiva. Se trata de un constructo que hace referencia a la capacidad de mantener las habilidades cognitivas que permiten la adaptación activa de las personas dentro de su entorno social garantizando su independencia y calidad de vida (Fick et al., 2016).

Existen diferentes actuaciones que se pueden llevar a cabo para promover la salud cognitiva, entre ellas se encuentran (Broche-Pérez, 2018):

- 1) Acciones enfocadas en la identificación y comprensión de las creencias y conocimientos sobre la salud cognitiva y las demencias.
- 2) Acciones cuyo objetivo es sensibilizar a la población sobre los factores de riesgo y protección.
- 3) Desarrollo de estudios e implementación de programas que potencien la salud cognitiva.

Las intervenciones que promueven la salud cognitiva se consideran estrategias prometedoras para un proceso de envejecimiento con éxito y activo (Parisien et al., 2016), ya que todos estos conceptos están intrínsecamente unidos. Así, algunos autores/as (Baltes & Baltes, 1990) mencionan que a pesar de las dificultades y pérdidas que se dan en el envejecimiento, también existen ganancias que permiten mantener una

sensación subjetiva de bienestar con la vida. Además, como indica Ryff (1989), el envejecimiento es una etapa en la que el crecimiento todavía es posible y señala como dimensiones relevantes para un buen envejecer la aceptación, la autonomía, el crecimiento personal, el propósito en la vida y las relaciones sociales positivas.

En esta línea, el envejecimiento exitoso (Rowe & Kahn, 1997) se define como la baja probabilidad de enfermedad o discapacidad, el alto funcionamiento tanto físico como cognitivo y un compromiso activo con la vida (participación social).

Por otra parte, se entiende por envejecimiento activo (Petretto et al., 2016) el proceso en que se promueven las oportunidades para que los adultos mayores puedan mejorar su salud, aumentar su participación en la sociedad y su seguridad, con el propósito de mejorar su calidad de vida.

Todos estos conceptos tienen en común la importancia del mantenimiento de la función cognitiva, la promoción de hábitos saludables, del bienestar emocional y de las relaciones sociales.

1.2.4. Factores asociados a la salud cognitiva.

Aunque el factor genético es importante, se ha demostrado que existen numerosos factores que promueven la salud cognitiva sobre los que sí se puede ejercer cierto control, como son, por ejemplo, los estilos de vida saludables (Laditka et al., 2012). Según la literatura, es menos probable desarrollar deterioro cognitivo cuando se lleva un estilo de vida físicamente activo (Gallaway et al., 2017). La práctica habitual de ejercicio puede producir modificaciones en la estructura cerebral que se mantienen en el tiempo (Rovio et al., 2010). Además, el deporte y la actividad física influyen positivamente en la salud general, ya que previenen riesgos cardiovasculares, de enfermedades crónicas, cáncer, entre otras, y produce mejoras en las capacidades cognitivas y en el estado de ánimo (Granados & Cuéllar, 2018).

En la misma línea se encuentra la alimentación saludable. Los estudios demuestran que la dieta mediterránea y la toma de ciertos nutrientes como el Omega-3, vitamina E, C y D y el ácido fólico, son protectores para la salud cognitiva (Wu & Sun, 2017). En adultos mayores sanos se ha observado que este tipo de alimentación mejora la memoria episódica y el funcionamiento cognitivo global (Loughrey et al., 2017). Además, los estudios relacionan los hábitos alimentarios con cambios neuropatológicos que influyen en la aparición de la demencia (Swaminathan & Jicha, 2014). Así mismo,

el consumo de tabaco (Durazzo et al., 2014) y de alcohol (Xu et al., 2017), se ha asociado con una mayor probabilidad de deterioro cognitivo en la vejez.

Nuestro nivel educativo, nuestra ocupación laboral, el aprendizaje de idiomas, los hobbies que nos activan intelectualmente como la lectura, la escritura, la realización de pasatiempos, etc. también son factores que influyen en nuestra salud cognitiva. De tal manera que, a mayor nivel educativo, trabajos mentalmente estimulantes, dominio de idiomas y hobbies que entrenen nuestro cerebro, mayor será nuestra salud cognitiva. Todos estos factores están dentro de lo que se denomina reserva cognitiva y esta se relaciona con la reserva cerebral que se define como las características estructurales del cerebro que permiten a las personas afrontar mejor la patología cerebral antes de que surjan los cambios cognitivos (Stern et al., 2020). Lo más importante de estos conceptos, es que al igual que los estilos de vida se pueden modificar, esta serie de factores también (Pascual-Leone et al., 2019).

Por otra parte, también existe consenso en que las actividades intelectuales como la estimulación cognitiva (Gates & Sachdev, 2014) y las actividades sociales ayudan a mantener la salud cognitiva (Kelly et al., 2017). En este sentido, un apoyo social alto se asocia con mejoras en el estrés, la memoria y las funciones ejecutivas (Luethi et al., 2009). En relación con los hábitos de sueño, se ha encontrado que los trastornos del sueño perjudican la consolidación de la memoria, lo que puede aumentar el riesgo de desarrollo de demencia (da Silva, 2015).

Finalmente, no podemos olvidar los factores emocionales, como son la gestión del estrés y el estado de ánimo. En este sentido, los resultados indican que la práctica del mindfulness no solo reduce el estrés, sino que también mejora el control atencional (Prakash et al., 2022). Atendiendo al estado de ánimo, se ha encontrado que la presencia de depresión duplica el riesgo de demencia (Yu et al., 2020).

1.2.5. Características de los programas de salud cognitiva.

Tradicionalmente, se han desarrollado programas de estimulación cognitiva con la premisa de que es posible mantener e incluso mejorar el rendimiento cognitivo de las personas mayores sanas, con deterioro cognitivo leve y con demencia (Gómez-Soria et al., 2022).

Sin embargo, en los últimos años surge una nueva perspectiva en la que no solamente se tiene en cuenta el entrenamiento de las funciones cognitivas, sino que

también se valora el desarrollo de programas psicoeducativos cuyo objetivo es aumentar la conciencia y el conocimiento del propio funcionamiento cognitivo, disminuir los falsos mitos y creencias negativas con respecto al envejecimiento cognitivo, dotar de estrategias y herramientas de memoria, atención, etc. y de salud en general (Laforest et al., 2017; Lorthios-Guilledroit et al., 2020; Reijnders, van Heugten & van Boxtel, 2015; Reijnders, Geusgens, Ponds & van Boxtel, 2015; Parisien et al., 2016). Tal y como menciona la OMS (2017; 2020), educar acerca de los factores de riesgo modificables puede traducirse en una reducción de los casos o un retraso en la progresión de las enfermedades neurodegenerativas.

Aunque la disponibilidad de programas psicoeducativos sobre salud cognitiva sea limitada y se requiera de una mayor investigación al respecto, los resultados obtenidos ofrecen una perspectiva muy alentadora. Estos programas ofrecen evidencia de la disminución de las emociones negativas asociadas al funcionamiento cognitivo de los/as participantes. Al mismo tiempo, estos/as informan de un aumento en su sensación de preparación para abordar futuros desafíos y retos cognitivos (Reijnders, van Heugten & van Boxtel, 2015) incluso cuando las intervenciones se han realizado de manera telemática (Mace et al., 2022; Reijnders, Geusgens, Ponds & van Boxtel, 2015).

Por ello, se propone un programa psicoeducativo de salud cognitiva que pone su énfasis en la enseñanza de hábitos de vida saludables, estrategias cognitivas, aumento del conocimiento del envejecimiento cognitivo tanto normal como patológico, entre otras variables.

1.3 Objetivos:

Este trabajo tiene como objetivo principal diseñar un programa psicoeducativo centrado en promover la salud cognitiva en personas mayores de 55 años. Con este programa también se pretende desarrollar materiales educativos, actividades y recursos didácticos adecuados para transmitir la información de manera clara y sencilla, teniendo en cuenta las características psicosociales de la población objetivo. Además, junto con el programa psicoeducativo se pretenden proponer recomendaciones y pautas para la implementación futura del mismo.

Para ello se ha realizado previamente una revisión de la literatura científica en torno a los siguientes aspectos:

- Variables psicológicas, conductuales y emocionales relacionados con el envejecimiento cognitivo.
- Factores de riesgo y protección asociados con el deterioro cognitivo en el proceso de envejecimiento.
- Características de los programas psicoeducativos sobre salud cognitiva dirigidos a personas mayores.

2. Programa de intervención.

2.1. Contextualización.

ATEGAL (s.f) es un centro sociocultural de formación permanente para adultos mayores de 55 años en Galicia. Sus orígenes se remontan a 1978 cuando se pusieron en marcha las aulas de tercera edad. Es una entidad sin ánimo de lucro con más de 40 años de historia que colabora con la Junta de Galicia. Este proyecto da respuesta a una carencia que exponen las personas mayores: necesidad de formación y de actividades culturales. Los objetivos de esta entidad son promover el envejecimiento activo de las personas, ser un espacio donde crear vínculos, es decir, fomentar las relaciones sociales a través de la realización de actividades en las que se den intereses en común, acercar a las personas mayores a las nuevas tecnologías y luchar contra el edadismo en la sociedad. Entre las actividades que realizan se encuentran clases presenciales entre los meses de octubre-mayo, seminarios online, formaciones y momentos de ocio (asistencia a experiencias culturales, excursiones, viajes...), formación en nuevas tecnologías, actividades intergeneracionales, voluntariado, formación en innovación social, etc.

Actualmente en las aulas se imparte un taller de memoria en el que participan 15 socias con el fin de mantener sus capacidades cognitivas. En el pasado sí se han impartido charlas sobre la importancia de hábitos saludables para el funcionamiento cognitivo. Sin embargo, no se ha llevado a cabo un programa estructurado cuyo propósito final sea la promoción de la salud cognitiva. Además, la mayoría de las personas socias de ATEGAL Santiago cada vez son más mayores y suelen llevar largos periodos de tiempo en la entidad. De esta manera, tanto el personal como el propio alumnado percibe cambios en sí mismos/as a los que temen o ante los que no saben bien

cómo afrontar. Por lo tanto, se considera que este programa enriquecería a la organización gracias a que se espera que se fomente la sensación de seguridad y control sobre la salud cognitiva.

2.2. Objetivos del programa:

Objetivo general:

- Favorecer el envejecimiento activo y exitoso de los/as participantes, a través de la promoción de hábitos y estrategias saludables para su salud cognitiva.

Objetivos específicos:

- Comprender los cambios asociados al proceso de envejecimiento psicobiológico, neuropsicológicos y socioemocionales, que afectan la salud cognitiva.
- Fomentar la autonomía y la capacidad de adaptación de los/as participantes ante los cambios cognitivos propios del envejecimiento.
- Conocer las principales características de las demencias y sus señales de alerta.
- Entender las diferencias entre el envejecimiento normal y patológico.
- Concienciar sobre la importancia de la salud cognitiva en el envejecimiento exitoso y activo.
- Identificar los factores de riesgo que ponen en peligro a la salud cognitiva.
- Conocer qué es la reserva cognitiva y cerebral y su importancia para un envejecimiento sano.
- Fomentar hábitos de vida saludables que contribuyan a mantener una buena salud cognitiva.
- Conocer y practicar técnicas de relajación para reducir el estrés.
- Conocer y practicar la atención plena para aumentar la consciencia del momento presente y mejorar la capacidad de atención y concentración.
- Promover la participación y la interacción social como factores protectores de la salud cognitiva.
- Conocer cómo influye la inteligencia social en la salud cognitiva.
- Desarrollar un ambiente de trabajo positivo y participativo.

2.3. Destinatarios/as.

Este programa psicoeducativo está diseñado para grupos de 8 a 10 participantes. Se recomienda realizar el programa en grupos reducidos para garantizar la participación activa de todas las personas del grupo, para fomentar una atención más individualizada y para promover la construcción de relaciones cercanas y significativas entre las personas participantes. Para asegurar el máximo beneficio del programa, se establecen a continuación los diferentes criterios de inclusión y de exclusión:

2.3.1. Criterios de inclusión:

- Edad: tener 55 o más años para formar parte del programa.
- Afiliación con ATEGAL: ser socio para poder formar parte del programa.
- Interés y motivación: participación voluntaria y genuina.

2.3.2. Criterios de exclusión:

- Trastornos que impidan el correcto seguimiento de las sesiones del programa.
 - Trastornos neurológicos o sensoriales graves.
 - Problemas graves de salud mental.
 - Trastornos neurocognitivos menor o mayor.

Finalmente, se fomenta la diversidad en términos de género, nivel educativo, ámbito laboral y experiencias de vida de las personas participantes. Esto contribuirá a enriquecer los intercambios y opiniones dentro del grupo, promoviendo un ambiente diverso, de apoyo y aprendizaje mutuo.

2.4. Recursos.

Para llevar a cabo el programa de manera efectiva, se requieren varios recursos que garantizarán un entorno adecuado para el desarrollo de las diferentes sesiones y actividades.

A continuación, se detallan los recursos necesarios para cada categoría:

- **Materiales:**
 - Ordenador/portátil: dispositivo que sirva para presentar materiales visuales, proyecciones y recursos digitales

- Proyector/pantalla digital: será necesario para compartir presentaciones de power point y visualizar el contenido de las sesiones.
- Cuadernillo de actividades: será el recurso principal para la realización de las actividades grupales y tareas para casa.
- Ovillo de lana: necesario para la dinámica de presentación.
- Lápices/bolígrafos/gomas, etc.: necesarios para que las personas participantes puedan completar las actividades propuestas.
- Sillas y mesas: esenciales para proporcionar un espacio cómodo y adecuado para la realización de las sesiones.
- Altavoces: con el propósito de reproducir música durante las actividades destinadas a la relajación y la atención plena.
- Tablero, tarjetas y fichas de juego elaboradas para este programa: irán destinadas a realizar una actividad tipo trivial en la última sesión del programa con el objetivo de promover el recuerdo del contenido trabajado durante las diferentes sesiones.
- **Espaciales:** los recursos espaciales serán los mismos durante la realización de todo el programa.
 - Habitación amplia: se requiere de un espacio lo suficientemente grande como para que los participantes puedan distribuirse con facilidad, permitiendo así la realización de actividades en grupos pequeños.
 - Condiciones lumínicas y de temperatura adecuadas: que favorezcan la concentración y la comodidad de las personas participantes.
- **Humanos:** los recursos humanos serán los mismos durante la realización de todo el programa.
 - Profesional especializado en conocimientos del campo de la psicogerontología.

2.5. Metodología de la intervención.

El diseño de este programa se ha llevado a cabo a través de la metodología de la co-creación. Esta consiste en involucrar a las múltiples partes interesadas en el proyecto para trabajar de una forma conjunta en la generación de ideas y soluciones. Por lo tanto, esta fomenta la colaboración y la toma de decisiones conjuntas.

Para ello, se han realizado dos sesiones de co-diseño con socios/as de Afundación que cumplen con las características del programa. Las dos sesiones se realizaron en el Espacio 60+ de Afundación de Santiago de Compostela en horario de 17:30 a 19:00h. En la primera sesión, que tuvo lugar el 21/03/2023 participaron 10 socios/as (9 mujeres y 1 hombre). En la segunda sesión, realizada el 27/03/2023, asistieron 14 socios/as (12 mujeres y 2 hombres). Durante estas sesiones, se han trabajado con los participantes las necesidades y preferencias con respecto al programa de salud cognitiva, los contenidos a tratar, la duración de las sesiones, las tareas para casa, la forma de exposición de los contenidos, el lenguaje, entre otros aspectos relevantes. De esta manera, se ha pretendido diseñar el programa de acuerdo con las demandas y sugerencias de los participantes, asegurando así que el contenido y el formato del programa sea relevante y atractivo para ellos.

En concreto, los resultados de las dos sesiones de co-diseño son los siguientes: el programa se llevará a cabo en sesiones semanales de 1 hora, siendo alrededor de 10-12 sesiones las que componen el programa. Las personas que asistieron al co-diseño mencionaron que sería de gran utilidad combinar la enseñanza teórica con ejercicios prácticos. Además, se ha destacado la importancia de establecer unas normas grupales para el correcto funcionamiento del programa. En cuanto a las tareas, aquellas que se lleven a cabo durante las sesiones se realizarán en su mayoría escritas en papel para fomentar la expresión libre y documentar el trabajo realizado. Por otro lado, atendiendo a las tareas para casa, las personas participantes han manifestado estar de acuerdo en realizarlas siempre y cuando no sean excesivas ni demasiado difíciles. Por último, se ha destacado la necesidad de utilizar un lenguaje adaptado para que las explicaciones sean básicas y fáciles de comprender.

Por otro lado, para la implementación del programa se establece una metodología basada en la programación de actividades. Esto quiere decir que se anticipan de manera detallada y ordenada las diferentes actividades que tanto el personal que imparte el taller como las personas que participen en él van a llegar a cabo dentro de las sesiones como fuera de las sesiones. En esta programación se describe el contenido de las diferentes actividades, los recursos materiales, temporales, metodológicos y de evaluación para alcanzar los objetivos establecidos del programa. Esta metodología facilita la organización de las sesiones y permite un control continuo del proceso enseñanza-aprendizaje. Además, fomenta un enfoque educativo que se adapta a las necesidades individuales y que promueve un aprendizaje significativo y

enriquecedor. De esta manera, se utilizará un enfoque activo-participativo donde se combine en cada sesión de 1 hora enseñanza teórica con actividades prácticas.

La estructura de cada una de las sesiones del programa va a ser la siguiente: 1) revisión de la tarea para casa, 2) píldora formativa, 3) actividad grupal y 4) actividad para casa. La revisión de la tarea para casa tiene por objetivo ofrecer una retroalimentación y refuerzo positivo al trabajo semanal de las personas participantes. Esto se encuentra dentro de las estrategias metodológicas que favorecen un aprendizaje activo, ya que fomenta la reflexión práctica y crítica y el diálogo grupal. A continuación, la píldora formativa consiste en la presentación del contenido teórico de la sesión. Este componente puede incluir conceptos clave, enseñanza de estrategias sobre salud cognitiva, etc. Esta actividad se sostiene dentro de la teoría del procesamiento de la información que indica que las personas reciben, procesan y almacenan la información de manera activa (Gimeno & Pérez, 2008). Por lo tanto, a través de la adquisición de nuevos conocimientos y estrategias durante el programa pueden mejorar su salud cognitiva. La actividad grupal busca fomentar la participación activa y la interacción entre los/as participantes. En este apartado se incluyen actividades de reflexión, discusión, ejercicios prácticos, etc. Este componente se apoya en la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1987), que indica la importancia del entorno social y la colaboración para el aprendizaje. Además, la interacción grupal favorece la motivación, la autoestima y el sentido de pertenencia. Por último, encontramos la tarea para casa que se trata de actividades complementarias que refuerzan y amplían el aprendizaje de cada sesión (Serdio, 2009).

La entrega de las actividades grupales y de las tareas para casa, se realizará a través de un cuadernillo de actividades. Este cuadernillo proporciona una estructura organizada y coherente para las sesiones del programa. Las personas participantes tendrán acceso a todas las actividades y tareas en un solo documento, lo que les permite tener una visión clara del contenido y la secuencia de actividades planificadas. Además, este cuadernillo promueve la continuidad en el proceso de aprendizaje. Al contar con un documento que contiene todas las actividades, las personas participantes van a tener un registro tangible de su progreso y trabajo a lo largo del programa. Por último, este cuadernillo también puede servir como un recurso de referencia que los/as participantes pueden utilizar incluso después de finalizar el programa.

2.6. Sesiones.

Para una visión más general y esquemática de las sesiones ver ANEXO 1.

Tabla 1. Sesión 1: Conociendo los cambios de nuestro cerebro.

Descripción:
<p>En esta sesión, se realizará una breve presentación del programa, donde se proporcionará una visión general de los objetivos y la estructura del mismo. A continuación, se llevará a cabo una dinámica de presentación de las personas participantes, con el objetivo de fomentar el conocimiento mutuo y crear un ambiente positivo y de colaboración. Después de esta dinámica, se ofrecerá una píldora formativa sobre las bases psicobiológicas del envejecimiento normal y sus implicaciones para la vida diaria. Por último, se realizará una explicación detallada de la tarea para casa en la que las personas participantes deberán trabajar durante la semana fuera de la sesión.</p>
Actividades que conforman la sesión:
<p>1) Breve presentación del programa:</p> <p>Objetivo: Presentar el programa y establecer las normas del grupo.</p> <p>Desarrollo: Se presenta la persona encargada de dirigir el programa y se realiza una breve explicación de los objetivos, de la estructura de las sesiones. Además, se les enseña el cronograma del programa y se establecen las normas del grupo. Estas tienen por objetivo asegurar una correcta participación y el establecimiento de un espacio seguro donde sea positivo trabajar. Las normas del grupo son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Tratar de venir a todas las sesiones.b) Puntualidad.c) Confidencialidad: lo que se cuente en el grupo, no debe salir de la sesión. Pueden ser cosas íntimas. Nos comprometemos a no contarlas.d) Respetar las opiniones de los otros miembros del grupo.e) Escuchar y apoyar a los otros miembros del grupo.f) Compartir el tiempo con otros miembros (no acaparar todo el tiempo).g) Trabajar en las tareas para cada semana.h) No se les obligará a hacer nada que no quieran.i) Comentar cualquier problema, duda o sugerencia con total libertad. <p>Duración: 15 minutos.</p> <p>Materiales: power point, pantalla digital o proyector, mesas y sillas.</p> <p>2) Dinámica de presentación de los participantes “Tejiendo lazos de conexión”:</p> <p>Objetivo: Permitir que las personas participantes se conozcan y establezcan vínculos.</p>

Desarrollo: Esta dinámica consiste en ir pasando de manera aleatoria un ovillo de lana entre las diferentes personas que componen el grupo hasta finalmente conseguir crear una red. Cuando una persona tenga en sus manos el ovillo de lana deberá responder a las siguientes preguntas; a) ¿cuál es tu nombre?, b) ¿a qué te dedicas o a qué te dedicaste?, c) ¿cuáles son tus intereses personales?, d) ¿cuál es tu mayor defecto y tu mayor virtud? y e) ¿qué esperas del programa?. Cuando esa persona haya contestado, deberá lanzar el ovillo de lana a otra persona del grupo y así consecutivamente hasta que el total del grupo se haya presentado.

Al final de la dinámica se explicará a los participantes la siguiente metáfora: cada uno/a de nosotros/as somos parte de una red que nos une, si uno suelta su hilo, la red se queda inestable. El programa es una oportunidad para aprender y compartir diferentes estrategias y herramientas para mejorar la salud cognitiva. Por ello, es necesario que el grupo permanezca cohesionado y sea un lugar seguro donde cada uno se pueda expresar y sentirse apoyado/a.

Duración: 20 minutos.

Materiales: ovillo de lana, power point y pantalla digital o proyector.

3) Píldora formativa: Bases psicobiológicas del envejecimiento normal. Implicaciones para la vida diaria, “¿Cómo cambia nuestro cerebro cuando envejecemos?”.

Objetivo: Comprender los cambios psicobiológicos del envejecimiento normativo.

Desarrollo: De forma breve, sencilla y muy visual a través de imágenes, se explica a los/as participantes los diferentes cambios estructurales que se producen en el cerebro y que tienen un impacto en nuestras habilidades cognitivas. En concreto, se ha encontrado a nivel macroscópico que el cerebro tiende a disminuir su peso y su tamaño (ver Imagen 1). A nivel microscópico, hay varios cambios que se producen en las células y estructuras del cerebro. La mielina, que es una sustancia que recubre las fibras nerviosas y ayuda a la transmisión de los impulsos eléctricos, disminuye con la edad. También se da una pérdida de cuerpos neuronales en áreas como el neocórtex, el hipocampo y el cerebelo. Estas áreas están implicadas en funciones como la concentración, la memoria y el equilibrio. Además de la pérdida de neuronas, se observa una reducción en la estructura y el tamaño de las mismas. Los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro también experimentan cambios que afectan al flujo sanguíneo y a la oxigenación del cerebro. En cuanto a las conexiones que existen entre las células cerebrales también se producen cambios, ya que la cantidad de conexiones disminuye con la edad y las espinas dendríticas que son como unos puentes que unen unas neuronas con otras también se van reduciendo. En cuanto a las fibras nerviosas sensoriales, también se encuentran pérdidas e interrupciones, lo que puede afectar a la sensibilidad y la percepción de estímulos externos. Con la edad también se presentan más lesiones en las mitocondrias, que son estructuras encargadas de suministrar energía a las células, lo que puede afectar al funcionamiento celular y al metabolismo del cerebro. Por último, a medida que envejecemos se da una reducción en la capacidad de reparación del ADN y además, se produce un fracaso en la eliminación de neuronas con lesiones en el ADN nuclear.

Sin embargo, el rendimiento conductual se mantiene relativamente alto en el envejecimiento a pesar de todo esto gracias al reclutamiento de circuitos neurales adicionales (andamiajes compensatorios). Entre ellos se encuentra el patrón de activación frontal bilateral y de reducción de asimetría y el incremento de activación en áreas prefrontales junto con la reducción de la activación en áreas visuales posteriores. Por lo tanto, los circuitos neurales tienen la capacidad de reorganizarse (establecer nuevos andamios o recuperar andamios antiguos), como respuesta a demandas internas (envejecimiento cerebral o lesiones cerebrales) o externas (nuevas experiencias y aprendizajes).

Duración: 20 minutos.

Materiales: power point, pantalla digital o proyector, mesas y sillas.

4) Presentación de la tarea para casa: “Mitos del envejecimiento cognitivo”.

Objetivo: Identificar los mitos del envejecimiento cognitivo y promover la reflexión acerca de la salud cognitiva en las personas participantes.

Desarrollo: Durante la semana, los/as participantes deberán completar una ficha dentro del cuadernillo de actividades que contiene una serie de afirmaciones verdaderas y falsas sobre el envejecimiento cognitivo. De esta manera, cada uno de los participantes deberá contestar verdadero o falso a cada afirmación según sea su opinión y según lo visto en la sesión. Además, deberán justificar su elección. En el comienzo de la sesión posterior, se corregirá dicha actividad. Las afirmaciones serán las siguientes:

- a) Mantener una salud cognitiva significa preservar tu memoria.
- b) La función cognitiva siempre decae con la edad.
- c) No hay nada que se pueda hacer para mejorar la salud cognitiva.
- d) El cerebro está compuesto por distintas redes neuronales que se dedican a funciones diversas, y nuestra vida y salud dependen de una variedad de funciones cerebrales, no de una sola.
- e) Las neuronas mueren a medida que envejecemos, así que la pérdida cognitiva es algo incontrolable.
- f) Los genes no determinan el destino de nuestro cerebro.
- g) El envejecimiento cognitivo es una enfermedad con la que tenemos que luchar.
- h) El cerebro humano cambia con el envejecimiento.

Duración: 5 minutos.

Materiales: power point, pantalla digital o proyector, mesas y sillas y el cuadernillo de las tareas para casa.

Tabla 2. Sesión 2: Conociendo las demencias.

Descripción:
<p>En el inicio de esta sesión, se compartirá la tarea para casa de la semana anterior. Luego, se brindará una breve presentación psicoeducativa sobre las bases psicobiológicas del envejecimiento patológico. A continuación, se llevará a cabo una actividad grupal donde las personas participantes deberán identificar y debatir sobre diferentes signos de alarma de las demencias. Finalmente, se presentará la actividad para casa, que consistirá en el registro y reflexión sobre los fallos de memoria de esa semana.</p>
Actividades que conforman la sesión:
<p>1) Revisión de la tarea para casa “Mitos del envejecimiento cognitivo”:</p> <p>Objetivo: Proporcionar retroalimentación y reforzar el aprendizaje en relación con el proceso del envejecimiento cognitivo.</p> <p>Desarrollo: Se debate de manera grupal los diferentes mitos del envejecimiento cognitivo planteados para la tarea de casa de la sesión anterior. Se corrige la actividad indicando si las premisas son falsas o verdaderas y se le pide al grupo que justifique sus respuestas. Una vez expuestas sus opiniones, se proporciona retroalimentación de las mismas y se refuerza el trabajo realizado.</p> <p>Duración: 10 minutos.</p> <p>Materiales: power point, pantalla digital o proyector, mesas y sillas.</p>
<p>2) Píldora formativa: Bases psicobiológicas del envejecimiento patológico, “Entendiendo las demencias, qué son y por qué ocurren”:</p> <p>Objetivo: Comprender los aspectos psicobiológicos asociados al envejecimiento patológico.</p> <p>Desarrollo: La demencia es un síndrome que surge como consecuencia de un mal funcionamiento del cerebro. Esto produce una desintegración, que se mantiene en el tiempo, de la forma en la que una persona piensa y siente, lo cual afecta a su comportamiento y cómo se relaciona con los demás en su día a día tanto en el ámbito social como en el laboral. En las fases iniciales de este síndrome, la persona es totalmente consciente de los cambios que se están produciendo en él. Sin embargo, con el tiempo esta consciencia se va perdiendo.</p> <p>Estos mecanismos que producen un mal funcionamiento del cerebro se llaman mecanismos de neurodegeneración y pueden estar provocados por la acumulación de diferentes proteínas (β-amiloide, tau y α-sinucleína) dentro y/o alrededor de las células del cerebro. Esto provoca que las neuronas dejen de funcionar correctamente y se vayan muriendo. Además, este mal funcionamiento también se puede producir por problemas de salud como lesiones en la cabeza, accidentes cerebrovasculares, enfermedades metabólicas, infecciones, falta de vitaminas, tumores o intoxicación por</p>

sustancias o medicamentos. Estos problemas dañan el tejido cerebral y pueden causar la degeneración.

Duración: 20 minutos.

Materiales: power point, pantalla digital o proyector, mesas y sillas.

5) Actividad grupal “¡Atención!, identificando signos de alarma de las demencias”.

Objetivo: Promover el debate, la reflexión y el conocimiento de los diferentes signos de alarma tempranos de las demencias.

Desarrollo: Se proyecta en la pantalla una serie de conductas o comportamientos que pueden ser o no signos de alarma de las demencias. De manera ordenada, se irá leyendo conducta por conducta y se irá debatiendo cada una de ellas. Las personas participantes deberán debatir sobre si esa conducta en concreto es un signo de alarma y justificar por qué. Después de los planteamientos del grupo, la persona encargada de la actividad ofrecerá una retroalimentación de la actividad. En total, se debatirán 10 comportamientos. En el caso de que algún miembro del grupo quiera exponer una preocupación o duda propia, puede plantearla sin problema y se seguirá el mismo protocolo que con el resto de los comportamientos.

Duración: 25 minutos.

Materiales: power point, pantalla digital o proyector, mesas y sillas.

6) Presentación de la tarea para casa “Aprendiendo de nuestros despistes: autorregistro sobre fallos de memoria”:

Objetivo: Fomentar la conciencia y el autoconocimiento sobre los fallos de memoria.

Desarrollo: Durante esta semana deberán apuntar en el registro los fallos de memoria que experimenten. Deben registrar el fallo en el día que corresponda de la semana. Además, deberán explicar de forma breve el contexto y el fallo en sí mismo. Por ejemplo, “estaba en el coche y se me olvidaron las llaves de casa”. También deberán anotar las sensaciones y emociones asociadas a ese fallo. Por ejemplo, “sentí frustración”. Por último, deben realizar un análisis de patrones, es decir, intentar buscar un desencadenante a esos fallos. Por ejemplo, “mis fallos de memoria suelen ocurrir cuando estoy cansada/o, estresada/o, cuando no presto atención, etc.” (ver ANEXO 2).

Duración: 5 minutos.

Materiales: power point, pantalla digital o proyector, mesas, sillas y el cuadernillo de las tareas para casa.

Tabla 3. Sesión 3: Conociendo la modificabilidad de la salud cognitiva.

Descripción:
<p>La sesión comienza con la revisión de la tarea para casa de la sesión anterior. Después, se lleva a cabo una breve presentación psicoeducativa sobre la reserva cognitiva y cerebral. A continuación, se realiza una actividad en grupo donde las personas participantes identifican y discuten sobre actividades que pueden aumentar su reserva. Finalmente, se presenta la tarea para casa, que consiste en leer un texto y analizar las implicaciones de la lectura para el funcionamiento cognitivo.</p>
Actividades que conforman la sesión:
<p>1) Revisión de la tarea para casa “Aprendiendo de nuestros despistes: autorregistro sobre fallos de memoria”:</p> <p>Objetivo: Brindar retroalimentación y apoyo a los participantes en su proceso de autoconocimiento y manejo de los fallos de memoria.</p> <p>Desarrollo: La persona encargada de dirigir el programa pedirá a las personas participantes que compartan sus registros de fallos de memoria realizados durante la semana. Cada participante tendrá la oportunidad de hablar sobre sus experiencias y los detalles registrados. Finalmente, se promoverá una discusión en grupo sobre los patrones o desencadenantes comunes identificados en los registros. Para ello, la persona responsable de la sesión deberá guiar la conversación para explorar posibles factores que podrían contribuir a los fallos de memoria como pueden ser el estrés, la falta de sueño, la falta de atención, etc.</p> <p>Duración: 10 minutos.</p> <p>Materiales: power point para proyectar la plantilla del registro, pantalla digital o proyector, mesas, sillas y el cuadernillo de actividades.</p> <p>2) Píldora formativa sobre reserva cognitiva y reserva cerebral, “Ventajas de una mente preparada: lo que hacemos influye en nuestro cerebro”:</p> <p>Objetivo: Brindar a las personas participantes conocimientos y comprensión sobre la reserva cognitiva y la reserva cerebral.</p> <p>Desarrollo: La reserva cognitiva está compuesta por una serie de procesos cognitivos dependientes de factores genéticos y ambientales. Estos procesos ofrecen una protección contra los efectos perjudiciales del envejecimiento y aumentan el mantenimiento o la capacidad de compensación a lo largo del mismo. Lo más importante sin duda es su naturaleza dinámica, es decir, la reserva cognitiva puede modificarse a lo largo de la vida. La reserva cognitiva está formada por varios factores. En primer lugar, el nivel educativo, se ha encontrado que cuando este es alto la probabilidad de desarrollar deterioro cognitivo es menor. En segundo lugar, la ocupación laboral. Es más probable que las personas con estudios superiores tengan trabajos mentalmente estimulantes. Por otro lado encontramos el aprendizaje de idiomas, muchos estudios demuestran que las personas bilingües son más rápidas y</p>

eficientes en las tareas que requieren habilidades de toma de decisiones, razonamiento, etc. Los hobbies o nuestros pasatiempos también son importantes. La lectura, la escritura, los juegos de mesa o de cartas, hacer crucigramas, rompecabezas, etc. son formas fáciles de entrenar nuestro cerebro. Además, actividades como el baile o tocar un instrumento musical también influyen de forma positiva. El baile supone aprender a controlar el cuerpo en movimiento y combina ejercicio físico con relaciones sociales. La formación musical supone cambios en la estructura de nuestro cerebro, tanto es así que se ha demostrado que los músicos tienen un volumen mayor en aquellas áreas cerebrales relevantes para tocar un instrumento.

Duración: 25 minutos.

Materiales: power point, pantalla digital o proyector, mesas y sillas.

3) Actividad grupal “Construyendo un cerebro fuerte y sano”:

Objetivo: Ofrecer herramientas y estrategias para fortalecer la reserva cognitiva.

Desarrollo: La actividad mental se produce en todo momento, ya que nuestro cerebro siempre está activo, incluso cuando dormimos. Es un error suponer que cualquier actividad es suficiente para mejorar nuestra reserva cognitiva. Aprender y dominar nuevas habilidades es lo que crea y refuerza las conexiones neuronales, especialmente cuando las actividades suponen un reto y rompen con la rutina.

Se ofrecerá a las personas participantes una serie de afirmaciones sobre actividades que aumentan nuestra reserva cognitiva. Los miembros del grupo deberán debatir si cada una de ellas es útil o no y justificar por qué. Unos ejemplos de afirmaciones podrían ser, “realizar el mismo puzzle cada día”, “aprender a tocar un instrumento diferente”, “leer un libro pequeño en un idioma nuevo que estás aprendiendo”, etc.

Duración: 20 minutos.

Materiales: power point, pantalla digital o proyector, mesas y sillas.

4) Presentación de la tarea para casa “Páginas que sanan: el poder de la lectura para nuestra salud cognitiva”:

Objetivo: Reflexionar sobre cómo el hábito de la lectura puede influir en nuestro funcionamiento cognitivo.

Desarrollo: Se proporcionará a las personas participantes un texto relevante que aborde temáticas similares a las que trabajamos en el programa. El texto puede ser un artículo científico, un extracto de un libro o cualquier otro recurso adecuado (ver ANEXO 3). Durante la semana, deberán leer este texto y reflexionar sobre cómo influye el hábito de la lectura en nuestro funcionamiento cognitivo.

Duración: 5 minutos.

Materiales: power point, pantalla digital o proyector, mesas, sillas y el cuadernillo de actividades.

Tabla 4. Sesión 4: Conociendo los factores de riesgo y protectores.

Descripción:
<p>En esta sesión, comenzaremos compartiendo la actividad que se asignó como tarea para casa en la sesión anterior. A continuación, se llevará a cabo una píldora formativa donde se presentará la evidencia empírica de los factores de riesgo y protectores de la salud cognitiva. Después de la psicoeducación, se realizará una actividad en grupo sobre estrategias para un cerebro saludable. Por último, se explicará la tarea para casa de esta sesión, que consistirá en un autorregistro de hábitos de vida saludables.</p>
Actividades que conforman la sesión:
<p>1) Revisión de la tarea para casa “Páginas que sanan: el poder de la lectura para nuestra salud cognitiva”.</p> <p>Objetivo: Proporcionar retroalimentación sobre cómo el hábito de la lectura influye en nuestro funcionamiento cognitivo.</p> <p>Desarrollo: Se proyecta la tarea para casa en la pantalla/proyector y la persona encargada de dirigir el programa pide que las personas participantes compartan sus experiencias al leer el texto. De esta manera, se guiará un debate sobre las implicaciones de la lectura en el funcionamiento cognitivo.</p> <p>Duración: 10 minutos.</p> <p>Materiales: power point, pantalla digital o proyector, mesas, sillas y el cuadernillo de actividades.</p> <p>2) Píldora formativa sobre evidencia empírica de los factores de riesgo y protectores de la salud cognitiva “Caminando por mi salud cognitiva: ¿qué puedo hacer para mejorarla?”</p> <p>Objetivo: Aumentar el conocimiento y la comprensión sobre los factores que pueden influir en la salud cognitiva.</p> <p>Desarrollo: Las investigaciones plantean que es menos probable desarrollar deterioro cognitivo cuando se lleva un estilo de vida físicamente activo. Hacer ejercicio de forma habitual puede incluso cambiar la estructura de nuestro cerebro. La alimentación también desempeña un papel importante. Los estudios demuestran que la dieta mediterránea y la toma de ciertos nutrientes son protectores para la salud cognitiva. De igual manera, el consumo de tabaco y de alcohol, se han relacionado con un mayor riesgo de deterioro. Por otra parte, también se ha encontrado que estimular nuestra mente y participar en actividades sociales puede ayudarnos a prevenir el deterioro. Además, los problemas de sueño pueden afectar negativamente a la consolidación de la memoria. Por último, la gestión del estrés y el estado de ánimo tienen un impacto en nuestra salud cognitiva. La presencia de depresión duplica el riesgo de demencia. Además, la práctica del mindfulness no solo reduce el estrés, sino que también mejora nuestra capacidad de atención.</p>

Duración: 20 minutos.

Materiales: power point para proyectar las diferentes preguntas y pantalla digital o proyector.

3) Actividad grupal “Ideas que Nutren: Compartiendo Estrategias para un Cerebro Saludable”:

Objetivo: Identificar diferentes estrategias y desafíos asociados a cada factor que influye en la salud cognitiva.

Desarrollo: Las personas participantes se dividen en grupos pequeños para debatir qué estrategias y desafíos encuentran en cada factor que influye en la salud cognitiva. Para ello, se les brinda una lista de preguntas que deberán contestar en grupo en una cartulina que tiene diferentes secciones para cada factor (ver ANEXO 4). Posteriormente, se hará una reflexión grupal, es decir, se elegirá un portavoz de cada equipo que comente las estrategias más relevantes. Seguido, se realizará un decálogo grupal con las ideas de los/as participantes y la persona encargada de dirigir la actividad lo irá escribiendo en una pizarra para que todos los miembros puedan verlo. El decálogo consistirá en una lista de afirmaciones que como mínimo tendrá 7 frases, una para cada factor, que sean relevantes para la mayoría del grupo.

Duración: 25 minutos.

Materiales: cartulina, una pizarra (digital o tradicional), tizas o bolígrafo táctil y bolígrafos/rotuladores, sillas y mesas que se puedan juntar para crear pequeños, power point, pantalla digital o proyector.

4) Presentación de la tarea para casa, autorregistro de hábitos de vida saludables “¿Estoy cuidando mi salud cognitiva? Hábitos que marcan la diferencia”:

Objetivo: Fomentar la conciencia y la autoevaluación sobre los hábitos de vida actuales y promover la adopción de hábitos saludables.

Desarrollo: Se proporcionará a las personas participantes un autorregistro semanal para cuidar sus hábitos saludables. En el autorregistro, deberán marcar con una X los días de la semana en los que consideren haber llevado ciertas acciones saludables (ver ANEXO 5). Esto les servirá como una herramienta de seguimiento personal, permitiéndoles ser conscientes de sus elecciones diarias.

Duración: 5 minutos.

Materiales: power point, pantalla digital o proyector, mesas, sillas y el cuadernillo de actividades.

Tabla 5. Sesión 5: Conociendo la memoria.

Descripción:
<p>En esta sesión se revisará la tarea para casa de la sesión anterior. Después, se llevará a cabo una píldora formativa sobre las bases psicobiológicas de la memoria. A continuación, se realizará una actividad grupal que consiste en la realización de un relato en cadena. Finalmente, se presentará la actividad para casa de la semana en la que deberán realizar una clasificación según el tipo de recuerdo.</p>
Actividades que conforman la sesión:
<p>1) Revisión de la tarea para casa “¿Estoy cuidando mi salud cognitiva? Hábitos que marcan la diferencia”:</p> <p><i>Objetivo:</i> Brindar retroalimentación a los hábitos de vida saludables de los/as participantes y reforzar estos comportamientos.</p> <p><i>Descripción:</i> La persona encargada de dirigir el programa pide que los/as participantes compartan sus registros de hábitos saludables completados durante la semana. Durante la actividad, se brinda retroalimentación constructiva a cada una de las personas. Además, se fomenta el intercambio de ideas creando así un ambiente de apoyo mutuo.</p> <p><i>Duración:</i> 10 minutos.</p> <p><i>Materiales:</i> power point, pantalla digital o proyector, mesas, sillas y el cuadernillo de actividades.</p> <p>2) Píldora formativa sobre las bases psicobiológicas de la memoria, “¿Cómo funciona mi memoria?”:</p> <p><i>Objetivo:</i> Comprender cómo funciona la memoria y los distintos tipos de memoria que existen.</p> <p><i>Desarrollo:</i> La memoria es la capacidad de adquirir, almacenar y recuperar información. Nos hace capaces de percibir, aprender, pensar, expresar nuestras ideas. En general, nos hace tener una identidad personal. La memoria a corto plazo es la que guarda la información que necesitamos en el momento presente. La memoria a largo plazo conserva los conocimientos del mundo para utilizarlos posteriormente. Es como nuestra base de datos. En los recuerdos del pasado, existe una memoria procedimental que comprende los hábitos, los comportamientos que realizamos de manera automática y otra declarativa que incluye aquellos recuerdos de los que somos conscientes sobre lugares, objetos y acontecimientos. Dentro de esta memoria declarativa se encuentra la memoria episódica y la semántica. La primera de ellas es la capacidad de recordar eventos y experiencias específicas de nuestra vida. Nos permite recordar detalles como el contexto, las emociones, las personas involucradas, etc. Por otro lado, la memoria semántica se refiere al conocimiento general que tenemos sobre el mundo. En esta memoria se almacenan conceptos, hechos y significados que no están asociados directamente con experiencias personales. Por</p>

ejemplo, recordar la capital de un país, etc. No existe un lugar concreto en el cerebro donde se almacenan los recuerdos. La memoria consta de varios sistemas que nos permiten adquirir, retener y recuperar la información del entorno. Por lo tanto, no se trata de estructuras concretas, sino de redes neuronales. Se ha demostrado que la pérdida de neuronas en el lóbulo temporal y en el hipocampo afecta a la capacidad de adquirir nuevos recuerdos. El lóbulo frontal almacena recuerdos semánticos y episódicos. El cerebelo juega un papel importante en el almacenamiento de recuerdos procedimentales. La amígdala es vital para la formación de recuerdos emocionales, etc. (ver Imagen 2).

Duración: 20 minutos.

Materiales: power point, pantalla digital o proyector, mesas y sillas.

3) Actividad grupal “Historia encadenada”:

Objetivo: Identificar qué estrategias utilizan las personas participantes para recordar.

Desarrollo: La persona que dirige el grupo lee en voz alta una frase que estará proyectada en la pantalla. Dicha frase es el comienzo de una historia. Cada uno de los participantes del grupo debe añadir una frase para completarla. Después de crear la historia, los participantes deberán escribirla en su cuaderno de actividades y después, se comentará de manera grupal qué estrategias han utilizado para recordar los detalles de la historia. Esta actividad da pie a “las estrategias para mejorar la memoria” que será el contenido que se explique en la siguiente sesión.

Duración: 20 minutos.

Materiales: power point, pantalla digital o proyector, mesas, sillas y el cuadernillo de actividades.

4) Presentación de la tarea para casa “Ordenando mis recuerdos: clasificación según el tipo de memoria”:

Objetivo: Generalizar el aprendizaje y promover el reconocimiento de los distintos tipos de memoria.

Desarrollo: En esta actividad se utilizará el cuaderno de actividades para presentar diferentes imágenes o frases. Estas están relacionadas con diversos recuerdos y experiencias. Las personas participantes deberán clasificarlas según los diferentes tipos de memoria. Por ejemplo, una imagen con la siguiente suma: $2+2=4$. Esto sería recuerdo semántico, ya que es un conocimiento general. Otro ejemplo podría ser una imagen de una persona montando en bicicleta. Esto sería un recuerdo procedimental, ya que remite a una habilidad aprendida y automatizada, etc.

Duración: 5 minutos.

Materiales: power point, pantalla digital o proyector, mesas, sillas y el cuadernillo de actividades.

Tabla 6. Sesión 6: Conociendo las estrategias de memoria.

Descripción:

Al principio de esta sesión se comparte la tarea para casa de la sesión anterior. Posteriormente, se lleva a cabo una psicoeducación sobre estrategias de memoria, centrándonos en la mnemotecnia de la palabra clave. A continuación, se realiza un ejercicio grupal para poner en práctica dicha estrategia. Por último, se explica la tarea para casa de esta semana, que consistirá en un registro de fenómenos de punta de la lengua.

Actividades que conforman la sesión:

1) Revisión de la tarea para casa “Ordenando mis recuerdos: clasificación según el tipo de memoria”:

Objetivo: Ofrecer retroalimentación sobre la clasificación de diferentes imágenes en función del tipo de memoria.

Desarrollo: En esta actividad se corrige la tarea para casa de clasificación según el tipo de memoria. De esta manera, la persona encargada de dirigirla comienza describiendo la imagen, luego pregunta a los participantes qué tipo de memoria es el correcto y finalmente, indica si es o no correcto y por qué.

Duración: 10 minutos.

Materiales: power point, pantalla digital o proyector, mesas, sillas y el cuadernillo de actividades.

2) Píldora formativa “¿Cómo mejorar mi memoria? Las estrategias mnemotécnicas”:

Objetivo: Aprender qué son las estrategias mnemotécnicas, por qué utilizarlas y en concreto, la mnemotecnia de la palabra clave.

Desarrollo: La mnemotecnia son estrategias memorísticas que facilitan el recuerdo de información que ha sido almacenada en la memoria. Es una habilidad que se aprende, se practica, y por lo tanto, requiere esfuerzo. Lo primero que debemos de tener en cuenta es prestar atención. No podemos recordar aquello que ignoramos. Además, para aprender un tema, cuanto más lógico sea, más fácil será aprenderlo, al igual que el contenido sea significativo. Por otro lado, la información también debe estar organizada para ser mejor recordada. Finalmente, cuando relacionamos un contenido nuevo con algo que ya conocíamos es más fácil recordarlo.

La mnemotecnia de la palabra clave fue creada por Atkinson. Elaboró esta estrategia para aprender vocabulario de lenguas diferentes a la propia. Esta estrategia consta de dos partes: un vínculo acústico y un vínculo de imagen. El vínculo acústico es el que determina qué información se desea aprender y el vínculo de imagen es la creación de una imagen mental de la palabra clave que se escogió. De esta manera cuando se quiera recordar la palabra original, se evocará la imagen mental que permitirá recordar su significado. La base fundamental de esta técnica es convertir una

información que anteriormente no era conocida en familiar. El vínculo acústico debe ser lo más parecido posible a la palabra que se desea aprender. Por ejemplo, la palabra “happy” en inglés (feliz) con la palabra “papi” en español. Además, la palabra escogida como clave debe facilitar la elaboración de una imagen recordable. Así en el ejemplo podemos recordar a nuestro padre feliz.

Duración: 20 minutos.

Materiales: power point, pantalla digital o proyector, mesas y sillas.

3) Actividad grupal “Practicamos la mnemotecnia de la palabra clave”:

Objetivo: Desarrollar la estrategia de la mnemotecnia de la palabra clave. Fomentar la capacidad de recordar y retener información de manera más efectiva.

Desarrollo: En esta actividad, se proporcionará a las personas participantes una lista de 15 palabras en inglés junto con su significado, que deberán aprender utilizando el método de la palabra clave. Para ello, se les pedirá que seleccionen una palabra clave que suene similar a la palabra original. A continuación, deberán crear una imagen mental que relacione el significado de la palabra original con la palabra clave. Cada paso del proceso, deberá ser registrado en el cuadernillo de actividades. Una vez que los participantes hayan memorizado las palabras, se llevará a cabo una puesta en común sobre qué palabras han utilizado y qué imágenes han elaborado.

Duración: 20 minutos.

Materiales: power point, pantalla digital o proyector, mesas, sillas y el cuadernillo de actividades.

7) Presentación de la tarea para casa “En busca de las palabras perdidas: autorregistro de fenómenos de la punta de la lengua (PDL)”:

Objetivo: Normalizar, aumentar la consciencia y comprensión del PDL.

Desarrollo: El PDL implica dificultad para recordar palabras que conocemos, caracterizada por la sensación de que estamos a punto de recordarlas. A veces, podemos recordar detalles y significados relacionados, pero la parte específica del sonido o del nombre no está disponible. Esto sucede porque la información necesaria para acceder a esa palabra no se transmite lo suficiente en nuestro cerebro. Esto puede ser causado por no utilizar esa palabra con frecuencia, no utilizarla frecuentemente, o a la edad, ya que las conexiones se debilitan.

Durante la semana, las personas participantes deberán registrar los PDL que tengan y observar si utilizan alguna estrategia para recordar esas palabras.

Duración: 10 minutos.

Materiales: power point, pantalla digital o proyector, mesas, sillas y el cuadernillo de actividades.

Tabla 7. Sesión 7: Conociendo el estrés.

Descripción:
<p>Para comenzar la sesión se revisará la tarea para casa de la semana anterior. Después, se ofrecerá una píldora formativa sobre los efectos del estrés en la salud cognitiva. A continuación, se realizará una actividad grupal para practicar la respiración diafragmática y la relajación muscular profunda. Finalmente, se presentará la tarea para casa, que consistirá en completar un autorregistro de relajación.</p>
Actividades que conforman la sesión:
<p>1) Revisión de la tarea para casa “En busca de las palabras perdidas: autorregistro de fenómenos de la punta de la lengua”:</p> <p>Objetivo: Ofrecer retroalimentación y comprensión ante los PDL registrados.</p> <p>Desarrollo: En esta actividad se compartirán los autorregistros de las personas participantes sobre los PDL que han experimentado a lo largo de la semana. Cada persona tendrá la oportunidad de compartir sus experiencias. También se debatirán estrategias para poder acceder a esa palabra objetivo como, por ejemplo, reflexionar sobre el contexto en el que normalmente se utiliza esa palabra, describir las características de la palabra que se quiere recordar, distraerse, descansar, etc.</p> <p>Duración: 10 minutos.</p> <p>Materiales: power point, pantalla digital o proyector, mesas, sillas y el cuadernillo de actividades.</p> <p>2) Píldora formativa “¿Cómo influye el estrés en nuestra salud cognitiva”:</p> <p>Objetivo: Proporcionar información y estrategias para los efectos que causa el estrés en la salud cognitiva.</p> <p>Desarrollo: Todos experimentamos estrés en algún momento de nuestras vidas. Es una reacción adaptativa del organismo. El estrés tiene tres componentes: el factor que lo causa, la evaluación que hacemos de la situación y la respuesta que damos. Cada factor puede provocar una respuesta diferente según la persona, ya que depende de experiencias previas, expectativas, etc.</p> <p>El sistema nervioso autónomo se activa ante situaciones estresantes. Esto hace que aumente la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la tensión muscular y la transpiración. Además, también se activa el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal. El cual es adaptativo cuando su acción es breve, pero muy perjudicial cuando se mantiene. También se ha encontrado que tanto los niveles bajos como altos de estrés deterioran la memoria, mientras que los intermedios la facilitan. Cuando este se vuelve crónico se dan cambios en la forma y estructura del cerebro. Por ejemplo, cambia la forma del hipocampo, ya que se reducen las conexiones entre las neuronas y, entre las ya existentes, se producen fallos. También se ha encontrado que la autoestima baja aumenta la vulnerabilidad al estrés. Las personas con baja autoestima, al igual que las personas con depresión, tienen un volumen del hipocampo menor y</p>

esto se relaciona con mayor grado de deterioro. También se ha encontrado que la elevación del cortisol que se produce a lo largo de los años en personas mayores está relacionada con un menor nivel del volumen del hipocampo y el rendimiento en tareas de memoria. Por último, cada vez más datos señalan que la exposición crónica al estrés aumenta la probabilidad de desarrollar deterioro.

Duración: 20 minutos.

Materiales: power point, pantalla digital o proyector, mesas y sillas.

3) Actividad grupal “A dos metros de distancia con el estrés”, práctica de la respiración diafragmática y de la relajación muscular profunda:

Objetivo: Conocer y practicar dos técnicas de desactivación fisiológica, la respiración diafragmática y la relajación muscular profunda.

Desarrollo: Nuestra forma de respirar refleja e influye en nuestro estado emocional. Ante un estado de relajación, nuestra respiración es más plena y profunda, y surge desde el abdomen. Si conseguimos cambiar nuestro modelo de respiración del pecho al abdomen, podremos transformar nuestra respiración en una herramienta interna de control del estrés. Se explica a los participantes cómo se realiza la respiración diafragmática de manera teórica y práctica. Después de comprender y practicar cómo se respira de forma abdominal, daremos lugar a la relajación muscular profunda. En esta actividad, las personas participantes deben estar sentadas en sus sillas con las manos sobre su regazo, sus piernas ligeramente separadas y apoyadas en el suelo, su espalda pegada a la silla y con los ojos cerrados. En ese momento, la persona encargada de dirigir la actividad deberá encender un audio de música relajante y leer el siguiente guión (ver ANEXO 6).

Duración: 20 minutos.

Materiales: sillas y altavoces.

4) Presentación de la tarea para casa “Dejando ir al estrés: autorregistro de relajación y respiración abdominal”:

Objetivo: Fomentar la práctica regular de las dos técnicas de desactivación fisiológica.

Desarrollo: Se proporcionará a las personas participantes un autorregistro semanal para practicar la relajación muscular profunda mientras realizan la respiración abdominal. Para la práctica de estas técnicas se manda a los participantes un audio con la técnica. En dicho autorregistro las personas participantes deberán completar a qué hora comienzan la relajación, qué nivel de relajación consideran que han alcanzado y a qué hora finalizan la relajación (ver ANEXO 7).

Duración: 5 minutos.

Materiales: power point, pantalla digital o proyector, mesas, sillas y el cuadernillo de actividades.

Tabla 8. Sesión 8: Conociendo la atención.

Descripción:
<p>Para comenzar la sesión se revisará la tarea para casa de la semana anterior. Después, se ofrecerá una píldora formativa sobre la atención, sus bases psicobiológicas, cómo funciona y cómo mejorarla. A continuación, se realizará una práctica de mindfulness. Finalmente, se presentará la tarea para casa que consistirá en un autorregistro de mindfulness.</p>
Actividades que conforman la sesión:
<p>1) Revisión de la tarea para casa “Dejando ir al estrés: autorregistro de relajación y respiración abdominal”:</p> <p>Objetivo: Ofrecer retroalimentación sobre las técnicas practicadas durante la semana.</p> <p>Desarrollo: En esta actividad de revisión de la tarea para casa, se compartirán los autorregistros de las personas participantes sobre la respiración abdominal y la relajación muscular profunda. Cada persona tendrá la oportunidad de compartir sus experiencias sobre la práctica, cómo se sintieron, de qué forma la realizaron, etc.</p> <p>Duración: 10 minutos.</p> <p>Materiales: power point, pantalla digital o proyector, mesas, sillas y el cuadernillo de actividades.</p> <p>2) Píldora formativa sobre atención, bases psicobiológicas. “¿Cómo funciona nuestra atención y cómo podemos mejorarla?”:</p> <p>Objetivo: Fomentar el conocimiento sobre las bases psicobiológicas de la atención, su funcionamiento y cómo mejorarla.</p> <p>Desarrollo: La atención es un proceso fundamental. Su función es seleccionar aquellos estímulos que son relevantes para llevar a cabo una acción determinada. Depende de nuestros intereses, expectativas y experiencias pasadas, por lo que requiere implicación y esfuerzo. Nos permite enfocar nuestros sentidos sobre una información determinada, seleccionar lo relevante y rechazar lo irrelevante. La atención no está relacionada con una única estructura anatómica, sino que es una red de conexiones corticales y subcorticales de predominio en el hemisferio derecho. La literatura determina la existencia de tres redes atencionales: 1) la red de alerta: tiene que ver con la vigilancia a un objetivo concreto. Se sustenta por la corteza prefrontal y parietal derechas, jugando un papel importante en tareas de atención sostenida, 2) red de orientación: capacidad de seleccionar información relevante y específica. Depende de zonas del córtex parietal posterior derecho, el colículo superior y el núcleo pulvinar del tálamo. Estas estructuras participan en los cambios de foco de atención y 3) red ejecutiva: encargada de ejecutar tareas cognitivas complejas. Aquí se encontraría entre otras la atención dividida. Por ejemplo, conducir mientras voy hablando con el copiloto, etc. Un fallo en esta red daría lugar a</p>

problemas de concentración, distracción, etc. Depende de las zonas del cíngulo anterior, prefrontales, el caudado, el orbitofrontal y el sistema frontal superior.

La atención plena es la práctica de dirigir la atención deliberadamente, sin juzgar, para observar el desarrollo de cada momento a medida que tiene lugar. El entrenamiento de atención plena impacta el control ejecutivo de la atención. Además, cada vez hay más evidencia de que esta práctica reduce el pensamiento desorientado o la distracción mental en adultos mayores sanos. Estas reducciones en la propensión a divagar brindan un apoyo preliminar de que la meditación puede mejorar la capacidad de priorizar la información relevante y eliminar o descartar la irrelevante.

Duración: 25 minutos.

Materiales: power point, pantalla digital o proyector, mesas y sillas.

3) Actividad grupal “Practicando la atención plena”:

Objetivo: Aumentar la capacidad de estar consciente en el momento presente.

Desarrollo: En esta actividad, se guiará a las personas participantes a través de una práctica de mindfulness. Se les pedirá que cierren los ojos y se les invita a dirigir su atención hacia diferentes aspectos de su experiencia presente, como la respiración, las sensaciones corporales, los sonidos ambientales y las emociones que surjan (ver ANEXO 8). Durante la práctica, se les animará a observar sus experiencias sin ser juzgadas/os, permitiendo que los pensamientos vengan y se vayan de la misma manera en la que vinieron. Se les recordará que, si sus mentes se distraen, simplemente tienen que volver a dirigir su atención a la experiencia presente, ya sea su respiración o cualquier otro punto de anclaje. Después de la práctica, se dedicará un tiempo para que las personas compartan sus experiencias, cualquier cambio o sensación que hayan notado en la práctica y cualquier posible duda que les surja.

Duración: 20 minutos.

Materiales: sillas y altavoces.

4) Presentación de la tarea para casa “Atento al presente: autorregistro de atención plena”:

Objetivo: Fomentar la práctica regular de la atención plena.

Desarrollo: Se proporcionará a las personas participantes un autorregistro semanal para la práctica de la atención plena. Para facilitar la práctica de esta técnica se manda a los participantes un audio. En dicho autorregistro las personas participantes deberán registrar la fecha, la hora, la duración de la práctica, sus pensamientos, emociones y sensaciones físicas durante la realización de la misma (ver ANEXO 9).

Duración: 5 minutos.

Materiales: power point, pantalla digital o proyector, mesas, sillas y el cuadernillo de actividades.

Tabla 9. Sesión 9: Conociendo las inteligencias múltiples.

Descripción:
<p>Para comenzar la sesión, se revisará la tarea para casa de la semana anterior. Luego, se ofrecerá una breve explicación sobre la inteligencia social y relacional. A continuación, se llevará a cabo una actividad grupal en la que se discutirán y compartirán planes vitales orientados a envejecer de manera saludable y en compañía de otros. Por último, se explicará la tarea para casa, que consistirá en identificar y reflexionar sobre los valores que guían nuestra vida diaria.</p>
Actividades que conforman la sesión:
<p>1) Revisión de la tarea “Atento al presente: autorregistro de atención plena”:</p> <p>Objetivo: Ofrecer retroalimentación sobre la práctica de atención plena.</p> <p>Desarrollo: En esta actividad de revisión de la tarea para casa, se compartirán los autorregistros de las personas participantes sobre la atención plena. Cada persona tendrá la oportunidad de compartir sus experiencias sobre la práctica, cómo se sintieron, de qué forma la realizaron, etc.</p> <p>Duración: 10 minutos.</p> <p>Materiales: power point, pantalla digital o proyector, mesas, sillas y el cuadernillo de actividades.</p>
<p>2) Píldora formativa sobre inteligencia social y relacional, “Juntos somos más fuertes: la importancia de las relaciones sociales”:</p> <p>Objetivo: Promover la importancia de las relaciones sociales en el desarrollo vital y en la vejez.</p> <p>Desarrollo: La literatura demuestra que las personas que tienen vínculos sociales fuertes tienen menos riesgo de deterioro. Sin embargo, las personas que se sienten solas tienen un riesgo de pérdida cognitiva más rápido y de mortalidad mayor. Por ejemplo, las personas con relaciones cercanas tienen menores niveles de sustancias químicas inflamatorias como la interleucina-6 que está implicada en el Alzheimer, la artritis reumatoide, enfermedades cardiovasculares, etc. Además, las personas con una red social sólida tienen un 50% de probabilidad de vivir más tiempo que las aisladas. El contacto social activa y estimula nuestro cerebro. La amígdala, tiene un tamaño mayor en las personas con una red social sólida y extensa. Esto se relaciona con una mejor capacidad emocional y la habilidad de sobrellevar las dificultades. Está demostrado que las personas que encuentran significado en su vida son capaces de tolerar mejor las situaciones difíciles. Esta capacidad, que se llama resiliencia, cuenta con un componente motivacional relacionado con creer que se tiene un propósito en la vida. También tiene un componente cognitivo relacionado con la comprensión del mundo y la confianza de que tenemos los recursos para controlar nuestro comportamiento. Finalmente, existe un componente afectivo relacionado con</p>

el sentimiento de satisfacción y plenitud asociado a esa conducta orientada a nuestros valores. De esta manera, un alto propósito vital se relaciona con una menor probabilidad de desarrollar deterioro. Esto puede estar mediado por su impacto regulador del estrés y los marcadores inflamatorios, pero también se ha visto que incluso puede proporcionar una mayor resistencia a los cambios de la edad y reducir la acumulación de proteínas anormales y dañinas como beta-amiloide y tau.

Duración: 20 minutos.

Materiales: power point, pantalla digital o proyector, mesas y sillas.

3) Actividad grupal “Envejecer en comunidad: plan vital orientado a envejecer con los demás”:

Objetivo: Promover la importancia del componente social en el día a día y en la calidad de vida.

Desarrollo: El propósito o plan vital es un elemento clave en el envejecimiento a nivel psicológico, y tiene implicaciones a nivel cognitivo. Es importante sobre todo que nuestro propósito trascienda, es decir, deje huella. En grupos, los/as participantes deben escribir en tarjetas aquellos comportamientos que valoramos y nos proporcionan plenitud. Es importante que reflexionen sobre aquellos comportamientos que tienen un componente social. Finalmente, se realizará una puesta en común de manera grupal.

Duración: 20 minutos.

Materiales: cartulinas, bolígrafos o lápices, sillas y mesas.

4) Presentación de la tarea para casa: “Descubriendo nuestros valores: el pilar de nuestra vida”.

Objetivo: Fomentar la reflexión y el autoconocimiento sobre los valores personales y su influencia en la vida diaria.

Desarrollo: En el cuadernillo de actividades tendrán que rellenar una ficha con los valores que consideren importantes en su vida diaria. Pueden ser valores relacionados con la familia, los amigos, la salud, el trabajo, etc. Además, deberán reflexionar sobre cómo pueden o podrían aplicar esos valores en su comportamiento cotidiano y cómo eso puede contribuir a una mayor plenitud y bienestar consigo mismos. En muchas ocasiones, el estrés, la presión social, el desconocimiento, etc. nos llevan a realizar conductas que están en contra de nuestros valores. Saber identificarlas sin juzgarnos, sino reconociéndolas y aprendiendo de ellas, fomenta nuestra autocompasión y nos dirige hacia aquello que queremos conseguir.

Duración: 10 minutos.

Materiales: power point, pantalla digital o proyector, mesas, sillas y el cuadernillo de actividades.

Tabla 10. Sesión 10: Cierre del programa.

Descripción:
<p>Esta es la última sesión del programa de salud cognitiva. En esta sesión, se comenzará compartiendo la actividad para casa de la semana pasada. Luego, se realizará un breve repaso del contenido del curso, recordando los temas principales que se abordaron. A continuación, se llevará a cabo un trivial grupal que también servirá para repasar lo aprendido en el programa. Por último, se realizará una evaluación grupal del programa y se despedirá a las personas participantes del programa.</p>
Actividades que conforman la sesión:
<p>1) Revisión de la tarea “Descubriendo nuestros valores: el pilar de nuestra vida”:</p> <p>Objetivo: Realizar una retroalimentación y un reforzamiento positivo acerca de los valores vitales de los participantes.</p> <p>Desarrollo: Se pregunta a los participantes qué tal ha ido la semana y cómo han llevado la tarea para casa. Se les pide que cuenten si la tarea les ha resultado fácil, difícil, atractiva, si los/as ha llevado a la reflexión, etc. Se da una puesta en común de qué valores existen en la vida de cada una de las personas participantes. Cuando una persona habla, el resto escucha y valida su aportación, así sucesivamente hasta que todos/as hayan participado.</p> <p>Duración: 10 minutos.</p> <p>Materiales: power point, pantalla digital o proyector, mesas, sillas y el cuadernillo de actividades.</p> <p>2) Repaso del contenido del curso, “¿Qué hemos aprendido?”:</p> <p>Objetivo: Promover el recuerdo de los conceptos más relevantes del programa.</p> <p>Desarrollo: Se destacan a modo de resumen los conceptos más relevantes de cada sesión del programa. En primer lugar, se pregunta a las personas participantes qué recuerdan sobre un contenido determinado y después se expone un breve resumen de lo trabajado en el programa. Además, también se resuelven las posibles dudas que anteriormente no hayan surgido o conceptos que no han quedado claros.</p> <p>Duración: 20 minutos.</p> <p>Materiales: power point, pantalla digital o proyector, mesas y sillas.</p> <p>3) Actividad grupal, “El trivial de la salud cognitiva”:</p> <p>Objetivo: Repasar los contenidos del programa a través de una actividad lúdica.</p>

Desarrollo: Esta actividad consiste en un trivial de preguntas con cuatro alternativas de respuesta que deberán responder por equipos. Para jugar, se pondrá encima de la mesa un tablero diseñado para esta actividad (ver ANEXO 10). Dicho tablero contará con diferentes piezas para que los grupos puedan moverse en él y diferentes casillas en función de cada una de las categorías. Las categorías son las siguientes: 1) Cambios cerebrales: enfocado a la sesión 1, 2) Hábitos saludables: sesiones 3, 4 y 9, 3) Demencias: sesión 2, 4) Estrés: sesión 7, y 5) Estrategias cognitivas: sesión 5, 6 y 8. Las preguntas están enfocadas al contenido de las sesiones del programa y deberán ser debatidas por el equipo antes de contestarlas. Para contestar la pregunta, el equipo deberá elegir un portavoz, quien será el que diga en voz alta la respuesta. Cada vez que un equipo acierte una pregunta se lleva un punto. En el caso de que se acierten las preguntas de las casillas centrales se llevarán tres puntos. El equipo que consiga más puntos será el ganador.

Duración: 20 minutos.

Materiales: tablero, tarjetas con las preguntas, piezas del juego, mesas y sillas,

4) Evaluación grupal del programa y despedida:

Objetivo: Conocer el grado de satisfacción grupal con el programa de salud cognitiva.

Desarrollo: Se realizan preguntas abiertas al grupo de participantes sobre la satisfacción con el programa. Por ejemplo, ¿qué consideraréis que habéis aprendido con el programa?, ¿de qué forma habéis visto este programa útil en vuestra vida diaria?, ¿qué os ha gustado más del programa? y ¿qué cosas mejoraríais del programa?

Duración: 10 minutos.

Materiales: power point, pantalla digital o proyector, mesas y sillas.

2.7. Temporalización.

Las acciones se desarrollarán a lo largo de un periodo de 4 meses. En el primer mes, se llevará a cabo la fase de divulgación y publicidad del programa. En ella se proporcionará a las personas interesadas un tríptico con los siguientes contenidos (ver ANEXO 11): 1) objetivos del programa, 2) destinatarios, 3) cuándo y dónde tendrá lugar, 4) contenidos y 5) plazos de inscripción y cómo reservar. A continuación, se llevará a cabo la selección de las personas participantes y las evaluaciones pre-intervención. Posteriormente, se procederá a la ejecución del programa, siendo esta fase la más extensa, con una duración de dos meses y medio. El programa se compone de 10 sesiones, las cuales se realizarán semanalmente con una duración de una hora por sesión. Los días de las sesiones se determinarán en función de la disponibilidad y

predisposición de las personas participantes. En caso de que alguna de las sesiones coincida con un día festivo, se realizarán los ajustes necesarios considerando las preferencias de las personas participantes. La fase final del programa incluye la evaluación post-intervención, la cual se llevará a cabo al finalizar el programa, y el seguimiento, programado para evaluar los resultados seis meses después. Para una representación más esquemática y visual de las sesiones, se tomará como ejemplo que las mismas se realizarán los miércoles de 11:30-12:30 (ver Tabla 1).

Tabla 11. Ejemplo de temporalización de las actividades:

FASES	ACTIVIDADES	FECHAS
INICIAL	Difusión del programa	1-30 de septiembre
	Selección de las personas participantes	2-6 de octubre
	Evaluación pre-intervención	9-13 de octubre
EJECUCIÓN	Sesión 1	18 de octubre
	Sesión 2	25 de octubre
	Sesión 3	2 de noviembre - cambio de fecha por festivo (Día de todos los Santos).
	Sesión 4	8 de noviembre
	Sesión 5	15 de noviembre
	Sesión 6	22 de noviembre
	Sesión 7	29 de noviembre
	Sesión 8	7 de diciembre - cambio de fecha por festivo (Día de la Constitución Española).
	Sesión 9	13 de diciembre
	Sesión 10	20 de Diciembre
FINAL	Evaluación post-intervención	27-28-29 de diciembre
	Seguimiento	5-9 de junio

2.8. Evaluación.

Con la finalidad de evaluar la eficacia del programa, que se deriva de la consecución de los objetivos planteados anteriormente, se lleva a cabo una evaluación pre-post intervención y una evaluación de seguimiento. Es importante destacar que en todas estas evaluaciones se emplearán los mismos instrumentos, lo cual garantiza una medición consistente y comparativa a lo largo del programa. Tan solo habrá un instrumento que se administre en la evaluación post-intervención y seguimiento que no se haya administrado en la pre-intervención, el cuestionario de satisfacción con el programa elaborado ad-hoc. Los instrumentos empleados en estas evaluaciones serán los siguientes:

- ***Cuestionario de datos sociodemográficos y estilo de vida elaborado ad-hoc para esta investigación:*** Se trata de un cuestionario de datos sociodemográficos (edad, sexo, nivel educativo, ocupación laboral, enfermedades, etc.) y estilo de vida (fumador/a o no, sedentario/a o activo/a, tipo de alimentación, actividades de ocio, etc.). Ver ANEXO 12.
- ***EQ-5D. Cuestionario de Salud para evaluar la Calidad de vida*** (Badia et al., 1999). Evalúa el valor social del estado de salud y la evaluación del propio estado de salud general de un individuo. El cuestionario está compuesto por una descripción del propio estado de salud en cinco dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Cada una de ellas presenta tres niveles de gravedad: sin problemas (1); algunos problemas/moderados (2), y muchos problemas (3). La persona evaluada debe de marcar el nivel de gravedad, dentro de cada una de las dimensiones que mejor describa su estado de salud actual teniendo una puntuación que puede ir de 5 (sin problemas en ninguna área) a 15 (muchos problemas en todas las áreas). Además, el EQ-5D también contiene una escala visual analógica, vertical de 20 cm con forma de termómetro. Sus etiquetados van de “peor estado de salud imaginable” a “mejor estado de salud imaginable” con un rango de puntuación que va del 0 al 100 respectivamente. La persona evaluada debe de marcar con una línea el punto en el que considera que se encuentra su estado de salud actual (ver ANEXO 13).
- ***Cuestionario de satisfacción elaborado ad-hoc para este programa:*** Encuesta diseñada con el objetivo de evaluar la satisfacción del programa por parte de las

personas participantes (ver ANEXO 14). En general, incluye cuestiones sobre cómo han experimentado el programa, si ha sido de su agrado y de utilidad y si lo recomendarían a personas conocidas, etc. La encuesta está formada por 10 preguntas de respuesta dicotómica (sí/no) y dos preguntas abiertas en las que deben indicar lo que más les ha gustado del programa y lo que menos, además de propuestas de mejora para futuros programas.

- **CFM. Cuestionario abreviado de Funcionamiento de la Memoria** (Gilewski et al., 1990; validación al español de Rubio y Portero, 2008). Se trata de un cuestionario de 31 ítems que evalúa la autopercepción del funcionamiento de la memoria (ver ANEXO 15). Está compuesto por cuatro factores: 1) memoria cotidiana, 2) recuerdo de textos, 3) recuerdo del pasado y 4) estrategias mnemotécnicas. Presenta adecuadas propiedades psicométricas, siendo sus valores de alfa de Cronbach 0.72 para memoria cotidiana, 0.78 recuerdo de textos, 0.90 recuerdo del pasado, 0.81 estrategias mnemotécnicas y la total 0.81.
- **CRIq. Cuestionario de Reserva Cognitiva** (Nucci et al., 2012). Se trata de un cuestionario que evalúa la reserva cognitiva. En concreto, se divide en tres secciones: 1) CRI-Escuela: grado de escolarización, 2) CRI-Trabajo: tipo y número de años de actividad laboral y 3) CRI-Tiempo libre: actividades que normalmente se desarrollan fuera de los horarios académicos o laborales, actividades estimulantes desde el punto de vista cognitivo (ver ANEXO 16).
- **MFE. Cuestionario de fallos de memoria** (Sunderland et al., 1984; adaptación de García y Sánchez-Cánovas, 1994). Este instrumento evalúa la frecuencia de olvidos cotidianos (ver ANEXO 17). En concreto, evalúa las siguientes categorías: 1) hablar, leer y escribir, 2) nombres y caras, 3) acciones y 4) aprender cosas nuevas. Este cuestionario está compuesto por 28 ítems que se responden mediante una escala tipo Likert con 3 opciones de respuesta: 1- no le ocurre nunca o le ocurre rara vez, 2- le ocurre alguna vez o pocas veces y 3- le ocurre muchas veces. Presenta adecuadas propiedades psicométricas, teniendo una consistencia interna cuyo valor de alfa de Cronbach es 0,83. Además, cuenta con datos normativos para población española mayor de 64 años.
- **SAGE. Cuestionario de Cribado Cognitivo** (Scharre et al., 2014). Es una prueba cognitiva de cribado breve autoadministrada que sirve para identificar deterioro cognitivo. El tiempo promedio para completar la prueba es de 15 minutos. Se divide en 6 dominios: orientación, lenguaje, razonamiento, visoespacial,

ejecución y memoria. Su puntuación máxima es de 22. Una puntuación de 17 o más se considera dentro de la normalidad, de 15-16 leves deficiencias y de 0 a 14 afecciones más graves (ver ANEXO 18).

- **CENVE. Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez** (Blanca et al., 2005). Este cuestionario está formado por 15 ítems y presenta tres factores: 1) factor salud, 2) factor motivacional-social y 3) factor carácter-personalidad. El formato de respuesta se ajusta a un modelo tipo Likert que va de 1 (muy en desacuerdo) a 4 (muy de acuerdo). La puntuación para cada factor puede oscilar entre 5 y 20 puntos, encontrándose estereotipo negativo entre 12,5-20 (Gutiérrez y Mayordomo, 2019). La puntuación máxima es 60 y se considera un estereotipo negativo entre 37,5-60. Presenta adecuadas propiedades psicométricas, cuyos valores de alfa de Cronbach son 0,67 para el factor salud, 0,64 para el motivacional-social y 0,66 para carácter-personalidad (ver ANEXO 19).

Además, también se realizará una evaluación continua entre sesiones. Esta consiste en recopilar información y realizar un seguimiento regular del progreso de las personas participantes a lo largo del programa. Para realizar esta evaluación se emplea un **registro de evaluación continua elaborado ad-hoc para este programa** (ANEXO 20). Este instrumento consiste en un total de 15 ítems que evalúan diferentes aspectos del desempeño y la participación de las personas que componen en grupo a lo largo de las sesiones del programa. Cada ítem se responde a través de una pregunta de sí/no y se proporciona una casilla adicional para incluir observaciones o datos relevantes que justifiquen la respuesta seleccionada. Los ítems del instrumento evalúan diversos aspectos, como la contribución activa de las personas participantes durante la sesión, la comprensión de los conceptos tratados, etc. Este registro se rellena después de cada sesión por la persona que dirige el programa.

3. Estimación de resultados y discusión.

Se espera que el programa de intervención propuesto en este Trabajo de Fin de Máster (TFM) genere mejoras en las actitudes y comportamientos de las personas participantes. En concreto, se espera aumentar la sensación de control de sus capacidades cognitivas, fomentar el uso de estrategias de memoria y atención en su día a día, al igual que aumentar los hábitos de estilo de vida saludables, seguir formándose y aprendiendo nuevas habilidades, etc.

En el programa Jog Your Mind (Laforest et al., 2017; Parisien et al., 2016) que guarda grandes similitudes con el programa expuesto en este TFM se encontró que el grupo de tratamiento mejoró en la sensación de control sobre las capacidades cognitivas, el uso de estrategias de memoria y practicar más actividad física y actividades estimulantes que el grupo control. Las similitudes que este programa guarda con el expuesto en este trabajo son: 1) que el programa se ha realizado a través de la cocreación; 2) el número de sesiones; 3) grupos reducidos y; 4) algunas áreas temáticas, como, por ejemplo, estrategias de memoria, hábitos saludables, manejo del estrés, etc. Aun así, los temas no se abordan ni en el mismo orden, ni a través de las mismas técnicas, ni actividades. Además, este programa es implementado por voluntarios/as o profesionales comunitarios no especializados. Sin embargo, en el caso del programa expuesto en este TFM, se exige como requisito mínimo que la persona encargada de administrar el programa sea un/a profesional de la psicogerontología.

Por otro lado, en el programa Keep your Brain Fit (Reijnders, van Heugten & van Boxtel, 2015) en el que participaron un total de 145 adultos de entre 40 a 65 años los resultados mostraron que, después del programa: menos de la mitad de las personas participantes cometía menos errores cognitivos; sus errores no les molestaban tanto; tenían menos miedo a padecer demencia y se sentían más capaces de hacer frente a retos cognitivos. En el seguimiento (tres semanas) se observó que las emociones negativas hacia el funcionamiento cognitivo aumentaron. Sin embargo, respondieron menos participantes que al principio (n=35). Las similitudes con este programa son principalmente el enfoque psicoeducativo, el trabajo a través de grupos reducidos y algunas de las temáticas abordadas como, por ejemplo, factores de estilo de vida asociados a la salud cognitiva y un módulo de memoria enfocado a errores cotidianos de la vida diaria y factores que influyen en ellos. Sin embargo, se encuentran numerosas diferencias, ya que el mismo se estructura en tres módulos de dos horas cada uno, impartidos por un psicólogo/a o un médico/a, y el tiempo de la evaluación de seguimiento es bastante reducido (tres semanas). Lo mismo ocurre con la versión online del programa (cuyos contenidos, estructura y procedimientos son los mismos). En este se encontró que, después de la intervención, el grupo experimental informó de más sentimientos de estabilidad con respecto al funcionamiento cognitivo (Reijnders, Geusgens, Ponds & van Boxtel, 2015).

Por lo tanto, se anticipa que los resultados obtenidos en esta propuesta superen a los obtenidos en los programas anteriormente mencionados. Esta estimación se atribuye

a varios factores claves. En primer lugar, la inclusión de un profesional especializado en psicogerontología como facilitador del programa brinda un nivel de conocimiento y experiencia adicional en el abordaje de la salud cognitiva de las personas mayores. Además, la metodología del co-diseño es un elemento que contribuye significativamente a la optimización de los resultados. De esta manera, se ha podido tener en cuenta las características individuales, las preferencias y necesidades de las personas destinatarias del programa. Además, la ampliación del tiempo de seguimiento a 6 meses proporciona una oportunidad de evaluar de manera más exhaustiva el impacto del programa a largo plazo. De igual manera, otro factor que se espera que contribuya a obtener mejores resultados es la incorporación de actividades y tareas para casa como parte fundamental del programa. Estas actividades proporcionan a las personas participantes la posibilidad de seguir entrenando y reflexionando sobre lo aprendido en las sesiones y promueven su generalización a la vida cotidiana.

No obstante, es importante señalar que este programa de intervención no está exento de limitaciones. La primera de ellas es la duración de las sesiones (una hora). Si bien esta duración fue determinada en las sesiones de co-diseño, se reconoce que este tiempo puede dificultar la profundidad del trabajo realizado durante las sesiones. Por lo tanto, se espera que, si finalmente este programa se lleva a cabo, sea necesario ampliar la duración de las sesiones para permitir un abordaje más completo y enriquecedor de los contenidos y las actividades propuestas. Una limitación adicional es la imposibilidad de pilotar este programa de intervención en el centro de prácticas. Debido a restricciones de tiempo y problemas de salud, el programa no ha podido ser administrado en ATEGAL. La retroalimentación de las personas usuarias de ATEGAL habrían sido de gran valor para este trabajo. Sin embargo, se ha podido obtener una retroalimentación por parte del personal que sin duda ha enriquecido esta propuesta.

A pesar de estas limitaciones, se espera que las fortalezas y las características distintivas del programa superen estas barreras y permitan obtener resultados significativos en términos de mejora de la salud cognitiva y la calidad de vida de las personas mayores. Sin embargo, para seguir promoviendo la salud cognitiva es necesario que se realicen más investigaciones e intervenciones sobre esta temática. Además, se requiere abordar los tabúes y miedos sociales que rodean la salud cognitiva en esta población, así como los estereotipos negativos asociados tanto a las personas mayores como a su salud cognitiva. A través de este tipo de intervenciones sería posible

fomentar una actitud más positiva hacia el envejecimiento y provocando así un cambio cultural que favorezca la participación y el bienestar de las personas mayores.

4. Referencias

- ATEGAL .(s.f.). *Sobre ATEGAL*. <https://ategal.com/somos/>
- Badia, X., Roset, M., Montserrat, S., Herdman, M. & Segura, A. (1999). The Spanish version of EuroQol: a description and its applications. European Quality of Life scale. *Medicina clínica*, 112, 79-85.
- Baltar, A. L., González, M. M., Vara-García, C., Alberto, L. G., Moreno, R. R., & Rodríguez, J. O. (2017). Impacto psicológico de las demencias en las familias: propuesta de un modelo integrador. *Clínica Contemporánea*, 8(1), 1-27.
- Baltes. P. B & Baltes, M. M. (1990). *Successful aging: Perspective from the behavioural sciences*. Cambridge University Press.
- Blanca, M., Sánchez, C. y Trianes, M. (2005). Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 15(4), 212-221.
- Bandura, A. (1987). *La Teoría del Aprendizaje Social*. Espasa Libros.
- Broche-Pérez, Y. (2018). Dimensiones para la promoción de la salud cognitiva y prevención de demencias. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44, 153-165.
- Crespo-Santiago, D., & Fernández-Viadero, C. (2011). Bases biomoleculares del envejecimiento neurocognitivo. *Psicogeriatría*, 3(1), 9-17.
- da Silva, R. A. P. C. (2015). Sleep disturbances and mild cognitive impairment: a review. *Sleep science*, 8(1), 36-41.
- Durazzo, T. C., Mattsson, N., Weiner, M. W., & Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. (2014). Smoking and increased Alzheimer's disease risk: a review of potential mechanisms. *Alzheimer's & Dementia*, 10, 122-145.
- Entre Mayores. (2023). *Lo que más nos gusta es que nos digan que somos como su familia elegida; somos el 'bien esencial' invisible que necesitan*. <https://www.entremayores.es/spa/ccaa.asp?var2=&var3=%27Lo%20que%20m%20Els%20nos%20gusta%20es%20que%20nos%20digan%20que%20somos%20co%20mo%20su%20familia%20elegida;%20somos%20el%20%91bien%20esencial%92%20invisible%20que%20necesitan%27&nar1=0&nar2=21&nar3=53143&nar5=1>

- Fick, D. M. (2016). Promoting cognitive health: some good news and a brief summary of the Institute of Medicine report Cognitive aging: progress in understanding and opportunities for action. *Journal of gerontological nursing*, 42(7), 4-6.
- Granados, S. H. B., & Cuéllar, Á. M. U. (2018). Influencia del deporte y la actividad física en el estado de salud físico y mental: una revisión bibliográfica. *Katharsis: Revista de Ciencias Sociales*, 25, 141-160.
- García Martínez, J., & Sánchez-Cánovas, J. (1994). Adaptación del cuestionario de fallos de memoria en la vida cotidiana (MFE). *Boletín de Psicología*, 43, 89-107.
- Gilewski, M.J., Zelinski, E. y Schaie, K.W (1990). The Memory Functioning Questionnaire for Assessment of memory complaints in adulthood and old age. *Psychology and Aging*, 5, 482-490.
- Gimeno, J. & Pérez, A. I. (2008). *Comprender y transformar la enseñanza*. Morata.
- Gómez-Soria, I., Iguacel, I., Aguilar-Latorre, A., Peralta-Marrupe, P., Latorre, E., Zaldívar, J. N. C., & Calatayud, E. (2022). Cognitive stimulation and cognitive results in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 104807.
- Gutiérrez, M. y Mayordomo, T. (2019). La discriminación por edad: un estudio comparativo entre estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 22(2), 53-69.
- Harada, C. N., Love, M. C. N., & Triebel, K. L. (2013). Normal cognitive aging. *Clinics in Geriatric Medicine*, 29, 737-752.
- Instituto Nacional de Estadística, (2022). *Notas de prensa: Proyecciones de Población 2022-2072*. https://www.ine.es/prensa/pp_2022_2072.pdf
- Kelly, M. E., Duff, H., Kelly, S., McHugh Power, J. E., Brennan, S., Lawlor, B. A., & Loughrey, D. G. (2017). The impact of social activities, social networks, social support and social relationships on the cognitive functioning of healthy older adults: a systematic review. *Systematic reviews*, 6(1), 1-18.
- Laditka, J. N., Laditka, S. B., & Lowe, K. B. (2012). Promoting cognitive health: A web site review of health systems, public health departments, and senior centers. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 27, 600-608.
- Laforest, S., Lorthios-Guilledroit, A., Nour, K., Parisien, M., Fournier, M., Ellemberg, D., ... & Bier, N. (2017). Attitudes and lifestyle changes following Jog your Mind: results from a multi-factorial community-based program promoting cognitive vitality among seniors. *Health Education Research*, 32(2), 184-196.

- Latorre-Santos, C. (2019). El envejecimiento de la población. Oportunidades y retos. *Revista ciencias de la salud*, 17(3), 6-8.
- Leone, A. P., & Couselo, D. (2022). Envejecimiento poblacional y políticas de cuidado.: Tensiones en torno a la formulación de políticas sociales. *Itinerarios de Trabajo Social*, (2), 79-86.
- Lorthios-Guilledroit, A., Parisien, M., Nour, K., Fournier, B., Guay, D., & Bier, N. (2020). Cognitive Health Promotion Program for Community-Dwelling Seniors: Who Are We Reaching?. *Journal of Applied Gerontology*, 39(6), 588-600.
- Loughrey, D. G., Lavecchia, S., Brennan, S., Lawlor, B. A., & Kelly, M. E. (2017). The impact of the Mediterranean diet on the cognitive functioning of healthy older adults: a systematic review and meta-analysis. *Advances in Nutrition*, 8(4), 571-586.
- Luethi, M., Meier, B., & Sandi, C. (2009). Stress effects on working memory, explicit memory, and implicit memory for neutral and emotional stimuli in healthy men. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 2, 5.
- Mace, R. A., Hopkins, S. W., Reynolds, G. O., & Vranceanu, A. M. (2022). My Healthy Brain: Rationale and Case Report of a Virtual Group Lifestyle Program Targeting Modifiable Risk Factors for Dementia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 29(4), 818-830.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). *Plan integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023)*. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/Plan_Integral_Alzheimer_Octubre_2019.pdf
- Navarrete, E., Prospéro, O., Hudson, R., & Guevara, R. (2000). Enfermedades neurodegenerativas que cursan con demencia. *Gaceta Médica de México*, 136(6), 189-200.
- Nucci, M., Mapelli, D., & Mondini, S. (2012) The cognitive Reserve Questionnaire (CRIq): a new instrument for measuring the cognitive reserve. *Aging clinical and experimental research*, 24, 218-26.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Proyecto de plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_28-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Directrices de la OMS para la reducción de los riesgos de deterioro cognitivo y demencia*.

<https://www.paho.org/es/documentos/directrices-oms-para-reduccion-riesgos-det-eroro-cognitivo-demencia>

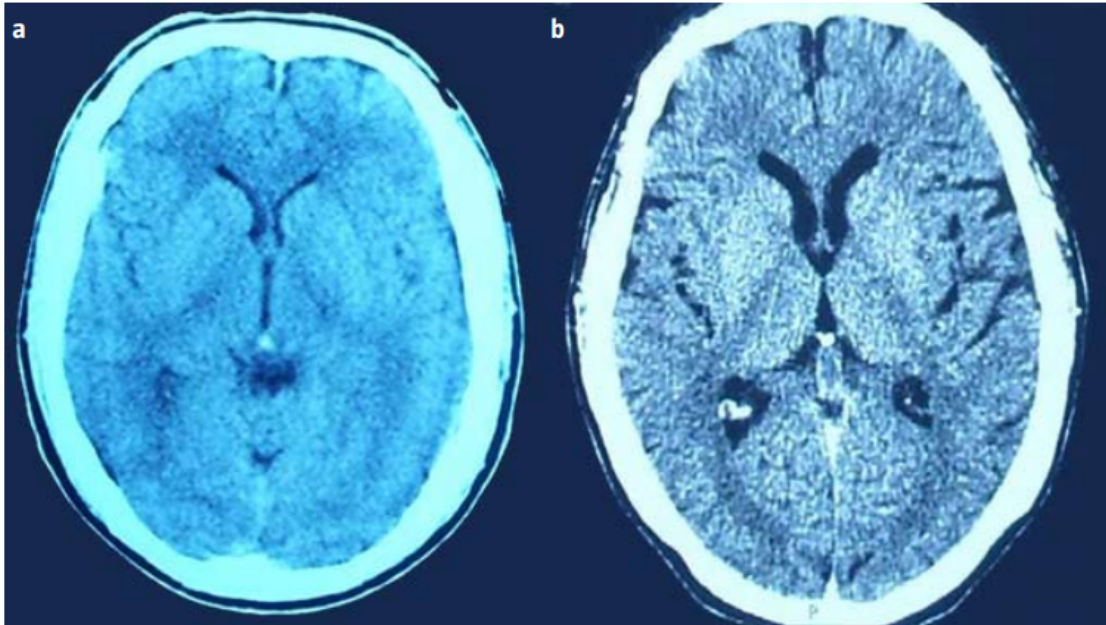
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Demencia*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia#:~:text=La%20demencia%20es%20el%20resultado,un%2070%25%20de%20los%20casos>.
- Parisien, M., Lorthios-Guillement, A., Bier, N., Gilbert, N., Nour, K., Guay, D., Langlois, F., Fournier, B., Laforest, S. (2016). Design and Implementation of a Community Program to Promote Cognitive Vitality Among Seniors. *American Journal of Health Education*, 47(2), 71-84.
- Park, D. C., & Reuter-Lorenz, P. (2009). The adaptive brain: aging and neurocognitive scaffolding. *Annual review of psychology*, 60, 173-196.
- Pascual-Leone, Á., Ibáñez, Á. F., & Bartrés-Faz, D. (2019). *El cerebro que cura*. Plataforma.
- Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., López, C. M., & Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista española de geriatría y Gerontología*, 51(4), 229-241.
- Prakash, R. S., Fountain-Zaragoza, S., Fisher, M., Gbadeyan, O., Andridge, R., Kiecolt-Glaser, J., ... & Canter, R. (2022). Protocol for a randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction to improve attentional control in older adults (HealthyAgers trial). *BMC geriatrics*, 22(1), 666.
- Prieto, D. C. (2017). Impacto económico del deterioro cognitivo y la demencia. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 52, 58-60.
- Reijnders, J., van Heugten, C., & van Boxtel, M. (2015). Keep Your Brain Fit! A Psychoeducational Training Program for Healthy Cognitive Aging: A Feasibility Study. *Educational Gerontology*, 41(8), 613- 620.
- Reijnders, J. S., Geusgens, C. A., Ponds, R. W., & van Boxtel, M. P. (2015). “Keep your brain fit!” Effectiveness of a psychoeducational intervention on cognitive functioning in healthy adults: A randomised controlled trial. *Neuropsychological Rehabilitation*, 27(4), 455-471.
- Rovio, S., Spulber, G., Nieminen, L. J., Niskanen, E., Winblad, B., Tuomilehto, J., ... & Kivipelto, M. (2010). The effect of midlife physical activity on structural brain changes in the elderly. *Neurobiology of aging*, 31(11), 1927-1936.
- Rowe, J. W., and Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440.

- Rubio, D. A., & Portero, C. F. (2008). Validación de la versión abreviada en español del Cuestionario de Funcionamiento de la Memoria (CFM) en una población mayor de 55 años. *Anales de Psicología*, 24(2), 320-326.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069.
- Scharre, D. W., Chang, S. I., Nagaraja, H. N., Yager-Schweller, J., & Murden, R. A. (2014). Community cognitive screening using the self-administered gerocognitive examination (SAGE). *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 26(4), 369-375.
- Serdio, C. (2009). Aprendizaje, constructivismo y vejez: Una lectura desde una experiencia educativa con personas mayores. *Revista Galego-Portuguesa de Psicología y Educación*, 17(1,2), 1138-1663.
- Stern, Y., Arenaza-Urquijo, E. M., Bartrés-Faz, D., Belleville, S., Cantilon, M., Chetelat, G., ... & Reserve, Resilience and Protective Factors PIA Empirical Definitions and Conceptual Frameworks Workgroup. (2020). Whitepaper: Defining and investigating cognitive reserve, brain reserve, and brain maintenance. *Alzheimer's & Dementia*, 16(9), 1305-1311.
- Sunderland, A., Harris, J. E., & Gleave, S. (1984). Memory Failures in Everyday Memory following severe head injury. *Journal of Clinical Neuropsychology*, 6, 127-142.
- Swaminathan, A., & Jicha, G. A. (2014). Nutrition and prevention of Alzheimer's dementia. *Frontiers in aging neuroscience*, 6, 282.
- Triadó, C., & Villar, F. (2014). *Psicología de la vejez*. Alianza Editorial.
- Xu, W., Wang, H., Wan, Y., Tan, C., Li, J., Tan, L., & Yu, J. T. (2017). Alcohol consumption and dementia risk: a dose-response meta-analysis of prospective studies. *European journal of epidemiology*, 32, 31-42.
- Yanguas, J. (2021). *Pasos hacia una nueva vejez: Los grandes retos sociales y emocionales de la madurez*. Imago Mundi.
- Yu, O. C., Jung, B., Go, H., Park, M., & Ha, I. H. (2020). Association between dementia and depression: a retrospective study using the Korean National Health Insurance Service-National Sample Cohort database. *BMJ open*, 10(10), e034924.

5. Imágenes.

Imagen 1. Cambios macroscópicos cerebrales del envejecimiento normativo.

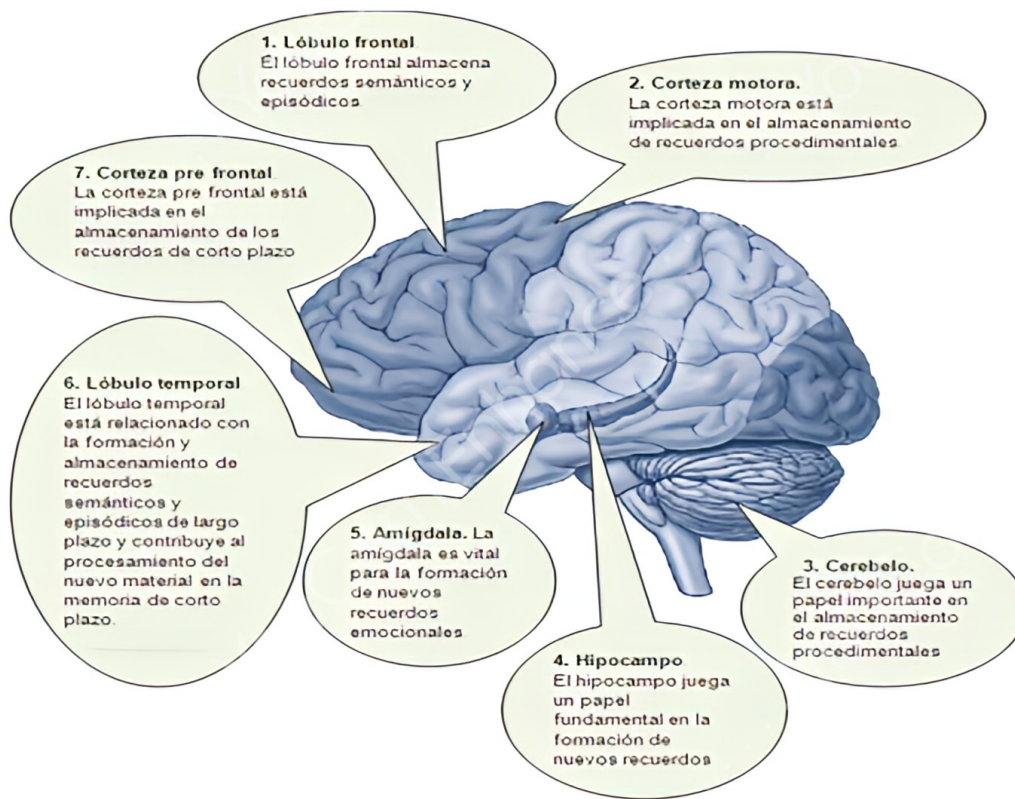
Figura 1. Tomografía axial computarizada cerebral de dos personas sin deterioro cognitivo en la tercera (a) y en la sexta década (b) de la vida. Aunque ambas imágenes son normales, se puede apreciar el mayor tamaño ventricular y la mayor profundidad de las cisuras correspondiente a una atrofia fisiológica de la edad.



Fuente:

Crespo-Santiago, D., & Fernández-Viadero, C. (2011). Bases biomoleculares del envejecimiento neurocognitivo. *Psicogeriatría*, 3(1), 9-17.

Imagen 2. Áreas cerebrales que intervienen en la memoria.



Fuente: Google Imágenes.

6. ANEXOS:

ANEXO 1. Esquema de las sesiones del programa: "Conociendo mi mente, un programa sobre salud cognitiva".

Sesión 1. Conociendo los cambios en nuestro cerebro.

- Breve presentación del programa.
- Dinámica de presentación de los/as participantes.
- Píldora formativa: Bases psicobiológicas del envejecimiento normal. Implicaciones para la vida diaria.
- Presentación de la actividad de tarea: mitos del envejecimiento cognitivo (tarea de verdadero o falso).

Sesión 2. Conociendo las demencias.

- Compartir la actividad para casa.
- Píldora formativa: Bases psicobiológicas del envejecimiento patológico.
- Actividad de grupo: Entendiendo la demencia, identificando signos de alarma.
- Presentación de la actividad de tarea: Registro y reflexión sobre un fallo de memoria.

Sesión 3. Conociendo la modificabilidad de la salud cognitiva.

- Compartir la actividad para casa.
- Píldora de entrenamiento: Reserva cognitiva y reserva cerebral.
- Actividad del grupo: Identificación de actividades que aumentan nuestra reserva.
- Presentación de la actividad para casa: Lectura de un texto y análisis sobre las implicaciones de la lectura a nivel cognitivo.

Sesión 4. Conociendo los factores de riesgo y protectores.

- Compartir la actividad para casa.
- Píldora formativa: Factores de riesgo y factores protectores, evidencia empírica.
- Actividad de grupo: Ideas que nutren. Compartiendo estrategias para un cerebro saludable.
- Presentación de la actividad para casa: Autorregistro de hábitos de vida saludables.

Sesión 5. Conociendo la memoria.

- Compartir la actividad para casa.
- Píldora formativa: Bases psicobiológicas de la memoria. ¿Uno o varios recuerdos?
- Actividad en grupo: Realización de un relato en cadena, y registro en el cuaderno de trabajo.
- Presentación de la actividad para casa: Clasificación según el tipo de recuerdo.

Sesión 6. Conocer estrategias de memoria.

- Compartir la actividad para casa.
- Píldora de entrenamiento: Cómo mejorar mi memoria. Las estrategias mnemotécnicas.
- Actividad en grupo: Práctica de mnemotecnia de palabras clave.
- Presentación de la actividad para casa: Registro de fenómenos de punta de lengua.

Sesión 7. Conociendo el estrés.

- Compartir la actividad para casa.
- Píldora formativa: Efectos del estrés en la salud cognitiva.
- Actividad de grupo: Manejo del estrés. Práctica de la respiración diafragmática y de la relajación muscular profunda.
- Presentación de la actividad para el hogar: Relajación y práctica de respiración.

Sesión 8. Conociendo la atención.

- Compartir la actividad para casa.
- Píldora formativa: Atención, bases psicobiológicas. Cómo funciona y cómo mejorarla.
- Actividad grupal: Práctica de mindfulness.
- Presentación de la actividad para el hogar: Registro de mindfulness.

Sesión 9. Conociendo las inteligencias múltiples.

- Compartir la actividad para casa.
- Píldora formativa: Inteligencia social y relacional.
- Actividad grupal: Un plan vital orientado a envejecer con los demás.
- Presentación de la actividad para el hogar: Identificar valores en nuestra vida diaria.

Sesión 10. Cierre del programa.

- Compartir la actividad para casa.
- Revisión del contenido del curso.
- Actividad de grupo: Trivial.
- Evaluación y despedida.

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 2. “Aprendiendo de nuestros despistes: autorregistro sobre fallos de memoria”.

Anota en este registro los diferentes fallos de memoria que tienes durante esta semana. Escribe en él, cuándo ocurren esos fallos, en qué lugar te encuentras, cómo te sientes cuando los tienes y si encuentras alguna razón por la que podrían estar pasando.

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Hora aproximada							
Lugar							
Descripción del fallo							
Emoción							

¿Por qué crees que se dan estos fallos?:

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 3. Lectura recomendada para la actividad “Páginas que sanan: el poder de la lectura para nuestra salud cognitiva”.

La persona que lee vive mil vidas antes de morir. La que no, solo vive una.

George R. R. Martin

La lectura influye de muchas maneras en nuestra mente. Independientemente de la edad es un hábito muy saludable que nos aporta cantidad de beneficios. Neurólogos y psicólogos recomiendan esta actividad para mantener las capacidades cognitivas, es decir, para mantener el cerebro activo y prevenir el deterioro de ciertas funciones cerebrales que pueden verse afectadas con el envejecimiento.

Beneficios de la lectura:

- Funciones cognitivas:

Leer favorece la actividad cerebral, es decir, activa las capacidades cognitivas del lector. Es importante tener en cuenta esta ventaja que aporta la lectura ya que con el envejecimiento ciertas capacidades cognitivas se pueden ver afectadas. De esta manera, la lectura es una buena aliada para prevenir el deterioro cognitivo o las demencias, como la enfermedad de Alzheimer, entre otras.

- Memoria:

Al leer memorizamos personajes, vocabulario, historias... Por tanto, la lectura mejora la memoria y es una de las principales actividades que se recomiendan para mantener las capacidades cognitivas. Además, genera emociones, que ayudan a asentar mejor los recuerdos.

- Atención y concentración:

La lectura supone un ejercicio de atención y concentración hacia el texto, por lo que leer a diario mejora la capacidad de atención que, junto con la memoria, es una de las capacidades más alteradas en las enfermedades neurodegenerativas.

- Lenguaje:

Leer aumenta el vocabulario, hace el lenguaje más fluido y mejora la expresión oral y escrita.

- Empatía:

La lectura fomenta nuestra capacidad para ponernos en el lugar del otro, es decir, mejora y aumenta la empatía. En consecuencia, mejora las habilidades sociales.

- Entretenimiento:

Por supuesto, leer es uno de los entretenimientos más extendido. Es una manera estupenda de mantener la mente activa y entretenernos sumergiéndonos en diferentes historias.

- Imaginación y creatividad:

La lectura, además, aporta flexibilidad y fomenta la imaginación y creatividad. Los

libros nos pueden aportar conocimientos de historias lejanas a nuestro día a día que enriquecen nuestra imaginación.

- **Cultura y aprendizaje:**

Independientemente del tipo de lectura que se escoja, siempre aporta conocimientos nuevos, por lo que supone una importante fuente de cultura y aprendizaje.

- **Orientación temporal:**

Leer, especialmente periódicos o revistas de actualidad, fomenta la orientación temporal. Este es un aspecto muy importante en la tercera edad, ya que, con frecuencia, en la jubilación es más fácil presentar desorientación temporal. Por lo que un periódico siempre será una buena herramienta en el día a día para evitar la desorientación temporal y tener información actualizada sobre el entorno.

Consejos para adquirir el hábito de la lectura:

Por tanto, conociendo los numerosos beneficios de la lectura, vamos a señalar algunos consejos para hacer de ella un hábito.

- **Seleccionar el formato más cómodo:**

En primer lugar, conviene seleccionar el formato más cómodo a las características personales. Hoy en día, hay diferentes alternativas, como los libros de papel o los libros electrónicos. Cada uno deberá valorar las comodidades que ofrece cada formato, atendiendo, por ejemplo, al tamaño de la letra o el tipo de pantalla.

- **Elegir el momento y el espacio:**

Asimismo, conviene elegir el momento del día y el espacio más adecuados para la lectura. El momento puede variar de una persona a otra en función del estilo de vida. El espacio deberá ser cómodo y con una luz adecuada.

- **Elegir el tipo de lectura:**

Existe una gran variedad de géneros literarios, así como temáticas diferentes. Por tanto, no debería ser difícil encontrar el tipo de lectura que más motivación despierte.

- **Compartir:**

Por último, compartir lo que leemos con amigos y familiares supone otra forma muy gratificante de disfrutar esta actividad.

Fuente:

Cuidado Mayor (7 de mayo de 2018). *Beneficios de la lectura en la tercera edad*. <https://www.cuidadomayor.com/blog/lectura-tercer-edad/>

ANEXO 4. Guión de preguntas actividad grupal sesión 4 “Ideas que Nutren: Compartiendo Estrategias para un Cerebro Saludable”:

- **Preguntas sobre alimentación:**

- ¿Qué estrategias utilizas para incluir alimentos saludables en tu dieta diaria?
- ¿Cuáles son tus mayores desafíos a la hora de intentar mantener una alimentación equilibrada? ¿Cómo se podrían solucionar?

- **Preguntas sobre actividad física:**

- ¿Cuál es la actividad física que más disfrutas y cómo la integras en tu rutina diaria?
- ¿Cuáles son los obstáculos más comunes que enfrentas a la hora de intentar mantener una actividad física regular? ¿Cómo se podría solucionar?

- **Preguntas sobre actividad cognitiva:**

- ¿Qué tipos de actividades realizas para mantener tu mente activa y cómo las incorporas en tu día a día?
- ¿Qué estrategias utilizas para superar la monotonía o el aburrimiento en tus actividades cognitivas?

- **Preguntas sobre relaciones sociales:**

- ¿Qué estrategias utilizas para mantener y fortalecer tus relaciones sociales?
- ¿Cómo abordarías la soledad o el aislamiento social y qué estrategias utilizas para superarlos?

- **Preguntas sobre emociones:**

- ¿Qué estrategias utilizas para mejorar tu estado de ánimo en situaciones difíciles?
- ¿Cuáles son las emociones que encuentras más difíciles de regular?

- **Preguntas sobre hábitos de sueño:**

- ¿Qué rutinas sigues antes de acostarte para mejorar la calidad de tu sueño?
- ¿Cuáles son los obstáculos más comunes para mantener un patrón de sueño regular? ¿Cómo se podrían solucionar?

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 5. Autorregistro hábitos de vida saludables, “¿Estoy cuidando mi salud cognitiva? Hábitos que marcan la diferencia.

Nombre:							
Fecha:							
<p>-Completa este formulario todos los días. -Valora si durante cada día has cuidado los diferentes valores que se señalan a continuación: durante el día he comido de manera saludable, he realizado ejercicio físico, he realizado alguna actividad de ocio, he cuidado mis relaciones sociales... En caso afirmativo pon una X en cada apartado conseguido e indica qué actividad has realizado (por ejemplo, he ido a andar en el caso del ejercicio, he ido a comprar ropa como actividad de ocio...), sino déjalo en blanco.</p>							
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
He comido de manera saludable.							
He realizado ejercicio físico.							
He practicado la relajación.							
He realizado alguna actividad de ocio (música, lectura, películas, salidas...)							
He cuidado mis relaciones sociales (familia, amigos...)							

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 6. Guión para la práctica de relajación muscular profunda.

→ Procedimiento:

- Siéntate cómodamente con la espalda pegada en la silla, ambos pies apoyados en el suelo y ligeramente separados. Los brazos deben descansar en el regazo. Mantén la cabeza erguida. Recomendamos que la respiración sea abdominal y relajada, suave y sin forzar.
- Cierra los ojos. Vamos a ir dirigiendo la atención alternativamente a cada una de las partes del cuerpo. Mientras relajas cada grupo de músculos, concéntrate en la sensación de relajación. Nota cómo desaparece la tensión, cómo descansan los músculos. Siente cómo se relajan (sigue en esta posición durante al menos diez segundos).
- Vamos a concentrarnos primero en la pierna izquierda; empezamos por los dedos del pie y poco a poco vamos a ir subiendo hasta llegar a la cadera. Mientras relajas cada grupo de músculos, debes sentir cómo la tensión desaparece y da paso a una sensación de relax, de flacidez y de tranquilidad. Relaja los dedos del pie..., concéntrate en la sensación de relax (cinco segundos). Vamos a ir relajando el empeine..., el talón..., el tobillo. Ahora relaja los músculos de la pantorrilla..., siente cómo se aflojan. Seguidamente relaja la rodilla..., el muslo... y la cadera. Concéntrate en la relajación de la pierna izquierda..., su flacidez y su tranquilidad.
- A continuación, vamos a centrarnos en la pierna derecha; empezamos por los dedos del pie y poco a poco vamos a ir subiendo hasta llegar a la cadera. Mientras relajas cada grupo de músculos debes sentir cómo la tensión desaparece y da paso a una sensación de relax, de flacidez y de tranquilidad. Relaja los dedos del pie..., concéntrate en la sensación de relax (cinco segundos). Ahora relaja el empeine..., el talón..., el tobillo. Ahora relaja los músculos de la pantorrilla..., siente su ingravidez. Ahora relaja la rodilla..., el muslo... y la cadera. Concéntrate en la relajación de la pierna derecha..., su peso, su flacidez y su tranquilidad.
- Pasamos a concentrarnos en el brazo izquierdo; empezamos por los dedos y vamos a ir subiendo hasta el hombro. Relaja los dedos..., siente cómo se doblan hacia dentro..., relaja la palma de la mano..., ahora la muñeca..., el

antebrazo..., el codo..., relaja la parte superior del brazo... hasta llegar al hombro. Concéntrate en la sensación de relax, flacidez y tranquilidad.

- Ahora concéntrate en el brazo derecho; empezamos por los dedos y vamos a ir subiendo hasta el hombro. Relaja los dedos... siente cómo se doblan hacia dentro..., relaja la palma de la mano..., ahora la muñeca..., el antebrazo..., el codo..., la parte superior del brazo... hasta llegar al hombro. Concéntrate en la sensación de ingravidez y ligereza.
- Seguidamente, concéntrate en los músculos del estómago. Deja que se relajen, siente su peso, su flacidez y su tranquilidad.
- Concéntrate en la espalda. Ascende lentamente hacia el cuello. Relaja cada parte de la columna y los músculos asociados a ella cuando vayas subiendo. Siente cómo se relajan los músculos, siente que la espalda se hunde en la silla.
- A continuación, relaja de nuevo los hombros..., siente como caen hacia abajo, siente su peso, su flacidez y su tranquilidad.
- Relaja los músculos del cuello, pero mantén la cabeza erguida, con la barbilla paralela al suelo. Ahora la cabeza se mantendrá en perfecto equilibrio con la columna vertebral.
- Nos vamos a concentrar ahora en la cabeza. Relaja la mandíbula deja que caiga y siente cómo tu boca se abre ligeramente..., relaja la lengua y deja que repose sobre los dientes inferiores..., relaja los músculos que están alrededor de los ojos..., siente cómo se vuelven pesados y flácidos..., relaja la frente y la nuca. Tu cabeza está completamente relajada y tranquila.
- Concéntrate en la respiración: al inspirar, el abdomen se mueve hacia fuera y hacia arriba, y al espirar, hacia abajo y hacia dentro. Respira lenta y suavemente.
- Ahora intenta tranquilizar tu mente. No luches contra tus pensamientos. Deja fluir los pensamientos por tu cabeza y no intentes perseguirlos, que entren en tu mente con la misma facilidad con la que salen. Evoca recuerdos felices. Imagina un paseo a la orilla del mar, las olas, el agua agradablemente fresca que moja tus pies mientras se hunden en la fina y dorada arena. Los rayos de sol se reflejan en el agua y acarician tu piel. El cielo es de un profundo azul, sin nubes. El sonido y la cadencia rítmica de las olas te envuelve delicadamente. La brisa agita suavemente tu pelo.

- Disfruta del estado de relajación que ha alcanzado tu cuerpo, te sientes bien, te sientes a gusto, estás en un estado de total relajación (30 segundos en silencio).
- A continuación, vamos a ir moviendo ligeramente los dedos de las manos..., los pies..., los brazos..., las piernas...Mueve ligeramente la cabeza.
- Y ahora vas a ir poco a poco abriendo los ojos.

Fuente:

Robles-Ortega H., & Peralta-Ramírez M. I. (2006). *Programa para el control del estrés*. Pirámide.

ANEXO 7. “Dejando ir al estrés”. Autorregistro Relajación Muscular Profunda.

Nombre:							
Fecha:							
<p>-Completa este formulario después de practicar la relajación muscular profunda cada día. Es conveniente realizarlo a la misma hora todos los días. -Practica durante esta semana, de 15 a 20 minutos, una vez al día. En una escala de 0 al 10, señala en cada día si has conseguido relajarte; siendo 0 el nivel de relajación conseguido más bajo y el 10 el nivel de relajación más alto.</p>							
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Hora de inicio.							
Nivel de relajación alcanzado tras la relajación muscular profunda.							
Hora de finalización.							

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 8. Guión de la práctica de mindfulness.

Siéntate cómodamente con la espalda pegada en la silla, ambos pies apoyados en el suelo y ligeramente separados. Los brazos deben descansar en el regazo. Mantén la cabeza erguida. Recomendamos que la respiración sea abdominal y relajada, suave y sin forzar. Muy bien, vamos a cerrar los ojos. Dirige suavemente toda tu atención a la respiración durante algunas respiraciones, sintiendo cada inhalación y exhalación. Vamos a sentir cómo entra el aire por nuestra nariz, cómo se hincha nuestro abdomen y cómo sale lentamente por nuestra boca. Bien, vamos a continuar así durante unas respiraciones.

Ahora vamos a concentrarnos en esa emoción/situación/pensamiento doloroso que estamos teniendo en este momento de nuestra vida. ¿Cómo llamarías a este sentimiento que tienes? ¿Ira? ¿Miedo? ¿Tristeza? ¿Impaciencia? ¿Confusión? Si, por ejemplo, fuera ira, en lugar de decir "Estoy enojado o estoy frustrado o triste" por algo, observa cómo te sientes al decir "Estoy notando algo en mí que es así, que está enojado, asustado o triste ". "Estoy notando algo en mí que tiene este sentimiento". Esto le da al sentimiento más espacio para moverse y no te identificarás tanto con él. De esta manera, no te estás etiquetando como enojado o temeroso, simplemente eres consciente de que tienes esos sentimientos en este momento.

Ahora, comprueba si puedes notar en qué parte del cuerpo puede haber una reacción física a esto. Podría ser una tensión en los hombros o en el pecho, opresión o náuseas en el estómago, presión o tensión de algún tipo, dolor, contracción, tensión en la garganta, calor en la cara, opresión en la mandíbula, solo tienes que observar dónde te afecta físicamente.

Si no puedes encontrar un lugar específico, puede haber una sensación general de inquietud que sientes por todas partes. Permite que lo que estás sintiendo simplemente esté allí, reconociéndolo sin más, dejando que tu conciencia descanse allí suavemente, permitiendo que sea exactamente como es.

Comprueba si puedes suavizar tu reacción ante la dificultad, a esta situación, con respiraciones suaves, viendo si puedes convivir con ello de la misma manera que lo harías con un niño o una mascota a la que quieres, pero que está angustiada.

Coloca tu mano en el lugar del cuerpo donde sientes esa dificultad física o, en tu corazón o vientre, afrontando esta experiencia con amabilidad, reconociendo que sería difícil, doloroso, o un desafío para cualquiera, relacionándote con ello y contigo mismo/a amablemente y con compasión.

Esto es suavizar y permitir. Suavizar tu reacción ante el sentimiento que estás teniendo, permitiendo que la reacción esté allí, todo mientras sabes que permitir que

esté ahí no significa que te guste, es simplemente un reconocimiento de que esto es lo que estás sintiendo ahora mismo.

Sin tratar de alejar el problema, comprueba si puedes encontrar algún lugar en tu vida donde las cosas sean por lo general correctas, o tal vez incluso estén bien, algo o alguien por lo que estés agradecido. Podría tener que ver con un ser querido, tu mascota, un buen amigo/a, un pasatiempo, alguna actividad que te haga sentir agradecido y feliz ... o una cualidad o fortaleza que tengas y que estés orgulloso de ella ... Puede ser algo tan simple como recordar una sonrisa o una palabra amable que alguien te brindó...

Muy bien. Teniendo estas dos perspectivas juntas, ahora vas a ampliar tu consciencia como una panorámica con una lente de gran angular. Vas a incluir aquello por lo que estás agradecido y la dificultad con la que comenzaste al principio. Ahora, estás habilitando suficiente espacio y lugar para ambos, sin alejar las dificultades o aferrarte a lo agradable, cambiando a una perspectiva aún más amplia e inclusiva, que incluye todo tu cuerpo y todas tus sensaciones. Ahora vas a traer a tu conciencia al espacio en el que te encuentras, dejando que tu atención se mueva ahora al mundo exterior, escuchando las respiraciones de tus compañeros vistas y sintiendo las sensaciones de tu alrededor...A continuación, vamos a ir moviendo ligeramente los dedos de las manos..., los pies..., los brazos..., las piernas...Mueve ligeramente la cabeza. Y cuando te sientas preparado, puedes abrir los ojos.

Fuente:

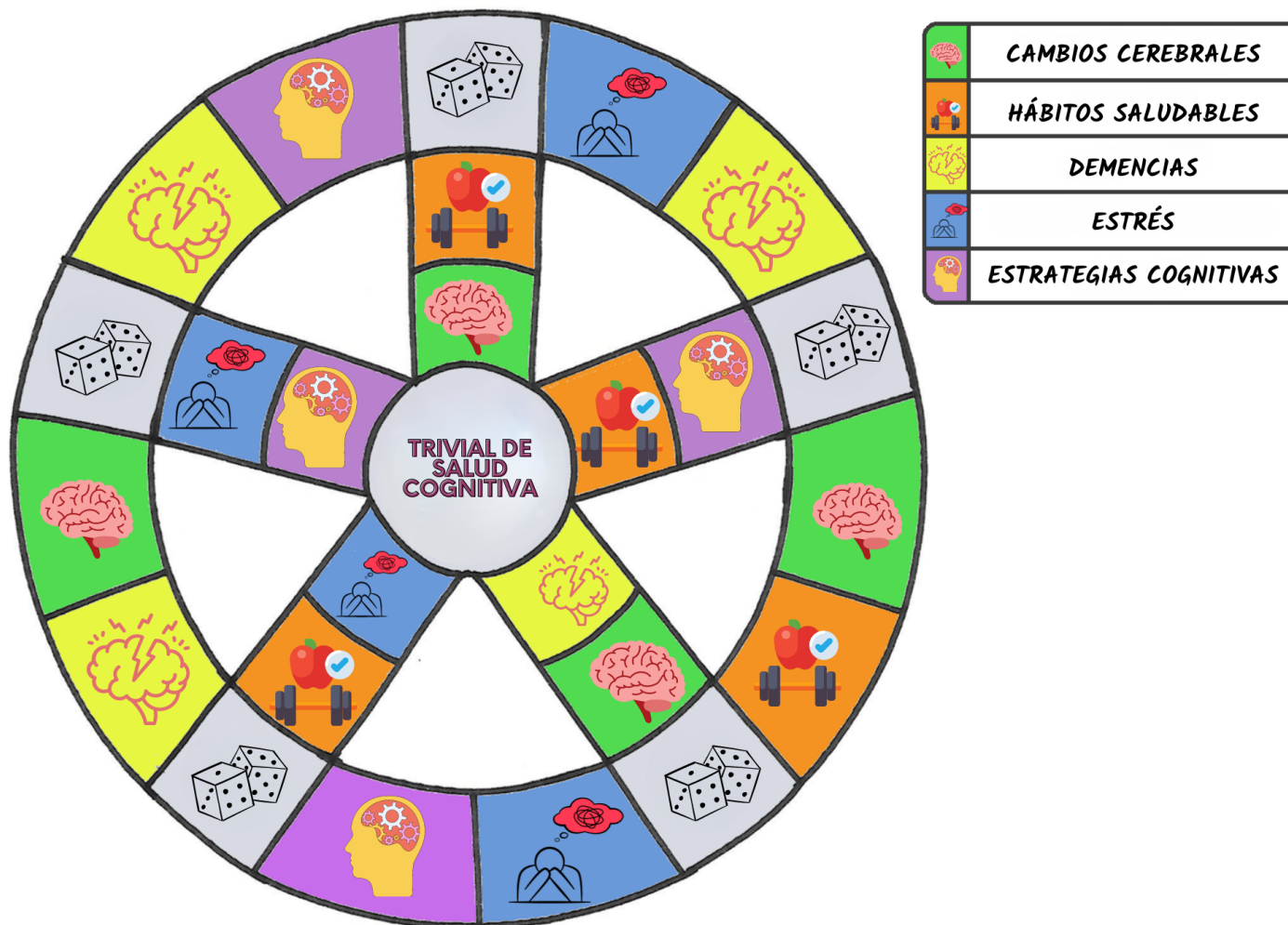
Potter, D. (s.f.). Un programa de reducción del estrés basado en Mindfulness.
<https://palousemindfulness.com/es/MBSR/week0.html>

ANEXO 9. “Atento al presente: autorregistro de atención plena”.

Fecha	Hora	Duración	Descripción de los pensamientos automáticos	Emociones	Sensaciones físicas
¿Qué día has practicado la conciencia emocional plena?	¿A qué hora la finalizaste?	¿Cuánto tiempo ha durado?	¿Cuáles han sido los pensamientos que han impedido la conciencia plena? Descríbelos brevemente	¿Qué emociones has sentido mientras practicabas?	¿Qué cambios físicos has notado en tu cuerpo durante la práctica?

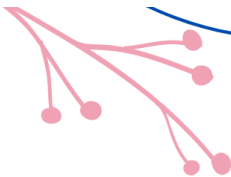
Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 10. Tablero del Trivial de Salud Cognitiva.



Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 11. Tríptico del Programa de Salud Cognitiva.



Tu bienestar
importa, tu
salud
importa.



¡Te esperamos!

PLAZAS Y CÓMO INSCRIBIRSE:

PLAZO DE INSCRIPCIÓN:

- Inscripción hasta mediados de OCTUBRE.
- Se ofertarán de 8 a 10 plazas hasta completar aforo.

CÓMO RESERVAR:


- Si quieres participar en este programa o conoces a alguien que pueda estar interesado contacta con el número indicado abajo para poder reservar plaza.
- Para posibles dudas o ampliar la información contactar con el mismo teléfono indicado a continuación.

TELÉFONO DE CONTACTO:

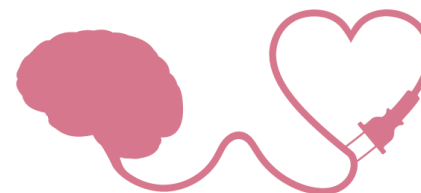
658261901

PERSONA DE CONTACTO:

Belinda López Cortés



CONOCIENDO MI MENTE: PROGRAMA DE SALUD COGNITIVA.



OBJETIVOS:

- Favorecer el envejecimiento activo y positivo a través de la promoción de hábitos y estrategias saludables para la salud cognitiva.
- Comprender los cambios asociados al proceso de envejecimiento que afectan la salud cognitiva.
- Fomentar la autonomía y la capacidad de adaptación ante estos cambios.
- Conocer las principales características de las demencias y sus señales de alerta.
- Entender las diferencias entre el envejecimiento normal y patológico.
- Concienciar sobre la importancia de la salud cognitiva en el envejecimiento exitoso, activo y saludable.

Destinatarios:

- Personas mayores de 55 años.
- Personas socias de ATEGAL.
- Participación voluntaria y genuina.



Cuándo y dónde:

- El programa se iniciará el **18 de OCTUBRE**.
- Se llevará a cabo los **MIÉRCOLES** de **17:00-18:00**.
- En total habrá 10 sesiones grupales y 2 sesiones de evaluación, una antes y otra después del programa.
- Las sesiones se llevarán a cabo en la sede de ATEGAL Santiago (Rúa da Virxe da Cerca, 31).

¿QUÉ APRENDEREMOS EN EL PROGRAMA?

Sesión 1. Conociendo los cambios de nuestro cerebro.

Sesión 2. Conociendo las demencias.

Sesión 3. Conociendo la modificabilidad de la salud cognitiva.

Sesión 4. Conociendo los factores de riesgo y protectores.

Sesión 5. Conociendo la memoria.

Sesión 6. Conociendo estrategias de memoria.

Sesión 7. Conociendo el estrés.

Sesión 8. Conociendo la atención.

Sesión 9. Conociendo las inteligencias múltiples.

Sesión 10. Repaso de contenidos y despedida.



Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 12. Cuestionario de datos sociodemográficos y estilo de vida elaborado ad-hoc.

Instrucciones para leer al participante:

A continuación, se le van a realizar una serie de preguntas. Todas las respuestas que dé son totalmente anónimas. En ningún caso hay respuestas buenas o malas. Durante toda la entrevista, intente pensar con precisión en las cuestiones que se le plantean y sea lo más sincero posible. Si tiene cualquier duda, pregunte a la persona encargada de realizarle las preguntas que componen los diferentes cuestionarios. Gracias de antemano por su colaboración.

1. Clave identificatoria del participante (primeras tres cifras del DNI y las 3 primeras letras del primer apellido):

2. Edad:

3. Sexo: Hombre/ Mujer.

4. Estado Civil:

- Soltero/a (nunca casado)
- Casado/a o con pareja
- Separado/a
- Divorciado/a
- Viudo/a

5. Convivencia:

- Vive solo/a
- Vive acompañado/a

6. Nivel educativo:

- Analfabeto (no lee y no escribe)
- Sin estudios, pero sabe leer y escribir (aprendió fuera de la escuela)

- Primarios
- Secundarios
- Universitarios

7. Situación laboral actual:

- Trabajador/a
- Jubilado/a
- Desempleado/a
- Tareas domésticas

8. ¿Qué puesto de trabajo tenía o tiene?

9. Estado de salud percibida: ¿Cómo considera usted su estado de salud actual?

- Muy bueno o bueno
- Regular
- Malo o muy malo

10. ¿Presenta alguna enfermedad? En caso afirmativo, ¿Qué enfermedad es y qué medicación toma?

11. ¿Mantiene relaciones con sus familiares? ¿Con qué frecuencia? ¿Qué familiares son?

12. ¿Mantiene relaciones sociales con otras personas que no sean sus familiares? ¿Con qué frecuencia ve a sus amistades?

13. ¿Qué actividades de ocio realiza?

14. ¿Realiza algún tipo de actividad física? ¿Con qué frecuencia?

16. ¿Qué tipo de alimentación sigue?

17. ¿Es fumador/a?

18. ¿Bebe alcohol? ¿Con qué frecuencia?

19. ¿Participa en algún programa de intervención que no sea este? ¿Ha participado anteriormente en alguno? Si es afirmativo, comente de qué trataba.

Fuente:

Elaboración propia.

ANEXO 13. EQ-5D. Cuestionario de Salud para evaluar la Calidad de vida (Badia et al., 1999).

Marque con una cruz como esta la afirmación en cada sección que describa mejor su estado de salud en el día de hoy.

Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

Cuidado-Personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo
- Soy incapaz de lavarme o vestirme solo

Actividades de Todos los Días (ej, trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o realizadas durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades de todos los días
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades de todos los días
- Soy incapaz de realizar mis actividades de todos los días

Dolor/Malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad/Depresión

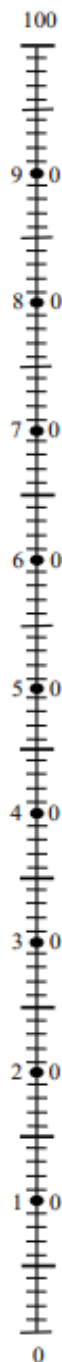
- No estoy ansioso/a ni deprimido/a
- Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a
- Estoy muy ansioso/a o deprimido/a

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud, hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse, y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Por favor, dibuje una línea desde el cuadro que dice "su estado de salud hoy," hasta el punto en la escala que, en su opinión, indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

**Su estado
de salud
hoy**

Mejor estado
de salud
imaginable



Peor estado
de salud
imaginabl

Fuente:

Badia, X., Roset, M., Montserrat, S., Herdman, M. & Segura, A. (1999). The Spanish version of EuroQol: a description and its applications. European Quality of Life scale. *Medicina clínica*, 112, 79-85.

ANEXO 14. Cuestionario de Satisfacción y Valoración del Programa.

A= De acuerdo

B= Ni acuerdo ni en desacuerdo

C= En desacuerdo

Ítems	A	B	C
1. Me he sentido cómodo/a durante el programa.			
2. He aprendido cosas nuevas durante el programa.			
3. Este programa me ha motivado a realizar cambios positivos en mi estilo de vida.			
4. Creo que este programa me ha sido útil.			
5. Creo que este programa no ha sido una pérdida de tiempo.			
6. Los contenidos del programa han sido explicados con la suficiente claridad.			
7. He obtenido experiencias agradables al participar en el programa.			
8. Creo que las diferentes sesiones han estado adaptadas a mis características.			
9. Recomendaría este programa a mis conocidos.			
10. Las profesionales que han desarrollado las sesiones han realizado bien su labor.			
Preguntas abiertas: <ul style="list-style-type: none">● Limitaciones del programa:<ul style="list-style-type: none">o ¿Qué es lo que menos le ha gustado del programa?o ¿Qué cosas mejoraría del programa?			

- Aspectos positivos del programa:
 - ¿Qué es lo que más le ha gustado del programa?
 - ¿Qué ha aprendido con el programa?

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 15. CFM. Cuestionario abreviado de Funcionamiento de la Memoria (Gilewski et al., 1990; validación al español de Rubio y Portero, 2008).

1= Nunca.

2= Casi nunca.

3= Raras veces.

4= Algunas veces.

5= Casi siempre.

6= Siempre.

¿CON QUÉ FRECUENCIA LE OCURREN A USTED LAS SIGUIENTES SITUACIONES?						
Ítems	1	2	3	4	5	6
1. Olvidar nombres.						
2. Olvidar caras.						
3. Olvidar citas.						
4. Olvidar el lugar donde dejó las llaves.						
5. Olvidar direcciones.						
6. Olvidar las tareas domésticas.						
7. Olvidar números de teléfono que acabo de leer.						
8. Olvidar Números de teléfono que utiliza a diario.						
9. Olvidar cosas que la gente dice.						
10. Olvidar fechas señaladas.						
11. Salir a comprar y olvidar lo que quería.						
12. Olvidar hacerse una prueba médica.						
13. Iniciar una tarea y no poder terminarla por olvido.						
14. Perder el hilo de una conversación.						
15. Recordar si ya le ha dicho algo a alguien.						

CUANDO ESTÁ LEYENDO UNA NOVELA, PERIÓDICO O REVISTA, ¿CON QUÉ FRECUENCIA TIENE PROBLEMAS PARA RECORDAR LO QUE HABÍA LEÍDO?						
16. Al principio, una vez que ha acabado el libro.						
17. El capítulo anterior al que estoy leyendo.						
18. El párrafo antes del que estoy leyendo.						
19. La frase antes de la que estoy leyendo.						
¿RECUERDA BIEN LAS COSAS QUE SUCEDIERON?						
20. En el último mes.						
21. Entre hace cinco meses y un año.						
22. Entre uno y cinco años.						
23. Entre hace seis y diez años.						
¿CON QUÉ FRECUENCIA UTILIZA LAS SIGUIENTES ESTRATEGIAS PARA RECORDAR?						
24. Anotar las citas en una agenda.						
25. Escribirse a sí mismo notas.						
26. Escribir listas de cosas por hacer.						
27. Hacer listas de la compra.						
28. Planificar su vida diaria por adelantado.						
29. Repetición mental.						
30. Asociar con otras cosas.						
31. Colocar en un lugar destacado objetos para recordar alguna acción que deba realizar.						

Fuente:

Rubio, D. A., & Portero, C. F. (2008). Validación de la versión abreviada en español del Cuestionario de Funcionamiento de la Memoria (CFM) en una población mayor de 55 años. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 24(2), 320-326.

ANEXO 16. CRIq. Cuestionario de Reserva Cognitiva (Nucci et al., 2012).

Cognitive Reserve Index

CRIq

questionnaire

M. Nucci, D. Mapelli & S. Mondini (2012)

Instrucciones: En caso de alteración cognitiva o del comportamiento, aunque sea solamente sospechada, el cuestionario debe suministrarse a los familiares o a quién cuide del paciente, indicándolo al final del cuestionario en la casilla correspondiente.

CÓDIGO:

CRI-Escuela

Instrucciones: Contar los años de escuela superados más 0.5 por cada año en el que se haya repetido curso. Para cada curso de formación al que se haya asistido contar 0.5 cada 6 meses.

	Años
1. Años de escolaridad (incluida una eventual especialización)
2. Cursos (0.5 cada 6 meses)

CRI-Trabajo

Instrucciones: Indicar los años laborales aproximados por exceso, utilizando una escala de 5 años en 5 años (0-5-10-15-20, etc.; por ejemplo, si una persona ha trabajado durante 17 años, indicar 20). Los cinco niveles están divididos por grado de compromiso cognitivo requerido y por la responsabilidad personal asumida. Se debe indicar el empleo ejercitado, aunque sea contemporáneamente a otros.

	Años
1. Obrero no especializado, trabajo de campo, jardinero, camarero, conductor, operador de centralita, cuidador, baby-sitter, colf, etc.
2. Artesano u obrero especializado, empleado simple, cocinero, sastre, auxiliar de enfermería, militar, peluquero, representante comercial, etc.
3. Comerciante, empleado con mansiones intelectuales, religioso, agente de comercio, agente inmobiliario, maestro, músico, etc.
4. Director de una pequeña empresa, trabajador autónomo cualificado, profesor, empresario, médico, abogado, psicólogo, ingeniero, etc.
5. Director de una gran empresa, trabajo de alta responsabilidad, político, docente universitario, juez, cirujano, investigador, etc.

CRI-TiempoLibre

Instrucciones:

- Todos los puntos se refieren a actividades desarrolladas regularmente durante la vida adulta (a partir de los 18 años).
- Deben excluirse todas las actividades retribuidas (en este caso se tiene que hacer referencia al CRI-Trabajo).
- Contestar según las frecuencias estimadas durante el periodo de referencia (semanal, mensual, anual).
- Si las frecuencias han cambiado mucho durante los años, contestar teniendo en cuenta la más alta. Por ejemplo, si una persona ha conducido aproximadamente 30 años todos los días, pero en los últimos 15 años ha conducido solo una o dos veces a la semana, entonces se contestará *A Menudo/Siempre*.
- En la columna *Años* escribir durante cuantos años se ha desarrollado la actividad, aproximando por exceso y utilizando una escala de 5 años en 5 años (5-10-15-20 etc.). Por ejemplo, si una persona ha leído regularmente el periódico aproximadamente durante 27 años se escribirá 30 en la columna de los años de actividad, aunque no lea desde hace años.
- La casilla indicada con la letra *a* se debe marcar si la respuesta corresponde a una actividad que todavía es actual y se practica con regularidad.

1. ACTIVIDADES CON FRECUENCIA SEMANAL

	menor o igual a 2 veces por semana	mayor o igual a 3 veces por semana	Años
1. Lectura de periódicos y semanales	<input type="checkbox"/> Nunca/Rara vez	<input type="checkbox"/> A Menudo/Siempre	.....
2. Actividades domésticas (cocinar, lavar platos, planchar, limpiar la casa, etc.)	<input type="checkbox"/> Nunca/Rara vez	<input type="checkbox"/> A Menudo/Siempre	.....
3. Conducción (excluidas las bicicletas)	<input type="checkbox"/> Nunca/Rara vez	<input type="checkbox"/> A Menudo/Siempre	.....
4. Actividades de entretenimiento (baile, deporte, caza, ajedrez, crucigramas, billar, numismática, etc.)	<input type="checkbox"/> Nunca/Rara vez	<input type="checkbox"/> A Menudo/Siempre	.....
5. Uso de nuevas tecnologías (cámaras digitales, ordenadores, internet, etc.)	<input type="checkbox"/> Nunca/Rara vez	<input type="checkbox"/> A Menudo/Siempre	.....

2. ACTIVIDADES CON FRECUENCIA MENSUAL

	menor o igual a 2 veces al mes	mayor o igual a 3 veces al mes	Años
1. Actividades sociales (cenas con amigos, clubes de ocio, partidos políticos, asociaciones culturales, parroquia, etc)	<input type="checkbox"/> Nunca/Rara vez	<input type="checkbox"/> A menudo/Siempre	.....
2. Cine o teatro	<input type="checkbox"/> Nunca/Rara vez	<input type="checkbox"/> A menudo/Siempre	.....
3. Cuidado del huerto, jardinería, coser, bricolage, fontanería, bordar, etc.	<input type="checkbox"/> Nunca/Rara vez	<input type="checkbox"/> A menudo/Siempre	.....
4. Cuidado de los nietos/de los padres de edad avanzada	<input type="checkbox"/> Nunca/Rara vez	<input type="checkbox"/> A menudo/Siempre	.....
5. Actividades de voluntariado	<input type="checkbox"/> Nunca/Rara vez	<input type="checkbox"/> A menudo/Siempre	.....
6. Actividades artísticas (música, canto, pintura, teatro, fotografía, etc.)	<input type="checkbox"/> Nunca/Rara vez	<input type="checkbox"/> A menudo/Siempre	.....

3. ACTIVIDADES CON FRECUENCIA ANUAL

	menor o igual a 2 veces al año	mayor o igual a 3 veces al año	Años
1. Exposiciones, conciertos, conferencias	<input type="checkbox"/> Nunca/Rara vez	<input type="checkbox"/> A Menudo/Siempre	.....
2. Viajes de varios días	<input type="checkbox"/> Nunca/Rara vez	<input type="checkbox"/> A Menudo/Siempre	.....
3. Lectura de libros	<input type="checkbox"/> Nunca/Rara vez	<input type="checkbox"/> A Menudo/Siempre	.....

4. ACTIVIDADES CON FRECUENCIA FIJA

1. Hijos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí número
----------	-----------------------------	--

			Años
2. Cuidado de animales domésticos	<input type="checkbox"/> Nunca/Rara vez	<input type="checkbox"/> A Menudo/Siempre	.....
3. Gestión de la cuenta bancaria	<input type="checkbox"/> Nunca/Rara vez	<input type="checkbox"/> A Menudo/Siempre	.....

Cuestionario administrado: al interesado al acompañante

Fecha:/...../.....

Técnico que ha administrado el CRIq:

RESULTADOS

CRI-Escuela

CRI-Trabajo

CRI-TiempoLibre

CRI

bajo medio-bajo medio medio-alto alto
 ≤ 70 70 : 84 85 : 114 115 : 130 ≥ 130

<http://cri.psy.unipd.it>

Fuente:

Nucci, M., Mapelli, D., & Mondini, S. (2011). *CRIq. Cognitive Reserve Index questionnaire*. <https://www.cognitivereserveindex.org/>

ANEXO 17. MFE. Cuestionario de fallos de memoria (Sunderland et al., 1984; adaptación de García y Sánchez-Cánovas, 1994).

A continuación hay una lista de fallos de memoria que pueden ocurrir en la vida cotidiana. Señale con qué frecuencia le ocurren a usted estos fallos, empleando una escala de 3 puntos:

Si no le ocurre NUNCA o le ocurre RARA VEZ anote... 0

Si le ocurre ALGUNA VEZ o POCAS VECES anote... 1

Si le ocurre MUCHAS VECES anote... 2

Ítems	0	1	2
1. Olvidar dónde ha puesto alguna cosa. Perder las cosas por la casa.			
2. No reconocer lugares en los que le dicen que ha estado varias veces con anterioridad.			
3. Tener dificultades para seguir una historia por televisión.			
4. No recordar un cambio en sus actividades diarias; por ejemplo, el haber cambiado el sitio en el que guardaba una cosa, o no recordar la hora de hacer algo en concreto. Seguir por error la antigua rutina.			
5. Tener que volver a comprobar si ha hecho realmente alguna cosa que tenía la intención de hacer, por ejemplo, cerrar el gas.			
6. Olvidar cuándo ocurrió alguna cosa, por ejemplo, olvidar si algo ocurrió ayer o bien la semana pasada.			
7. Olvidar completamente llevar consigo objetos que necesita (llaves, gafas, monedero) o dejarse objetos y tener que volver a buscarlos.			
8. Olvidar que le dijeron ayer o hace pocos días, y tal vez verse obligado a pedir que se lo repitan.			

9. Empezar a leer algo (un libro o un artículo de un periódico o revista) sin darse cuenta de que ya lo había leído anteriormente.			
10 Divagar en una conversación y dejarse llevar hacia temas sin importancia.			
11. No reconocer, aún habiéndolos visto, a parientes y amigos cuando se cruza con ellos por la calle.			
12. Tener dificultades en el aprendizaje de una nueva habilidad, por ejemplo, en aprender las reglas de un nuevo juego o el funcionamiento de un mecanismo, después de practicarlo una o dos veces.			
13 Tener una palabra ‘en la punta de la lengua’. Saber lo que quiere decir, pero no encontrar la expresión adecuada.			
14. Olvidar completamente hacer cosas que desearía hacer, o que tenía planeado hacer.			
15. Olvidar detalles importantes de lo que hizo o le ocurrió el día anterior. 16. Cuando habla con alguien, olvidar lo que acaba de decir o preguntar dos veces "de qué estábamos hablando"?			
17. Cuando lee un periódico o una revista, ser incapaz de seguir con la trama de una historia, perder el hilo de la argumentación.			
18. Olvidar decir a alguien algo importante; por ejemplo, dar un aviso o recordar a alguien alguna cosa.			
19. Olvidar detalles importantes sobre sí mismo; por ejemplo, el día de su cumpleaños o el lugar donde vive.			
20. Mezclar y confundir los detalles de cosas que le han contado otras personas.			
21. Contarle a alguien una anécdota o un chiste que le había contado anteriormente.			

22. Olvidar detalles de cosas que hace habitualmente, ya sea en casa o en el trabajo; por ejemplo, olvidar detalles sobre lo que ha de hacer o bien sobre la hora en la que debe hacerlo.			
23. No reconocer las caras de personas famosas que ve con frecuencia en la televisión o en fotografía.			
24. Olvidar dónde se guardan normalmente las cosas o buscarlas en un sitio equivocado.			
25. Perderse o seguir una dirección errónea en un viaje, en un paseo o en un edificio en dónde ha estado muchas veces.			
26. Perderse o seguir una dirección errónea en un viaje, en un paseo o en un edificio donde ha estado solamente una o dos veces.			
27. Realizar una acción dos veces por error. Por ejemplo, echar doble ración de sal a la comida o ir a peinarse de nuevo cuando acaba de hacerlo.			
28. Repetir a alguien lo que acaba de contarle o hacerle dos veces la misma pregunta.			

Fuente:

García Martínez, J., & Sánchez-Cánovas, J. (1994). Adaptación del cuestionario de fallos de memoria en la vida cotidiana (MFE). *Boletín de Psicología*, 43, 89-107.

ANEXO 18. SAGE. Cuestionario de Cribado Cognitivo (Scharre et al., 2014).

¿Qué tan bien está pensando?

Complete este formulario con tinta **sin** la asistencia de otros.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

¿Cuál es el nivel máximo de educación que ha alcanzado? _____ Soy hombre _____ Mujer _____

Soy asiático _____ Negro _____ Hispano _____ Blanco _____ Otro _____

¿Ha tenido algún problema con su memoria o razonamiento? Sí _____ Solo ocasionalmente _____ No _____

¿Ha tenido algún pariente consanguíneo que haya tenido problemas con la memoria o el razonamiento?
Sí _____ No _____

¿Tiene problemas de equilibrio? Sí _____ No _____

Si respondió que sí, ¿conoce la causa? Sí (especifique la razón) _____ No _____

¿Alguna vez tuvo un derrame cerebral importante? Sí _____ No _____

¿Un derrame cerebral minúsculo o sin importancia? Sí _____ No _____

¿Actualmente se siente triste o deprimido? Sí _____ Solo ocasionalmente _____ No _____

¿Ha tenido algún cambio en su personalidad? Sí (especifique los cambios) _____ No _____

¿Tiene más dificultades haciendo actividades diarias debido a problemas para pensar? Sí _____ No _____

1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (de memoria, ¡sin hacer trampa!) Día _____ Mes _____ Año _____

2. Nombre las siguientes imágenes (no se preocupe por la ortografía):



Responda estas preguntas:

3. ¿En qué se parecen un reloj de pulsera y una regla? Escriba en qué se parecen. Ambos son... ¿qué?

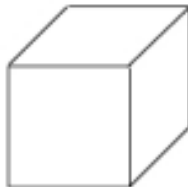
4. ¿Cuántas monedas de cinco centavos hay en 60 centavos? _____

5. Va a comprar \$13.45 en comestibles. ¿Cuánto cambio recibiría si pagara con un billete de \$20?

6. Prueba de memoria (memorice estas instrucciones). Hágala más tarde, después de completar toda esta prueba:

Al final de la última página: escriba "Terminé" en la línea en blanco que se proporciona.

7. Copie esta imagen:



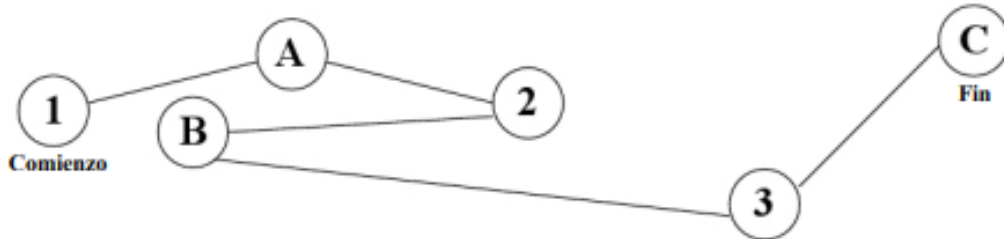
8. Prueba de dibujo

- Dibuje una gran esfera de reloj y coloque los números
- Coloque las manecillas para 5 minutos pasados de las 11 en punto
- En su reloj, coloque "L" para la manecilla larga y "S" para la manecilla corta

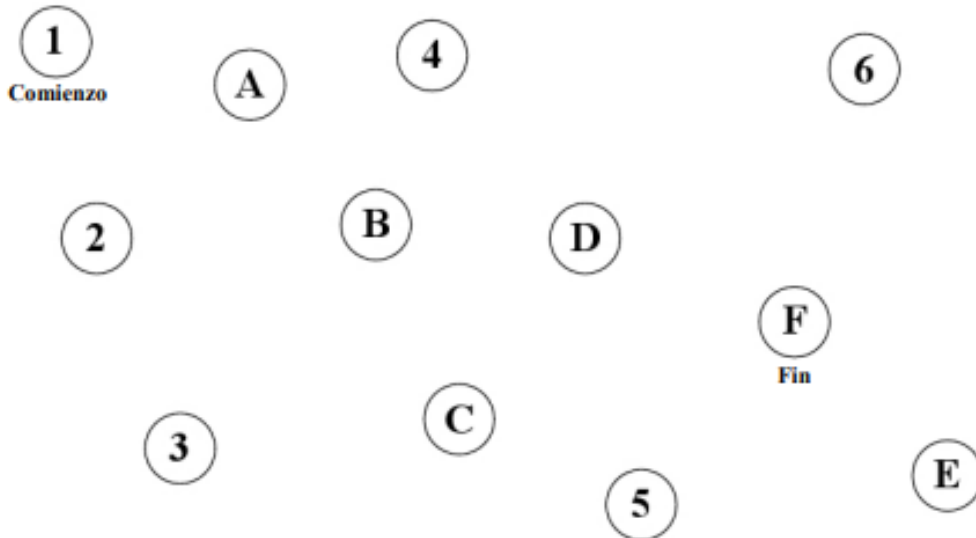
9. Escriba los nombres de 12 animales diferentes (no se preocupe por la ortografía):

Lea este ejemplo (el primero está hecho) y luego pase a la pregunta 10 a continuación:

Dibuje una línea de un círculo a otro comenzando en 1 y alternando números y letras (1 a A a 2 a B a 3 a C).



10. Haga lo siguiente: Dibuje una línea de un círculo a otro comenzando en 1 y alternando números y letras en orden antes de finalizar en F (1 a A a 2 a B, etc.):



Lea este **ejemplo** (el primero está hecho) y luego responda la pregunta 11 a continuación:

- Comience con 1 triángulo y 1 cuadrado
- Mueva 2 líneas (marcadas con una X)
- Para hacer 2 cuadrados y que no haya un triángulo
- Cada línea debe ser parte de un cuadrado completo (sin líneas adicionales)



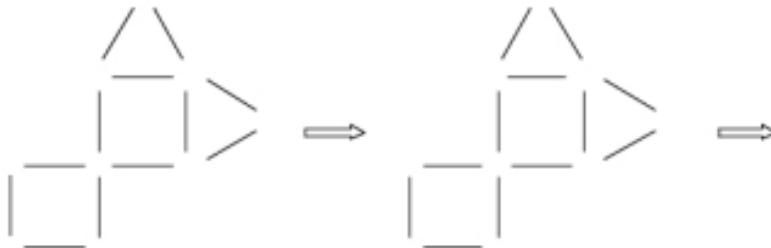
1 triángulo, 1 cuadrado
(Ejemplo)

Mueva estas 2 líneas
(Ejemplo)

Colóquelas aquí (en las flechas)
Forma 2 cuadrados (respuesta)
(Ejemplo)

11. Resuelva el siguiente problema:

- Comience con 2 cuadrados y 2 triángulos
- Mueva 4 líneas (marque con una X)
- Para hacer 4 cuadrados y que no haya un triángulo
- Cada línea debe ser parte de un cuadrado completo (sin líneas adicionales).



2 cuadrados, 2 triángulos

Mueva 4 líneas
Marque con una X

Dibuje la respuesta aquí
4 cuadrados

12. ¿Ha finalizado? _____

Fuente:

The Ohio State University. (s.f.). *Download the SAGE test.*
<https://wexnermedical.osu.edu/brain-spine-neuro/memory-disorders/sage/download-the-sage-test>

ANEXO 19. CENVE. Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (Blanca et al., 2005).

1= Muy en desacuerdo.

2= Bastante en desacuerdo.

3= Bastante de acuerdo.

4= Muy de acuerdo.

Ítems	1	2	3	4
1. La mayor parte de las personas cuando llegan (aproximadamente) a los 65 años de edad comienzan a tener un deterioro considerable de memoria.				
2. Las personas mayores tienen menos interés por el sexo.				
3. Las personas mayores se irritan con facilidad y son «cascarrabias».				
4. La mayoría de las personas mayores de 65 años tienen alguna enfermedad mental lo bastante grave como para deteriorar sus capacidades normales.				
5. Las personas mayores tienen menos amigos que las más jóvenes.				
6. A medida que las personas mayores se hacen mayores se vuelven más rígidas e inflexibles.				
7. La mayor parte de los adultos mantienen un nivel de salud aceptable hasta (aproximadamente) los 65, pero a partir de ese momento se produce un fuerte deterioro de la salud.				
8. A medida que las personas se hacen mayores van perdiendo interés por las cosas.				
9. Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como				

niños.				
10. La mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen una serie de incapacidades que les hacen depender de los demás.				
11. A medida que las personas se van haciendo mayores van perdiendo la capacidad de resolver los problemas a los que se enfrentan.				
12. Los defectos de la gente se agudizan con la edad.				
13. El deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación, confusión. . .) es una parte inevitable de la vejez.				
14. Casi ninguna persona mayor de 65 años realiza un trabajo tan bien como lo haría alguien más joven.				
15. Una gran parte de las personas mayores de 65 años «chochear».				

Fuente:

Álvarez-Dardet, S. M., Cuevas-Toro, A. M., Pérez-Padilla, J., & Lara, B. L. (2016). Evaluación de los estereotipos negativos hacia la vejez en jóvenes y adultos. *Revista española de geriatría y gerontología*, 51(6), 323-328.

ANEXO 20. Registro de evaluación continua:

Ítems: Las personas participantes...	Sí / No	Observaciones:
1. ¿Comprenden y realizan las tareas para casa?		
2. ¿Contribuyen con ideas, preguntas o comentarios durante la sesión?		
3. ¿Se involucran en las actividades propuestas y muestran interés por las temáticas?		
4. ¿Demuestran comprensión por los conceptos y temas tratados?		
5. ¿Son capaces de relacionar los conceptos aprendidos con su vida diaria?		
6. ¿Muestran interés por las opiniones y experiencias de los demás?		
7. ¿Participan activamente en las actividades grupales y fomentan la colaboración?		
8. ¿Se expresan de manera clara y coherente durante la sesión?		
9. ¿Son capaces de escuchar a los demás y responder de manera adecuada?		
10. ¿Son capaces de mantener la atención y participar activamente hasta el final?		
11. ¿Siguen las pautas y actividades propuestas en el programa?		

12. ¿Han mostrado alguna resistencia o dificultad para adaptarse a las dinámicas propuestas?		
13. ¿Han tenido algún progreso o mejora con respecto a sesiones anteriores?		
14. ¿Recuerdan conceptos clave y la información proporcionada en sesiones anteriores?		
15. ¿Son capaces de aplicar y relacionar la información previamente aprendida con las nuevas sesiones?		

Fuente: Elaboración propia.