



Universidad de Valladolid

Facultad de Educación y Trabajo Social

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER
MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOPEDAGOGÍA

El deterioro cognitivo leve y su impacto en la autopercepción de los usuarios de una clínica de memoria. *Propuesta de intervención de mejora.*

Elaborado por: Zaira Ramón Barrero
Tutorizado por: Diego Bustos Ceruelo

RESUMEN

El presente Trabajo Fin de Máster contempla una propuesta a nivel psicopedagógico destinada a personas mayores de 65 años que padecen deterioro cognitivo leve, en un contexto psicoeducativo, con el objetivo de trabajar su bienestar emocional, estimular sus capacidades cognitivas y reforzar un autoconcepto positivo. El proyecto incluye actividades innovadoras de carácter simbólico en el que los usuarios se enfrentan a sus propios recuerdos, emociones y valores personales. La intervención complementa dinámicas de educación emocional y sesiones de refuerzo cognitivo. Para garantizar su eficacia se han definido indicadores de éxito claros y medibles, y se contemplan estrategias de evaluación tanto cualitativas como cuantitativas. El enfoque de este programa persigue no solo una mejora inmediata, sino también un impacto positivo y duradero en la vida de los mayores y su entorno, impulsando la participación, la autonomía funcional, el aprendizaje significativo, y el fortalecimiento del vínculo afectivo con su red de apoyo.

PALABRAS CLAVE

deterioro cognitivo, autoconcepto, estimulación cognitiva, psicoeducación, bienestar, adultos.

ABSTRACT

This Master's Thesis presents a psychopedagogical proposal aimed at people over 65 years old who suffer from mild cognitive impairment, within a psychoeducational context, with the objective of enhancing their emotional well-being, stimulating their cognitive abilities, and reinforcing a positive self-concept. The project includes innovative symbolic activities in which the participants confront their own memories, emotions, and personal values. The intervention complements emotional education dynamics and cognitive reinforcement sessions. To ensure its effectiveness, clear and measurable success indicators have been defined, and both qualitative and quantitative evaluation strategies are considered. The approach of this program seeks not only immediate improvement but also a positive and lasting impact on the lives of the elderly and their environment, promoting participation, functional autonomy, meaningful learning, and strengthening the emotional bond with their support network.

KEY WORDS

cognitive impairment, self-concept, cognitive stimulation, psychoeducation, well-being, adults.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	6
1.1 JUSTIFICACIÓN.....	6
1.2 OBJETIVOS	8
1.3 RELACIÓN CON LAS COMPETENCIAS DEL MÁSTER.....	8
1.4. RELACIÓN CON LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE	11
1.5. ESTRUCTURA DEL TRABAJO	11
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	13
2.1 ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	13
2.2 EL DETERIORO COGNITIVO LEVE (DCL).....	15
2.2.1 Definición	15
2.2.2 Diagnóstico.....	15
2.2.3 Tipos y evolución.....	18
2.2.4 Factores de riesgo y protección.....	19
2.3 AUTOPERCEPCIÓN EN USUARIOS CON DCL.....	21
2.3.1 Concepto de autopercepción.	21
2.3.2. Cambios en la autopercepción en el DCL.....	23
2.3.3 Efectos psicológicos y conductuales en el DLC.	24
2.4 INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA EN USUARIOS CON DCL	25
2.4.1 Sistema legislativo vigente a nivel estatal.....	25
2.4.2. Programas de estimulación cognitiva.....	26
2.4.3. Enfoque psicopedagógico en el apoyo a la mejora de la autopercepción.....	28
3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	30
3.1 ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS.....	30
3.2 TEMPORALIZACIÓN.....	43
3.3 RECURSOS Y MATERIALES.....	44
3.4 INDICADORES DE ÉXITO	45
3.5 EVALUACIÓN	47
4. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	48
4.1 RESULTADOS ESPERADOS	48
4.2 LIMITACIONES.....	49
4.3 PROPUESTAS DE MEJORA	50
5. FUENTES BIBLIOGRÁFICAS	52
6. ANEXOS	58

Anexo 1.....	58
Anexo 2.....	58
Anexo 3.....	61
Anexo 4.....	61
Anexo 5.....	62
Anexo 6.....	62
Anexo 7.....	63
Anexo 9.....	64
Anexo 10.....	65
Anexo 11.....	66
Anexo 12.....	67
Anexo 13.....	68
Anexo 14.....	69

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Tabla 1.....	30
Tabla 2.....	32
Tabla 3.....	34
Tabla 4.....	36
Tabla 5.....	38
Tabla 6.....	40
 Figura 1.	 45

1. INTRODUCCIÓN

1.1 JUSTIFICACIÓN

Este trabajo propone una intervención psicopedagógica dirigida a personas mayores con deterioro cognitivo leve (DCL), un colectivo que frecuentemente carece de atención específica para su autopercepción y bienestar emocional. La propuesta se enmarca en un entorno psicoeducativo y busca complementar las intervenciones cognitivas tradicionales con un enfoque integral en el ámbito emocional.

Su interés nace de los resultados de investigaciones previas que han expuesto que las intervenciones psicopedagógicas son de gran eficacia en la mejora de las cualidades de las personas con DCL, y que una intervención adecuada en las primeras etapas de la enfermedad puede resultar en una mayor independencia y bienestar general.

Primero de todo, es importante aclarar que ha sido concebido para ser aplicado en un contexto específico, un entorno psicoeducativo en el que se presta atención especializada a sujetos que padecen esta afección, como sería una clínica de memoria donde los usuarios participan en programas de intervención cognitiva y rehabilitación neuropsicológica destinados a preservar sus capacidades y favorecer su bienestar general. Su aplicación se desarrolla dentro del marco de un enfoque interdisciplinar, donde colaborar profesionales de distintos ámbitos como la psicopedagogía, la neuropsicología o la logopedia entre otros. Esta propuesta pretende ser integrada como una herramienta innovadora que aporte una intervención psicopedagógica centrada en la mejora de la percepción de los usuarios a través del apoyo emocional, dos elementos clave para enfrentar la enfermedad desde una perspectiva más humana.

Por otro lado, la falta de investigación y observación acerca de esta hace que la búsqueda de información sobre el alcance de la enfermedad para la elaboración de este plan de intervención haya sido mucho más compleja y haya llevado más tiempo del esperado. Pese a la prevalencia de esta afección a causa del envejecimiento progresivo de la población, los avances científicos, estudios y exploraciones en este ámbito son limitados, por lo que ha sido un verdadero reto el desarrollo de este trabajo, que se ha visto afectado por la escasa disponibilidad de informes y avances recientes, especialmente de los últimos cinco años hasta ahora. El acceso a datos actualizados y evidencia empírica reciente que sustente la propuesta de intervención se ha visto perjudicada, este hecho pone en evidencia la necesidad de dar espacio a la creación de nuevas líneas de investigación. Es necesario, asimismo, que se dé forma a líneas centradas en las fases iniciales del deterioro cognitivo; la mayoría de los estudios disponibles se centran en fases más avanzadas del diagnóstico como la demencia o el Alzheimer; también es crucial que se incluyan

aspectos relacionados con el impacto psicológico y emocional en las personas que lo padecen, intentando no abordar únicamente aspectos clínicos.

La enfermedad en la que se centra este programa afecta a una cifra creciente de la población, especialmente en los adultos mayores, y su prevalencia sigue aumentando con el envejecimiento de la sociedad, y, a pesar de que esta afección se caracteriza por un deterioro moderado de las funciones cognitivas del sujeto que padece esta enfermedad, sin llegar a los niveles de discapacidad funcional propios de la demencia, sus efectos son notables en términos de calidad de vida y bienestar emocional. Es por ello por lo que la intervención a través del campo emocional es de gran importancia para que los usuarios puedan mantener su funcionalidad cognitiva durante más tiempo. La percepción que una persona tiene de su capacidad cognitiva influye directamente en su actitud ante el deterioro y en su actitud para involucrarse en actividades que podrían contribuir a frenar el avance de la enfermedad.

Las intervenciones actuales ponen el foco central en aspectos relacionados con la memoria, la atención, el lenguaje o las funciones ejecutivas. sin abordar apenas las dimensiones emocionales y psicológicas que abordan esta enfermedad. Siguiendo esta línea, la importancia del bienestar de las personas radica en que, la exposición acumulativa de síntomas depresivos a largo plazo en adultos mayores podría prever el DCL posterior, además que, alrededor de la mitad de los adultos que poseen DCL concomitante y la existencia de síntomas depresivos son más propensos a desarrollar la enfermedad de Alzheimer según recientes investigaciones (González-Segura et al., 2021). Con todo ello, no se debe pasar por alto que existen evidencias que señalan la constatación de una relación entre los síntomas depresivos y la pérdida más rápida de la memoria.

A través de esta iniciativa, se plantea una intervención de carácter integral que combina la estimulación cognitiva con el acompañamiento emocional para ofrecer una atención más adaptada y completa a las necesidades reales de quienes lo padecen. Se sustenta en la premisa de que la autopercepción y la autoestima de estas personas son componentes clave en su capacidad para enfrentar la enfermedad, lo que puede ralentizar la progresión de esta. En este sentido, el fortalecimiento emocional actúa como un recurso terapéutico clave junto al trabajo cognitivo, debido a que, cuando uno mismo percibe sus capacidades cognitivas de forma más positiva, sintiéndose emocionalmente respaldado, es más probable que se muestre motivado y activo para participar en actividades que estimulen sus habilidades.

Por ende, la finalidad del programa es proporcionar una intervención psicopedagógica adaptada a las necesidades de las personas en las primeras etapas del DCL, de manera que se potencie no

solo el cuidado de sus habilidades cognitivas, sino también su estabilidad y equilibrio emocional.

1.2 OBJETIVOS

Tras contextualizar la importancia de la intervención, se presentan a continuación los objetivos generales y específicos del programa.

Objetivo general

- Desarrollar una propuesta de programa de intervención psicopedagógica que promueva el bienestar y mejore la imagen de sí mismos mediante la estimulación cognitiva y el acompañamiento emocional de los usuarios con DCL

Objetivos específicos

- Conocer los efectos del Deterioro Cognitivo Leve (DCL) en la autopercepción de las personas
- Investigar la relación entre la autopercepción de las personas con DCL y cómo influye en su calidad de vida.
- Identificar enfoques psicopedagógicos efectivos para impulsar la autopercepción y la autoestima en personas con DCL.
- Elaborar un plan de intervención centrado en la mejora de la autopercepción y el bienestar de personas con DCL

1.3 RELACIÓN CON LAS COMPETENCIAS DEL MÁSTER

A continuación, se detallan las competencias generales del máster junto a una breve descripción explicativa de su relación con el TFM, y posteriormente se mantendrá la misma estructura en las competencias específicas. Respecto a las competencias generales son:

G3. Comunicar las decisiones profesionales y las conclusiones, así como los conocimientos y razones últimas que las sustentan a públicos especializados y no especializados, de manera clara y sin ambigüedades

La propuesta incluye la comunicación de decisiones y conclusiones a diferentes públicos, desde los usuarios del centro hasta sus familiares, garantizando de esta manera una comprensión adecuada de las decisiones adoptadas y su justificación.

G5. Responder y actuar de manera adecuada y profesional, teniendo en cuenta el código ético y deontológico de la profesión, en todos y cada uno de los procesos de intervención.

El diseño de las actividades salvaguarda la dignidad, la autonomía y el respeto a las habilidades de cada usuario, garantizando una intervención ética y adaptada a las necesidades específicas de esta población vulnerable.

G6. Actualizarse de manera permanente en las TIC para utilizarlas como instrumentos para el diseño y desarrollo de la práctica profesional.

El plan incorpora las TIC como herramientas complementarias mediante recursos digitales interactivos durante la ejecución de actividades concretas para promover una mayor accesibilidad e innovación en la práctica psicopedagógica

G7. Implicarse en la propia formación permanente, reconocer los aspectos críticos que ha de mejorar en el ejercicio de la profesión, adquiriendo independencia y autonomía como discente y responsabilizándose del desarrollo de sus habilidades para mantener e incrementar la competencia profesional.

El desarrollo de la propuesta conlleva un proceso de reflexión continua sobre la práctica profesional y las diversas áreas de mejora personal. La elección del público destinatario y el diseño de actividades que se adapten a sus necesidades específicas ha exigido una formación actualizada y autónoma, evidenciando el compromiso con la mejora continua y el desarrollo de habilidades psicopedagógicas para garantizar una intervención eficaz y profesional.

En cuanto a las competencias específicas son:

E1. Diagnosticar y evaluar las necesidades socioeducativas de las personas, grupos y organizaciones a partir de diferentes metodologías, instrumentos y técnicas, tomando en consideración las singularidades del contexto.

El diseño del programa incluye la puesta en práctica distintas pruebas diagnósticas estandarizadas, entrevistas semiestructuradas y observaciones directas, que facilitan una comprensión global del estado cognitivo, emocional y social de los usuarios.

E3. Aplicar los principios y fundamentos de la orientación al diseño de actuaciones favorecedoras del desarrollo personal y/o profesional de las personas.

Las actividades de la propuesta están orientadas a favorecer el desarrollo personal de las personas con deterioro cognitivo leve, integrando principios de orientación psicopedagógica, como atención a la diversidad o el acompañamiento respetuoso.

E4. Diseñar, implementar y evaluar prácticas educativas, programas y servicios que den respuesta a las necesidades de las personas, organizaciones y colectivos específicos.

El plan contiene el diseño y el método de evaluación de un conjunto de actividades específicas que dan respuesta a las necesidades de personas que padecen deterioro cognitivo leve.

E5. Planificar, organizar e implementar servicios psicopedagógicos.

El diseño del plan "El deterioro cognitivo leve y su impacto en la autopercepción de los usuarios de una clínica de memoria" es una propuesta de intervención de mejora que actúa un servicio psicopedagógico.

E6. Aplicar los fundamentos y principios básicos de la gestión a la planificación de acciones de coordinación y liderazgo de equipos psicopedagógicos favoreciendo el trabajo en red entre los diferentes agentes e instituciones socioeducativas.

En el diseño del proyecto se favorece el trabajo en red entre los posibles distintos profesionales de la institución socioeducativa en la que se implemente, promoviendo una intervención integral para favorecer la eficacia de los resultados a través de la colaboración.

E7. Analizar, interpretar y proponer actuaciones, teniendo en cuenta las políticas educativas derivadas de un contexto social dinámico y en continua evolución.

Se han considerado las normativas vigentes y enfoques en un contexto social cambiante para asegurar la coherencia de la propuesta con las necesidades sociales.

E8. Formular nuevas propuestas de mejora de la intervención psicopedagógica, fundamentadas en los resultados de la investigación psicopedagógica.

Se han formulado propuestas de mejora para futuras intervenciones basadas en investigaciones psicopedagógicas, así como en prácticas identificadas en este campo debido a que se trata del diseño de una propuesta que todavía no ha sido implementada.

1.4. RELACIÓN CON LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

Esta propuesta de intervención se alinea con varios Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030, que tienen por objetivo la mejora de la calidad de vida de las personas y garantizar que ningún grupo quede atrás.

El ODS 3: Salud y bienestar (Organización de las Naciones Unidas, 2022), considerando la estimulación cognitiva y el fomento de la comunicación afectiva en adultos con deterioro como en ejercicio que provoca un impacto directo en la salud mental y emocional de este colectivo, contribuyendo de este modo a la mejora de su calidad de vida, la prevención del aislamiento social y el fomento de un envejecimiento activo y saludable.

El ODS 4: Educación de calidad (Organización de las Naciones Unidas, 2022), debido a que las actividades diseñadas buscan el aprendizaje continuo a través del desarrollo y mantenimiento de sus habilidades cognitivas activas, promoviendo el refuerzo de competencias personales

Y, por último, el ODS 10: Reducción de las desigualdades (Organización de las Naciones Unidas, 2022), dado que la presente propuesta persigue garantizar este colectivo acceso a recursos que mejoren su calidad de vida, ofreciendo una respuesta inclusiva, equitativa y adaptada a las necesidades de una parte de la población que se encuentra en un estado vulnerable.

1.5. ESTRUCTURA DEL TRABAJO

Dicha propuesta se estructura mediante diferentes bloques que permiten desarrollar de forma progresiva el diseño de la intervención. Son los siguientes.

En primer lugar, la fundamentación teórica, recoge en profundidad en el estado actual de la cuestión junto a las corrientes teóricas necesarias para comprender el deterioro cognitivo leve. Se tratan aspectos como la definición de deterioro cognitivo leve, el diagnóstico, la evolución y los factores de riesgo o protección, además del análisis de la autopercepción en personas con esta afección y los efectos emocionales asociados, que son el sustento del proyecto. Asimismo, se tiene en cuenta el marco normativo actual y los programas específicos centrados en la estimulación cognitiva y el acompañamiento emocional que se encuentran en curso en la actualidad.

A continuación, se describe la propuesta de intervención, la base y el núcleo práctico de la intervención. En este apartado se describen con exhaustividad las actividades diseñadas, las estrategias metodológicas empleadas, la temporalización, los recursos necesarios, así como los indicadores de éxito establecidos para valorar el impacto de la intervención. Incluyendo las técnicas de evaluación previstas, cualitativas y cuantitativas, con el fin de garantizar un seguimiento riguroso de los objetivos planteados.

Posteriormente, se reflexiona sobre los resultados esperados en un apartado dedicado a las conclusiones y discusión, realizando un análisis de las principales limitaciones encontradas durante la elaboración del programa y describiendo posibles líneas de mejora y futuras intervenciones, para poder continuar desarrollando prácticas psicopedagógicas ajustadas a este perfil de usuarios.

Para finalizar, se compilan las fuentes bibliográficas que han sido utilizadas para desarrollar el trabajo, conformando el respaldo teórico sobre el que se ha construido tanto el análisis como la intervención propuesta. Tras ello, este proyecto se cierra con un conjunto de anexos que incluyen los materiales elaborados para la intervención (cuestionarios, entrevistas, actividades, rúbricas).

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

El presente marco teórico proporciona una base científica necesaria para comprender el contexto y la justificación de la propuesta de intervención que se desarrolla en este trabajo, a través de una revisión exhaustiva del estado actual de la investigación relacionada con el deterioro cognitivo leve (DCL). Para ello se van a abordar aspectos esenciales como la definición precisa de deterioro cognitivo leve, los métodos diagnósticos más frecuentes, los distintos tipos y la evolución que puede presentar esta condición. Además de la realización de un análisis sobre los factores de riesgo que contribuyen a su aparición y aquellos factores de protección que pueden influir en la prevención o ralentización de su avance.

2.1 ESTADO DE LA CUESTIÓN

La caracterización precisa del deterioro cognitivo leve es esencial tanto para la intervención temprana como para el diseño de estrategias preventivas. A pesar de ser una línea de investigación clave en el ámbito del envejecimiento y la neuropsicología clínica, en la última década existen pocos estudios acerca de la enfermedad. Pese a la escasez de estudios recientes en el último quinquenio, en el transcurso de la última década distintos autores han contribuido a trazar un mapa teórico y empírico sobre las causas, manifestaciones y métodos diagnósticos asociados al DCL.

Desde una línea de investigación, García-Ptacek et al. (2016) contribuyen pruebas relevantes sobre la percepción subjetiva del deterioro cognitivo, que podría conformar una manifestación preclínica de enfermedades neurodegenerativas. El concepto de deterioro cognitivo subjetivo ha adquirido una mayor importancia al observarse que muchas personas que posteriormente desarrollan demencia habían reportado, en fases iniciales, una sensación personal de deterioro no objetivable en pruebas estandarizadas. Esta hipótesis se respalda en resultados de neuroimagen y biomarcadores, y permite anticipar cambios estructurales antes de que el daño cognitivo sea notorio.

Asimismo, se ha identificado una dimensión social y conductual del deterioro que ha enriquecido el marco teórico de la afección. Una línea de investigación significativa es la de Guerrero Oyarzún y Bernal-Ruiz (2024), que han documentado alteraciones significativas en la teoría de la mente entre los diferentes subtipos de deterioro, sugiriendo que la pérdida de funciones cognitivas sociales también podría ser un indicador temprano de progresión hacia formas más severas de demencia. En concordancia con ello, Ortiz et al. (2017) introducen el concepto de deterioro conductual leve, considerado como la aparición de síntomas psiquiátricos

y de comportamiento en adultos mayores sin demencia, que podría anticipar el desarrollo de cuadros neurodegenerativos más detallados en su estructura.

Este conjunto de estudios pone de manifiesto una convergencia teórica con respecto a la idea de que el deterioro cognitivo leve no es un fenómeno unidimensional, sino una alteración clínica compleja, con múltiples expresiones que incluyen tanto factores neuropsicológicos como sociales, conductuales y subjetivos. La evolución de las teorías en torno a esta enfermedad ha dado lugar a la construcción de modelos integrados que definen el deterioro cognitivo como un proceso continuo en el que el envejecimiento normal y la demencia representan extremos de un mismo proceso neurobiológico.

Bajo el enfoque metodológico, estudios examinados coinciden en la necesidad de hacer uso de herramientas diagnósticas variadas y complementarias. Las evaluaciones breves y rápidas como el MMSE (Mini-Mental State Examination) siguen siendo útiles por su amplia utilización clínica, si bien muestran limitaciones en cuanto a sensibilidad. En cambio, el MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ha demostrado una mayor capacidad para detectar casos de deterioro, aun cuando se ha observado que tiende a sobreestimarlos. Las baterías neuropsicológicas completas, a pesar de que demandan más tiempo y personal especializado, permiten una evaluación detallada de múltiples dominios cognitivos y, por consiguiente, una mayor precisión diagnóstica.

De manera similar, su diagnóstico se ve influido por factores sociodemográficos. La edad avanzada, el bajo nivel educativo y, en algunos estudios, el sexo femenino, han sido identificados como factores de riesgo significativos. En contraposición, niveles educativos más altos y la participación en actividades cognitivamente estimulantes, como la lectura frecuente, se perciben como un efecto protector. Esta relación entre variables contextuales y deterioro cognitivo consolida la necesidad de interpretar los resultados diagnósticos dentro de un marco biopsicosocial, que tenga en cuenta la historia vital y el entorno de la persona.

En conclusión, el estado actual de la investigación sobre el deterioro cognitivo leve, a nivel teórico, pone de manifiesto que las principales hipótesis se articulan en torno a la reserva cognitiva, el deterioro subjetivo como fase preclínica, la integración de la conducta y la cognición social, y la progresión continua hacia la demencia. Mientras que, a nivel metodológico, se recomienda la utilización combinada de herramientas de cribado y baterías específicas, ajustadas según los factores individuales del usuario, y el desarrollo de perfiles de riesgo personalizados que permitan intervenir de forma temprana y eficaz.

2.2 EL DETERIORO COGNITIVO LEVE (DCL)

2.2.1 Definición

El deterioro cognitivo leve (DCL) es una condición clínica que se caracteriza por una alteración, tanto objetiva como subjetiva, de una o más funciones cognitivas en personas que mantienen la autonomía funcional necesaria para realizar sus actividades diarias, a pesar de la presencia de este déficit. Representa un estado intermedio entre el funcionamiento cognitivo que se espera para la edad en la que se diagnostica y la demencia, concretamente la enfermedad del Alzheimer (EA), sin cumplir los criterios diagnósticos establecidos para esta última (SEFAC, 2023).

En la actualidad, no existe un acuerdo sobre su clasificación diagnóstica debido a la formulación de múltiples definiciones y subtipos por distintos especialistas, lo que ha provocado variabilidad en los criterios a seguir para evaluarlo (Martínez-Ruiz et al., 2022).

Esta ausencia de uniformidad en la clasificación diagnóstica se une a la diversidad en los patrones de afectación neuropsicológica. La variabilidad en las zonas y las funciones afectadas complica la caracterización de la enfermedad y su pronóstico, puesto que algunos presentan trayectorias evolutivas diferentes frente a otros que se mantienen estables o progresan a formas más severas de deterioro cognitivo (Pérez-García et al., 2021).

A pesar de existir una falta de consenso dentro de la clasificación clínica, y la heterogeneidad del perfil neuropsicológico de quienes lo sufren, podemos reconocer la enfermedad analizando las siguientes características propuestas por Petersen (2001):

en primer lugar, las funciones superiores están desviadas de la normalidad, pero no son las de una persona enferma; existe una dificultad para diferenciar los cambios cognitivos con los del envejecimiento normal; subsiste una mayor probabilidad de progresar hacia la demencia y, por último, los déficits de memoria son las quejas más frecuentes.

2.2.2 Diagnóstico

El deterioro cognitivo es equivalente a un estado intermedio entre el estado cognitivo normal y la demencia. En esta patología se evidencian alteraciones en el nivel cognitivo que son percibidas por el sujeto, la familia o alguien de su entorno.

Anteriormente, esta afección se relacionaba con el proceso propio del envejecimiento y se encontraba en estadios avanzados de enfermedad. En estos tiempos, y gracias al estudio de esta patología se ha logrado que los usuarios sean diagnosticados en estadios cada vez más precoces, y, por consiguiente, se incida en el curso y el entorno social de la persona y su círculo (SEFAC,2023)

Para valorar la existencia de esta patología es necesario detectar alteraciones cognitivas carentes en el individuo sano, es decir, alguna de las siguientes:

- En la memoria se ve afectada la relacionada con el trabajo, la episódica y la de recuerdo libre. Sin embargo, la icónica (a corto plazo), el recuerdo facilitado, el reconocimiento, la memoria semántica, implícita y prospectiva se mantiene.
- En el lenguaje disminuye la fluencia verbal y se pierde la denominación, pero se preserva el léxico y la sintaxis.
- En el razonamiento se reduce la velocidad de procesamiento y la capacidad de resolución de problemas, pero se mantiene la atención (SEFAC, 2023)

Tras la realización del informe clínico, se da paso a la valoración neuropsicológica. En esta, el profesional realiza distintas pruebas cognitivas para evaluar las áreas específicas del funcionamiento mental: como la memoria, la atención, el lenguaje y las funciones ejecutivas. Estas pruebas ayudan a conocer el alcance del deterioro cognitivo y a diferenciar el DCL de otras condiciones como la demencia o el envejecimiento normal.

Entre las pruebas que se realizan a los sujetos en la actualidad se encuentran las siguientes:

- MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE): Es una herramienta que se compone por un conjunto de ítems que evalúan varias funciones cognitivas como la orientación, la atención o las habilidades visuoespaciales. Su duración es de aproximadamente 10 minutos y se puede obtener una puntuación máxima de 30 puntos, siendo el punto de corte más común los 24 puntos para indicar posibles alteraciones cognitivas (Schmitt et al., 2023). Es importante destacar que en comparación con otras pruebas presenta menor sensibilidad para detectar alteraciones sutiles durante las fases iniciales de la pérdida progresiva de las funciones mentales.
- MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MoCA): Es una prueba que evalúa distintos dominios cognitivos básicos para la realización de las tareas propias de la vida diaria. Por medio de ejercicios que abarcan desde la copia de figuras hasta las restas en serie y el recuerdo de palabras, se examinan habilidades de la persona como la atención, la memoria, las funciones ejecutivas, etc. (Verywell Health, 2021). Su aplicación es de 10-15 minutos aproximadamente, pudiendo obtener una puntuación máxima de 30 puntos, donde un resultado inferior a 26 puede indicar la presencia de deterioro cognitivo.
- CAMDEX-R: Se trata de una batería que permite la evaluación de distintos aspectos del estado actual del usuario tanto a nivel físico como mental, también examina su historia familiar y sus antecedentes personales. Aporta un método de observación estandarizada que hace posible la evaluación de datos relevantes para poder establecer un diagnóstico

y medir la progresión cuantitativa de la demencia, diferenciando esta enfermedad de otros trastornos mentales habituales del proceso de envejecimiento (TEA, 2025). Dentro de esta batería, destaca el subtest CAMCOG-R por ser el más eficaz, puesto que, de manera más concreta, es aplicado para la evaluación neuropsicológica, especialmente para la detección de deterioro cognitivo y demencia, explorando distintas áreas cognitivas como la memoria, el lenguaje, la orientación, la atención o la praxis, entre otras, proporcionando un análisis pormenorizado del estado cognitivo de la persona (Serdomas, 2023).

- TEST BARCELONA: Se trata de una batería diseñada para la evaluación de distintas funciones cognitivas en adultos, incorporando en su versión más reciente un modelo cerebral funcional actualizado y herramientas digitales que facilitan su administración y puntuación en entornos clínicos y de investigación (Meeting Campus, 2024). Dentro de esta batería, el subtest TB-TDI que cuenta con materiales específicos adaptados como cubos de metacrilato, instrucciones precisas y herramientas digitales incorporadas dentro de la Estación de Trabajo TDI, que hacen posible la automatización de la evaluación y la creación de informes más completos y exhaustivos (SVNPS, 2023).
- TRAIL MAKING TEST (TMT): Es una prueba neuropsicológica puesta en práctica para evaluar las funciones cognitivas. Este cuestionario está compuesto por dos partes: en el Bloque A se evalúan la velocidad de procesamiento y la atención visual, mientras que, en el Bloque B se miden la flexibilidad cognitiva y la capacidad para cambiar entre tareas (Reitan, 2021). El rendimiento se examina por el tiempo que tarda en completar el sujeto cada parte, siendo un mayor tiempo un indicador de mayor dificultad. Por otra parte, la diferencia de tiempo entre ambas partes de la prueba ofrece información adicional sobre la flexibilidad cognitiva del individuo.
- STROOP TEST: Es una herramienta neuropsicológica que es utilizada para la evaluación de varias funciones ejecutivas, dividida en tres partes. La primera sección determina la velocidad de procesamiento visual y la atención sostenida, ya que el participante debe enfocarse en leer las palabras rápidamente sin distracciones. La segunda, mide la atención selectiva y la velocidad de procesamiento, ya que la persona tiene que lograr identificar y nombrar los colores de manera rápida y precisa. Y, por último, la tercera evalúa la capacidad de inhibir respuestas automáticas y la flexibilidad cognitiva, ya que el sujeto debe suprimir la tendencia natural de leer la palabra y, en su lugar, pronunciar el color de la tinta.

En el intervalo correspondiente a los últimos cinco años, los umbrales de anormalidad en las pruebas cognitivas efectuadas a los usuarios se han revisado, poniendo énfasis en la necesidad de utilizar baterías completas para excluir diagnósticos sesgados.

Por otro lado, se ha potenciado el uso de biomarcadores, que ha alcanzado una posición central en la actualidad, dado que permiten establecer correlaciones más objetivas con la neurodegeneración, además de, tener un menor coste y una mayor accesibilidad (SEMEG, 2024)

2.2.3 Tipos y evolución.

El diagnóstico de los distintos subtipos de deterioro cognitivo leve varía según esté basado en criterios clínicos o neuropsicológicos.

Siguiendo el pronóstico clínico, se puede clasificar en tres subtipos, cada uno con características propias y diferentes probabilidades de evolución hacia la demencia. Estos se distinguen principalmente por los dominios cognitivos que se ven afectados y las características de la progresión.

Los estudios más recientes, reconocen los siguientes subtipos como los más comunes:

- *DCL amnésico (DCLa)*: repercute principalmente en la memoria episódica, es decir, en la capacidad que tenemos para recordar información que hemos aprendido previamente. Las personas con este tipo de deterioro suelen mostrar dificultades en pruebas de memoria, especialmente en el reconocimiento de palabras o imágenes y en el recuerdo diferido. Este subtipo es el que tiene un mayor riesgo de alcanzar la enfermedad del Alzheimer, (Kaiser et al., 2020)
- *DCL no amnésico (DCLduna)*: interfiere en otras áreas cognitivas, como el lenguaje, las habilidades visoespaciales, las funciones ejecutivas o la percepción visual. A pesar de ello, no presenta una alteración tan pronunciada de la memoria. Puede desencadenar en demencia frontotemporal o la demencia por cuerpos de Lewy, según las áreas cerebrales afectadas. (Yamada et al., 2021)
- *DCL multidominio (DCLmd)*: presenta déficits en varias áreas cognitivas a la vez. Es el subtipo que tiene un mayor riesgo de conversión a la demencia, debido a que presenta una amplia afectación cognitiva. Provoca un gran interés en el campo de la investigación debido a la complejidad de sus características clínicas, que pueden confundirse con otras formas de demencia (Jessen et al., 2021).

2.2.4 Factores de riesgo y protección.

Se han identificado múltiples factores que pueden incrementar la probabilidad de desarrollar DCL. Estos factores pueden ser clasificados en genéticos, biomédicos y ambientales:

- Factores genéticos: La presencia del alelo APOE-ε4, es una variante del gen Apolipoproteína E (APOE) el cual desempeña un papel clave en el metabolismo de los lípidos en el cerebro y el cuerpo, se ha relacionado con un mayor riesgo de adquirir DCL y su evolución hacia la demencia, particularmente a la enfermedad del Alzheimer. Aunque su presencia no garantiza la aparición de la enfermedad, las personas que heredan una o dos copias de este alelo presentan una mayor probabilidad de desarrollar estas acumulaciones patológicas. El motivo es que el APOE-ε4 incide en la acumulación de placas beta-amiloides en el cerebro, una de las principales características patológicas de la enfermedad de Alzheimer (Liu et al., 2021).
- Factores biomédicos: Hacen referencia a las enfermedades cardiovasculares y metabólicas. La hipertensión arterial, la diabetes tipo 2, la obesidad y la dislipidemia se han asociado con un aumento del riesgo de deterioro cognitivo. Estas condiciones tienen un impacto negativo en la irrigación sanguínea cerebral y pueden originar un daño neuronal progresivo. La acumulación de placas ateroscleróticas en los vasos sanguíneos cerebrales contribuye a la disminución del flujo sanguíneo y a la inflamación en el cerebro y el sistema nervioso central, lo que puede provocar un deterioro en la función cognitiva (Livingston et al., 2020).
- Factores ambientales: Una falta de actividad física regular se ha asociado con determinados efectos negativos en la salud cerebral, entre ellos un menor volumen del hipocampo y una reducción en la conectividad neuronal. La actividad física, sin embargo, tiene un impacto positivo en el cerebro mejorando la neuroplasticidad y la circulación cerebral, lo que favorece la producción de factores neurotróficos, esenciales para el mantenimiento de las funciones cognitivas (Santos et al., 2018).

También hace referencia al aislamiento social y trastornos del estado de ánimo, la depresión o la soledad han sido de las causas identificadas como factores de riesgo significativos. Los trastornos del estado de ánimo pueden provocar cambios estructurales en el cerebro, además de afectar la producción de neurotransmisores clave para la memoria y la cognición, como la serotonina y la dopamina (Cacioppo & Cacioppo, 2018).

En contraposición, existen factores que pueden contribuir a reducir el riesgo de desarrollar DCL o a frenar su evolución, algunos de ellos son los siguientes:

- ❖ Control de factores de riesgo vascular: La prevención y el tratamiento apropiado de enfermedades cardiovasculares y metabólicas, como la hipertensión y la diabetes, son determinantes en la disminución del riesgo de deterioro cognitivo. Métodos como la medicación, la adopción de hábitos saludables y el seguimiento médico periódico son vitales para impedir el daño cerebral progresivo asociado a estas patologías (Norton et al., 2020).
- ❖ Actividad física regular: La práctica de ejercicio físico, especialmente el aeróbico, favorece la oxigenación a las células neuronales, estimula la neurogénesis en el hipocampo, una región clave para la memoria y el aprendizaje. Por otro lado, en una revisión sistemática y metaanálisis realizada el año pasado, se observó una relación débil entre la actividad física y la cognición global. Esta asociación también se observó en áreas como la memoria episódica y la fluidez verbal. Aunque la relación es limitada, los resultados muestran que la actividad física podría retrasar el deterioro cognitivo a nivel poblacional, aunque en una medida reducida (Iso-Markku et al., 2024).
- ❖ Estimulación cognitiva: Actividades como la lectura, la resolución de rompecabezas, el aprendizaje de nuevos idiomas y el uso de tecnologías digitales se ha demostrado que fortalecen la reserva cognitiva, es decir, la capacidad del cerebro para resistir el daño patológico y funcionar de manera efectiva a pesar de los procesos degenerativos en los que se encuentra inmerso. La estimulación cognitiva impulsa el desarrollo de nuevas conexiones neuronales y ayuda a mantener la funcionalidad de las redes cerebrales, lo que puede demorar el desarrollo del deterioro cognitivo (Wilson et al., 2020).
- ❖ Interacción social: Una participación activa en actividades sociales puede ralentizar la pérdida de facultades mentales asociadas con la edad, especialmente en el grupo de los más mayores. El año pasado se realizó un estudio que reveló que aquellas personas que participaban más en actividades sociales en línea mostraban un mejor funcionamiento cognitivo en el presente y una menor tasa de declive cognitivo dos años después, aun teniendo en consideración los posibles factores demográficos y de salud (Zhao et al., 2024).

2.3 AUTOPERCEPCIÓN EN USUARIOS CON DCL

2.3.1 Concepto de autopercepción.

La autopercepción es un concepto que, a lo largo de la historia, ha sido ampliamente estudiado en diferentes campos de la psicología, especialmente en la psicopedagogía y la neuropsicología.

En términos generales, hace referencia al proceso mediante el cual una persona se observa, evalúa y forma una imagen de sí misma, basada en la interpretación de sus propios pensamientos, sentimientos, conductas y experiencias (Amor Systemic, 2025).

La autopercepción involucra la visión interna que una persona tiene sobre sí misma y a su vez la forma en que interpreta sus experiencias y reacciones frente a las situaciones que enfrenta en la vida cotidiana. Esta capacidad es clave para alcanzar el bienestar emocional y mental debido a que tiene implicaciones directas en el desarrollo personal, la autoestima, el rendimiento académico y profesional, y la salud mental. Siguiendo esta explicación, la autopercepción no es algo fijo o estático, es algo que se construye a lo largo del tiempo y puede cambiar conforme una persona vive nuevas experiencias y recibe retroalimentación sobre su comportamiento.

Uno de los marcos teóricos más influyentes para entender este constructo es la Teoría de la Autopercepción de Daryl Bem (1972). Siguiendo esta teoría, las personas infieren sus propios estados internos (actitudes, emociones, motivos) al observar su comportamiento de manera similar a como infieren los estados de los demás. Es decir, cuando las señales internas son débiles o ambiguas, los sujetos analizan su conducta pasada y las circunstancias externas para interpretar lo que sienten o piensan.

La autopercepción es clave en la construcción de la autoestima y en cómo las personas enfrentan los desafíos que surgen en su vida personal. Una visión positiva de uno mismo fortalece la sensación de habilidad y confianza en las propias capacidades, lo que facilita un enfoque más activo y optimista ante los posibles problemas. En este sentido quienes tienen una autopercepción positiva suelen percibir los obstáculos como oportunidades de crecimiento, lo que les ayuda a mantener una actitud resiliente. En cambio, cuando la autopercepción es negativa, las personas pueden experimentar sentimientos de inseguridad y desánimo, lo que incrementa la posibilidad de desarrollar ansiedad o incluso depresión. En estos casos, la percepción de uno mismo como insuficiente o incapaz agrava el deterioro emocional, restringiendo la capacidad para afrontar las adversidades de manera efectiva y favoreciendo la aparición de síntomas vinculados al malestar psicológico.

El concepto de autopercepción no es unívoco, por ello podemos hablar de tres componentes interrelacionados con la autopercepción que se influyen mutuamente: la autoestima, la autoeficacia y el autoconcepto. Respecto a estos tres términos:

La autoestima de una persona, según Rice (2000), es la consideración que tiene hacia sí misma, se desarrolla a partir de la interacción personas que se consideran importantes entre ellas. El “yo” evoluciona por medio de pequeños logros, los reconocimientos y el éxito (UNAM, 2022). A pesar de que la autoestima es una estructura consistente y estable en el tiempo, su naturaleza es dinámica, lo que permite que esta se pueda fortalecer o deteriorar en función de posibles experiencias vitales. Lo relevante es que, en mayor o menor grado, es susceptible de ser mejorada. Los problemas de autoestima se manifiestan prácticamente todos los estadios del desarrollo humano y tienen efectos en los aspectos educativos, de matrimonio, profesionales, laborales, culturales. Asimismo, funciona como mediador entre los estresores externos y los síntomas psicológicos y un fallo en la autoestima distorsiona o intensifica la fuerza de la relación entre los estresores y la aparición de síntomas psicológicos (UNAM, 2022).

La autoeficacia se refiere a la creencia de una persona en su capacidad para realizar con éxito un comportamiento determinado. Es un aspecto clave en la teoría cognitiva social de Albert Bandura.

Los planteamientos propuestos sobre la autoeficacia de la teoría cognitiva social de Bandura promueven la formulación de metas personales y el desarrollo de la motivación intrínseca. Las metas son construcciones mentales de lo que un individuo está tratando de alcanzar, aportándole energía y dirección al comportamiento, y a su vez ayudan a conservar la motivación frente a los desafíos, en otras palabras, son los objetivos que una persona se propone alcanzar en diferentes ámbitos de su vida. La teoría cognitiva social de Bandura (1993) propone que las metas personales deben ser específicas, medibles, alcanzables, relevantes y temporales. Estas características hacen que las metas sean más claras, más desafiantes y motivadoras (Jácome León, S. M et al., 2023).

El autoconcepto hace referencia a la percepción que cada persona tiene de sí mismo. Es un constructo psicológico dinámico y activo en su proceso de desarrollo, conformado por las relaciones sociales y los contextos en los que se involucra la persona que participa. Se va dando forma en base a las vivencias e interacciones del individuo con su entorno, estando relacionado de manera directa con la competencia social del mismo y la capacidad de dirigir su comportamiento (AEPSIS, 2023)

Para Shavelson y Bolus (1982) existen siete características que lo apoyan: es experimental, estable, jerárquico, valorativo, diferenciable, estructurado y multifacético (AEPSIS, 2023).

2.3.2. Cambios en la autopercepción en el DCL.

Conforme el deterioro cognitivo leve avanza y sus síntomas se vuelven más pronunciados, la autopercepción de la persona puede presentar alteraciones significativas. Durante las primeras fases de esta enfermedad, el sujeto que lo padece posee una conciencia activa de su deterioro cognitivo, sin embargo, a medida que la enfermedad se desarrolla, algunas personas pueden experimentar anosognosia. Este término hace referencia a la incapacidad de introspección del sujeto respecto a los déficits cognitivos y a las alteraciones del comportamiento (Pascual Sanchis et al., 2019). Es decir, la anosognosia es una manifestación en la cual la persona no es consciente de su empeoramiento. El motivo por el que aparece este desajuste en la autopercepción es porque el cerebro no consigue reconocer que los déficits cognitivos están presentes, lo que origina que la persona no logre percibirse como normal en escenarios en los que, de manera evidente, hay limitaciones a nivel cognitivo.

En los últimos años, se ha evidenciado, a través de distintas investigaciones, que entre un 20% y un 50% de las personas con deterioro cognitivo leve presentan algún grado de anosognosia, afectando principalmente a la percepción de sus capacidades de memoria, resolución de problemas o atención (Bertrand et al., 2022). Esta falta de conciencia, a pesar de ser limitada, genera una distorsión en la autopercepción del individuo: muchas personas siguen viéndose a sí mismas como funcionalmente competentes, ignorando o minimizando los cambios que comienzan a manifestarse en su desempeño cotidiano. Esto, además de alterar su estado emocional, dificulta tanto la detección temprana del trastorno como la eficacia de las intervenciones psicopedagógicas o clínicas que se puedan llevar a cabo. En el plano afectivo, mientras algunos sujetos pueden no ser conscientes en su totalidad de sus dificultades, otros experimentan una autopercepción ambigua: notan que algo ha cambiado, pero no pueden identificar claramente el qué o lo atribuyen a causas externas, como el estrés o la edad. Este desconcierto puede generar ansiedad, inseguridad o negación.

En este contexto, la intervención psicopedagógica debe ser capaz de ofrecer un acompañamiento emocional que valide las experiencias de estas personas sin juzgarlas, ayudándoles a reconstruir una autopercepción positiva, realista y funcional.

2.3.3 Efectos psicológicos y conductuales en el DLC.

Alrededor del 70% de las personas que conviven con esta patología presentan trastornos del comportamiento como irritabilidad, ansiedad, agresión y apatía (SEFAC, 2023).

En las personas mayores, la depresión puede surgir como falta de interés en sus actividades diarias y molestias físicas, escondiendo problemas más serios y acelerando su deterioro cognitivo. Asimismo, se ha demostrado científicamente que, el consumo de determinados medicamentos antidepresivos, como los ISRS, se encuentran relacionados con un mayor deterioro cognitivo en sujetos con demencia, especialmente en hombres. Estos datos destacan la importancia de un tratamiento adecuado para la salud mental en personas con esta afección, ayudando a mejorar su calidad de vida y a frenar el avance de la enfermedad (Hernando, A., 2025). La apatía también se observa con frecuencia estas personas, dicho síntoma se manifiesta en la falta de motivación para realizar actividades diarias que previamente, es decir, antes del diagnóstico de la enfermedad, eran de gran interés para ellas. Es uno de los indicadores más precoces del deterioro cognitivo y se asocia a una progresión más rápida de la afección. Se ha evidenciado en varios estudios que la falta de interés en el entorno y en las relaciones sociales puede empeorar los resultados terapéuticos, dado que los usuarios pierden la motivación para participar en intervenciones cognitivas o actividades que les favorecen (Hernando, A., 2025).

En las personas mayores, el impacto psicológico que supone vivir con un diagnóstico de este tipo tiende a complicarse conforme van surgiendo síntomas relacionados con la depresión. La depresión en estos individuos puede evidenciarse en forma molestias físicas, como dolores y malestar general, no únicamente a través de la desmotivación. Este tipo de síntomas pueden camuflar problemas de mayor gravedad, lo que a menudo retrasa el diagnóstico adecuado (Hernando, A., 2025).

Es importante mencionar la existencia de tratamiento medicalizado en las personas con deterioro para tratar trastornos asociados con la salud mental. En este campo se ha encontrado que el uso de determinados medicamentos antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), puede estar relacionado con el empeoramiento de la enfermedad. Este efecto es especialmente visible en los varones, quienes presentan una mayor vulnerabilidad a los efectos adversos de estos fármacos. Por consiguiente, es fundamental la correcta y cuidadosa evaluación de la necesidad de estos medicamentos en estos usuarios por parte de los profesionales de la salud, y la búsqueda de otras alternativas que minimicen el riesgo del avance a la demencia (Hernando, A., 2025).

Sintetizando, se puede subrayar que los efectos psicológicos y conductuales que se derivan del DCL se caracterizan por su naturaleza diversa y compleja, evidenciando un impacto profundo en la salud mental y en la capacidad funcional de las personas afectadas, y una interacción entre los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales de los usuarios.

2.4 INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA EN USUARIOS CON DCL

2.4.1 Sistema legislativo vigente a nivel estatal.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

- Clarifica el concepto de dependencia como el estado de carácter permanente que limita la capacidad de una persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria, evaluándolo en tres grados diferenciados por una serie de características.
- Respalda la idea de que toda persona en situación de dependencia tiene derecho a recibir atención personalizada según sus necesidades.
- Promueve la libertad de elección de las personas con discapacidad, entendiendo por “discapacidad” el deterioro cognitivo leve al tratarse de una enfermedad que limita la vida cotidiana de manera significativa, otorgándoles el derecho a elegir entre los distintos servicios disponibles para su atención.
- Establece el reconocimiento y formación de los profesionales que brindan atención a los usuarios con discapacidad, entendiendo por “discapacidad” el deterioro cognitivo leve al tratarse de una enfermedad que limita la vida cotidiana de manera significativa (Boletín Oficial del Estado, 2006)

Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social.

- Impulsa la integración de servicios de salud y servicios sociales, facilitando el acceso a servicios de atención sociosanitaria entre otros. Asegurando que, las personas con deterioro cognitivo -en este caso- tengan derecho a recibir una atención que se ajuste a sus necesidades.
- Promueve la accesibilidad a centros para quienes padecen enfermedades neurodegenerativas o deterioro cognitivo, sin que exista barrera alguna para su atención. (Boletín Oficial del Estado, 2011)

Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

- Establece los derechos fundamentales de las personas con discapacidad, entendiendo por “discapacidad” el deterioro cognitivo leve al tratarse de una enfermedad que limita la vida cotidiana de manera significativa.
- Promueve el acceso a servicios de asistencia personal, apoyos tecnológicos y adaptaciones individuales que permitan al usuario a ejercer la tomar decisiones y desenvolverse con autonomía.
- Garantiza el acceso a la atención sociosanitaria y servicios sociales rechazando cualquier tipo de discriminación.
- Potencia la formación especializada de todos los profesionales para trabajar de manera consciente y eficaz con personas con discapacidad (Boletín Oficial del Estado, 2013)

Real Decreto 193/2023, de 21 de marzo, por el que se regulan las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad para el acceso y utilización de los bienes y servicios a disposición del público.

- Establece establecer las condiciones básicas que deben cumplir los servicios e instalaciones disponibles al público para garantizar que sean accesibles para las personas con discapacidad, entendiendo por “discapacidad” el deterioro cognitivo leve al tratarse de una enfermedad que limita la vida cotidiana de manera significativa.
- Respalda la accesibilidad de la comunicación, lo que incluye la información escrita, sonora y audiovisual.
- Asegura la accesibilidad universal, entendiendo por esta la física, la sensorial y la digital para eliminar cualquier tipo de barrera agregada.
- Se aplica a todos los bienes y servicios destinados al público, tanto del sector público como privado (Boletín Oficial del Estado, 2023)

2.4.2. Programas de estimulación cognitiva.

Los programas de estimulación cognitiva surgen como intervenciones para ralentizar el progreso de la pérdida de las habilidades mentales y mejorar la calidad de vida de las personas, su enfoque es preservar o potenciar las funciones cognitivas (como la memoria, la atención, el lenguaje o las habilidades de resolución de problemas).

Se basan en la premisa de que el cerebro tiene capacidad de adaptación y reorganización ante estímulos ambientales, lo que puede ser aprovechado para mejorar el funcionamiento cognitivo a través de ejercicios específicos que jueguen con la plasticidad cerebral.

Algunos de los proyectos que se llevan a cabo en la actualidad son los siguientes:

- ♦ GRADIOR SUITE: Se trata de una plataforma virtual creada por la FUNDACIÓN INTRAS que permite una integración fluida en el trabajo terapéutico con sujetos con deterioro cognitivo y otras afecciones como ictus, accidente cerebral, etc. La interfaz permite personalizar los tratamientos según las necesidades de cada persona y realiza un seguimiento detallado de su progreso a través de informes basados en las respuestas que dan a los ejercicios planteados en relación con las funciones cognitivas, el programa se personaliza en función de la evolución a lo largo de las sesiones o el uso del nivel de desempeño (Gradior, 2023)

El sistema se divide a su vez en tres espacios diferentes: Gradior Estimulación es un sistema de evaluación, estimulación y rehabilitación para el abordaje integral de la función cognitiva y se trabaja con él a través de un ordenador; Gradior Multisensorial es un sistema ejecutado a través de entornos inmersivos y realistas para el control emocional y conductual de las personas y se trabaja a través de una tableta, y, por último, Ciudad de la Memoria consiste en que a través de unas gafas de realidad virtual la persona se somete a la realización de actividades y experiencias realistas y ecológicas para la estimulación de la memoria (Gradior, 2023)

Está diseñada para ser aplicada por profesionales dentro de instituciones como clínicas de memoria, hospitales y/o centros de rehabilitación (Gradior, 2023).

- ♦ RehaCom: Es un sistema digital elaborado por Hasomed GmbH en Alemania que se utiliza para el tratamiento de trastornos cognitivos derivados de diversas condiciones neurológicas. Ofrece alrededor de 29 módulos terapéuticos y 9 módulos de evaluación, diseñados para abordar déficits específicos en funciones cognitivas, cada módulo comienza en un nivel de principiante y se ajusta de forma automática al rendimiento del individuo, incrementando o reduciendo la dificultad según sea necesario. De esta manera, se garantiza una progresión continua y se previene la frustración de la persona (Hasomed, 2025).

Se encuentra disponible en 27 idiomas diferentes, incluyendo el español, y ofrece soporte técnico y formación a los profesionales que lo utilizan. Es relevante destacar que los profesionales tienen la posibilidad de monitorear el progreso del usuario y

ajustar el plan de tratamiento a distancia, facilitando la continuidad de la rehabilitación (Hasomed, 2025).

- ♦ *NeuronUp*: Se utiliza como un espacio digital de apoyo a la intervención terapéutica en estimulación cognitiva y neurorrehabilitación. Está pensada para ser supervisada y dirigida por profesionales que trabajan con personas con daño cerebral, deterioro cognitivo, trastornos del neurodesarrollo o envejecimiento normal (NeuronUp, 2025). Permite que los especialistas que la utilizan adapten, las más de 10.000 actividades que la componen, al nivel cognitivo y necesidades de los usuarios con los que trabajan. Estos tienen la posibilidad de seleccionar, editar y ordenar las tareas que mejor se ajusten a los objetivos de la sesión que quieren crear. Asimismo, pueden trabajar con varios usuarios de forma simultánea, adaptando automáticamente el nivel de cada actividad al progreso individual de cada uno de ellos, y definiendo si quiere que la sesión se realice en el propio centro de rehabilitación o a distancia a través de un dispositivo electrónico (NeuronUp, 2025).

- ♦ *Proyecto DomusVi*: Desde el departamento de Innovación de este grupo, hace cinco años que se está desarrollando un programa para activar la reminiscencia y la estimulación cognitiva en las personas mayores mediante el uso de gafas 3D. Se está efectuando tanto en residencias, como en centros de día o destinados para personas con discapacidad o problemas de salud mental, y con cualquier perfil de usuario (DomusVi, 2019)

Trabaja la visualización de vídeos en tres dimensiones con el fin de adquirir una mejora en la memoria a corto plazo, activar recuerdos del pasado y permitir que los usuarios vivan nuevas experiencias desconocidas para ellos. Esta realidad virtual también permite ejecutar sesiones múltiples, a través de la participación de cada uno de los sujetos con sus gafas 3D y la proyección de vídeos sincronizados en dispositivos individuales o en una única pantalla externa para favorecer la socialización de los participantes al compartir lo vivido con otros (DomusVi, 2019).

2.4.3. Enfoque psicopedagógico en el apoyo a la mejora de la autopercepción.

La autopercepción hace referencia a la forma en que una persona se percibe a sí misma, especialmente en términos de su identidad, habilidades y capacidades. Esta idea es determinante para el bienestar emocional y cognitivo, y cumple un papel determinante en el desarrollo de la autoestima y la autoeficacia. En el contexto de la psicopedagogía, trabajar en su mejora puede

tener efectos significativos en la motivación, el rendimiento académico, la adaptación social y la resolución de problemas en diversas situaciones de aprendizaje.

Una de las principales herramientas psicopedagógicas en el trabajo con la autopercepción es la técnica de reestructuración cognitiva, que se orienta en la identificación y modificación de los pensamientos negativos y las creencias distorsionadas que perjudican y dañan la imagen que una persona tiene de sí misma. La intervención psicopedagógica persigue, utilizando este enfoque, proporcionar una nueva perspectiva sobre las habilidades del usuario, aumentando así su autoestima. En estudios recientes, se ha evidenciado que las intervenciones centradas en la reestructuración cognitiva y la mejora del autoconcepto provocan efectos positivos en el rendimiento académico y social de los estudiantes (Castellanos et al., 2021). Asimismo, resulta relevante el refuerzo positivo. Este método conlleva reconocer y celebrar los logros y progresos del individuo, independientemente de su alcance. El refuerzo positivo contribuye a aumentar la motivación intrínseca y la percepción de competencia.

Otra estrategia es el desarrollo de habilidades metacognitivas, que ocupa un lugar fundamental en la mejora de la autopercepción, al enseñar a las personas a ser conscientes de sus procesos de pensamiento y cómo afectan su desempeño, la psicopedagogía ayuda a los individuos a tomar decisiones más informadas sobre cómo enfrentar problemas o tareas difíciles. La metacognición impulsa la reflexión sobre las propias estrategias de aprendizaje y puede llevar a una percepción más realista y positiva de las propias capacidades (Vélez et al., 2020).

En lo que respecta, de manera específica, al trabajo con personas que experimentan dificultades cognitivas o emocionales debido al envejecimiento, enfermedades neurodegenerativas o trastornos del estado de ánimo, la intervención sitúa el foco en el fortalecimiento del autoconcepto y la gestión emocional, brindando apoyo a los usuarios para que aprendan a gestionar los cambios cognitivos o físicos que afectan su percepción de sí mismos.

En este contexto, se hace uso de la técnica de la terapia cognitivo-conductual (TCC), que se ajusta para dar respuesta a las preocupaciones y miedos que los mayores pueden tener sobre su deterioro cognitivo o emocional. Este enfoque ayuda a los usuarios a hacer un ejercicio de reflexión sobre sus pensamientos acerca de su envejecimiento o las enfermedades que afectan su cognición, favoreciendo una visión más positiva de sí mismos y sus capacidades. En estudios como el de González et al. (2021), se ha constatado que la aplicación de (TCC) en adultos mayores con problemas de memoria mejora su calidad de vida y su autopercepción.

3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Se presenta en este apartado la propuesta de intervención que se basa en una metodología cualitativa y participativa, integrando talleres grupales, actividades simbólicas y sesiones de educación emocional. Se emplearán pruebas diagnósticas estandarizadas, entrevistas semiestructuradas y observación directa para evaluar el impacto de la intervención.

A continuación, se desarrollan las seis actividades que conforman

3.1 ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS

Las siguientes tareas están diseñadas para trabajar de manera integrada tres funciones cognitivas que se ven claramente afectadas en las fases iniciales del diagnóstico de deterioro cognitivo: el lenguaje, la visoconstrucción y el razonamiento. La conservación a través de la estimulación de estas áreas resulta esencial para mantener la autonomía personal, ralentizar el crecimiento de los síntomas y favorecer la expresión de la identidad.

Cada actividad se fundamenta en uno de los tres componentes esenciales de la autopercepción: el autoconcepto, la autoeficacia y la autoestima, reconocidos como elementos clave sobre los que se sustenta el bienestar emocional y la imagen que cada usuario construye de sí mismo.

Por medio de la puesta en práctica de dinámicas con valor personal y adaptadas al perfil de las personas, se pretende ofrecer un espacio de reconocimiento individual a través de la potenciación de habilidades cognitivas específicas.

Es definitiva, se busca lograr que cada usuario desarrolle la capacidad para reafirmar su valor, su capacidad y su identidad en un momento vital de elevada vulnerabilidad, fortaleciendo su percepción de sí mismo y su papel activo en la actualidad.

Tabla 1.

Desarrollo de la actividad 1.

Actividad 1. Imagino mi planeta	
OBJETIVO	▪ Trabajar el autoconcepto positivo como componente básico de la autopercepción y hacer un ejercicio de reflexión personal a través de la literatura del siglo XX.
RECURSOS	▪ <i>El Principito</i> de Antoine de Saint-Exupéry.

	▪ Profesional encargado de dirigir la actividad ▪ Material de manualidades (cartulinas, rotuladores, pegatinas, tijeras, colores) ▪ Sillas, dispositivo para la música
DURACIÓN	▪ Explicación del argumento de <i>El Principito</i> (10 minutos). ▪ Explicación de la actividad y distribución del material (10 minutos). ▪ Creación del "planeta" individual (30 minutos). ▪ Exposición y reflexión en grupo (10 minutos).
DESARROLLO	Al comenzar la actividad se hace una lectura del argumento de <i>El Principito</i> respecto a los 7 planetas y sus habitantes (<i>véase anexo 1</i>) donde se explica la metáfora de que cada personaje vive en soledad en un planeta distinto sin saber que es único. Aclarando que hace referencia a la idea de que cada persona está aislado en su propio mundo, representando su visión limitada del mismo. A continuación, se explica que vamos a dar forma al nuestro, que se trata de algo muy especial ya que hablará de lo que llevamos dentro, y que no hay una forma correcta de hacerlo, que cada uno hará uso de los materiales que considere y que le inspiren. Durante la creación se van a formular preguntas de apoyo como: “¿Con qué colores te identificas más? ¿Qué objetos crees que pueden representarte? ¿Qué te gustaría que hubiese en un mundo ideal? Se realiza una escucha de sus ideas, se hace un seguimiento de la creación y se ofrece ayuda en caso de que la necesiten. Se observa como el planeta empieza a tomar forma y refleja una vida entera y diferente entre cada planeta. Tras finalizar la creación se les invita a que compartan el planeta con el grupo y se exponen en una pared en la sala. Si se sienten cómodos tienen la oportunidad de contar anécdotas, explicar el motivo de la elección de palabras o imágenes concretas.

Para cerrar la actividad, se deja en claro que cada persona pertenece a un mundo diferente y que es un privilegio que tengamos cosas distintivas que nos caractericen y la oportunidad de conocer los mundos de otras personas.

JUSTIFICACIÓN Esta actividad trabaja el autoconcepto positivo a través de la expresión simbólica y personal de cada usuario, quienes, inspirados en la metáfora de los planetas de *El Principito*, crean una representación visual de su mundo interior inmersos en un ambiente de respeto que fortalece una imagen positiva de sí mismos.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2.

Desarrollo de la actividad 2.

Actividad 2. Viajo hacia mi interior	
OBJETIVO	▪ Trabajar el autoconcepto positivo como componente básico de la autopercepción a través de la lectura estimulando la reflexión sobre sus valores y vivencias.
RECURSOS	▪ <i>El Principito</i> de Antoine de Saint-Exupéry. ▪ Profesional encargado de dirigir la actividad ▪ Material de manualidades (cartulinas, rotuladores, pegatinas, tijeras, colores) ▪ Sillas, mesas amplias
DURACIÓN	▪ Introducción y explicación de la actividad (10 minutos). ▪ Lectura del fragmento “diálogo con el zorro” (10 minutos). ▪ Reflexión grupal y preguntas de acompañamiento (20 minutos). ▪ Realización de cartulinas con frases incompletas (15 minutos).

- Creación de un espacio en grupo y cierre de la actividad (5 minutos).

DESARROLLO

La actividad da comienzo en un espacio acogedor con una música suave de fondo y colocando unas sillas en forma de círculo, para favorecer la cercanía entre los participantes.

La persona encargada de dirigirla explica a los usuarios lo que se va a hacer a continuación haciendo uso de un tono relajado: “A continuación vamos a darnos un pequeño espacio para pensar en nosotros mismos y en lo que hay dentro de cada uno pero que no expresamos y que nos hace únicos”.

Seguidamente explica el libro entorno al cual va a estar enfocada la actividad: *El Principito*. Y hace una lectura general en voz alta del fragmento del “diálogo con el zorro” (véase anexo 2).

Tras terminar dicho fragmento se abre un espacio para la conversación y se les formula preguntas de acompañamiento para incentivar la reflexión personal y romper el hielo. Las preguntas serán del siguiente estilo: “Lo esencial es invisible a los ojos, ¿qué creéis que quiere decir esta frase? ¿Qué vivencias recordáis que hayan marcado vuestra vida de una forma especial? ¿Con qué tres palabras te definirías en cuanto a tus valores?”

Tras dejar fluir la conversación con calma y realizar una escucha activa de todos los participantes, se produce un reparto de unas cartulinas con frases incompletas para que cada persona las complete sobre uno de sus compañeros de la sala en base a sus sentimientos. El compañero será elegido de manera al azar sacando su nombre de una urna. Las frases serían: “Considero que es una persona...” “Me siento orgulloso/a de compartir tiempo con el/ella porque...” “Valoro de él/ella que...”

Para cerrar, quien quiera compartir sus frases en voz alta con el grupo tendrá la oportunidad a hacerlo, quien tenga más recelo a ello simplemente entregará su papel a la persona por la que haya rellenado la cartulina.

Se aclarará que con esta actividad hemos recordado que lo más valioso no siempre se ve, pero sí se siente. Y que cada uno de nosotros lleva algo esencial que nos hace únicos en nuestro interior.

JUSTIFICACIÓN Esta actividad trabaja el autoconcepto positivo mediante un proceso de reflexión personal y reconocimiento afectivo, tanto propio como hacia el resto de las personas. Asimismo, escribir mensajes positivos de valoración hacia el resto y compartirlos de manera grupal favorece el sentimiento de pertenencia y la validación emocional, esenciales para el bienestar psicológico.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3.

Desarrollo de la actividad 3.

Actividad 3. El puzle de mi vida	
OBJETIVO	▪ Fomentar la autoeficacia como componente básico de la autopercepción a través de la visoconstrucción con momentos simbólicos de su historia de vida
RECURSOS	▪ Profesional encargado de dirigir la actividad ▪ Sillas, mesas amplias ▪ Material de manualidades (cartulinas, rotuladores, pegatinas, tijeras, pegamento, colores, papel grande)
DURACIÓN	▪ Introducción y explicación de la actividad (10 minutos). ▪ Creación del puzle con recuerdos y fotos (35 minutos). ▪ Realización de preguntas de apoyo durante la creación (5 minutos). ▪ Exposición y apertura de un espacio para compartir significados (10 minutos).
DESARROLLO	Al comenzar la actividad se hace una breve introducción explicando que cada uno de nosotros está formado por piezas que

representan momentos, personas y sentimientos importantes que han formado parte de nuestra vida, o que siguen formando parte de ella. Esto ocurre de manera similar a un puzle, donde cada pieza es una persona o momento que refleja una parte de nosotros mismos, y damos paso a la construcción de nuestro propio puzle que elaboraremos a base de recuerdos y autopercepción.

A comenzar la actividad se hace una breve introducción explicando que cada uno de nosotros está formado por piezas que representan momentos, personas y sentimientos importantes que han formado parte de nuestra vida, o que siguen formando parte de ella. Esto ocurre de manera similar a un puzle, donde cada pieza es una persona o momento que refleja una parte de nosotros mismos, y damos paso a la construcción de nuestro propio puzle que elaboraremos a base de recuerdos y autopercepción.

A continuación, se da paso a la creación aclarando que a través de la utilización de utilizando fotos familiares y recuerdos que hemos mandado recopilar, se creará un puzle que nos represente. Se destaca que no existe una forma correcta de hacerlo, cada uno se tiene que sentir totalmente libre y cómodo a la hora de elegir lo que quiera poner en sus piezas, lo que más les inspire y lo que les ayude a hacer una imagen sincera de quiénes son.

Los recuerdos serán recortados y pegados en plantillas de piezas de puzle impresas por la persona encargada de dirigir la actividad.

Durante la creación del puzle, la persona encargada debe formular preguntas de apoyo para estimular su reflexión, del siguiente estilo: “Si le regalases este puzle a alguien a quien quieres, ¿qué te gustaría que contuviese sobre ti? “¿Qué pieza de tu puzle crees que tiene más valor?” o ¿Si pudieras agregar una nueva pieza a tu puzle en el futuro, ¿cómo sería?”

A su vez se realiza un seguimiento individual a través de la observación de los trabajos y ofreciendo ayuda en caso de que sea necesario. Aquella persona que quiera plasmar un recuerdo o

logro que no tiene en ese momento puede dibujarlo o escribirlo a modo de imagen y pegarlo en una de las piezas de puzle.

Una vez que todas las piezas contengan un elemento deben encajarse de forma adecuada para dar la forma al puzle final.

Para cerrar la actividad, los puzles se exponen en una mesa amplia para que todos puedan verlos y compartir el significado de sus piezas si se sienten cómodos.

JUSTIFICACIÓN

Esta actividad trabaja la autoeficacia a través de la implicación activa de los usuarios al realizar una tarea basada en sus recuerdos, relaciones y logros personales.

Se fomenta el reconocimiento de las capacidades para reconstruir y dar sentido a una vida. Asimismo, el proceso de encajar las piezas y ver el resultado final de su propio puzle contribuye a consolidar la sensación de logro y proeza.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4.

Desarrollo de la actividad 4.

Actividad 4. Mi tiempo a través de una línea

OBJETIVO

- Fomentar la autoeficacia como componente básico de la autopercepción a través de la identificación y situación temporal de aprendizajes y momentos simbólicos de sus vidas.

RECURSOS

- Profesional encargado de dirigir la actividad
- Sillas, mesas amplias
- Material de manualidades (cartulinas, rotuladores, pegatinas, tijeras, pegamento, colores, papel grande)

DURACIÓN

- Introducción a la actividad y explicación de la línea del tiempo (10 minutos).
 - Desarrollo de la línea del tiempo individual (35 minutos).
-

- Compartir y reflexionar sobre los momentos clave (10 minutos).
- Cierre de la actividad y reflexión final (5 minutos).

DESARROLLO

Al comenzar la actividad, se hace una breve introducción explicando que a lo largo de nuestra vida hemos vivido momentos importantes que es necesario recordar porque han construido las personas que somos hoy. Estos momentos señalan puntos en el tiempo y para visualizarlos vamos a dibujar una línea que represente esos hitos clave en nuestra vida.

Cada persona debe sentirse libre para escoger que momentos escribir, y así se lo hemos de hacer saber. La actividad ha de ser una representación visual de su historia personal, una forma figurativa de ver cómo ha cambiado y crecido con el tiempo.

Al comenzar la actividad, se hace una breve introducción explicando que a lo largo de nuestra vida hemos vivido momentos importantes que es necesario recordar porque han construido las personas que somos hoy. Estos momentos señalan puntos en el tiempo y para visualizarlos vamos a dibujar una línea que represente esos hitos clave en nuestra vida.

Cada persona debe sentirse libre para escoger que momentos escribir, y así se lo hemos de hacer saber. La actividad ha de ser una representación visual de su historia personal, una forma figurativa de ver cómo ha cambiado y crecido con el tiempo.

La persona encargada de dirigir la tarea les proporciona una cartulina o papel grande y un rotulador para dibujar una línea horizontal que simboliza su camino de vida. Se hace una explicación acerca de que el punto de inicio de la línea representa su infancia o primer recuerdo importante, y el punto final será el presente.

Mientras comienzan a trazar su línea, se plantea la siguiente reflexión: “Pensad en aquellos momentos de vuestra vida que os

han marcado, tanto los buenos como los difíciles, todos son importantes. ¿Cuáles creéis que fueron vuestros mayores logros? ¿Qué retos se han cruzado en vuestro camino que habéis superado? ¿Qué aprendizajes os lleváis de todos ellos?”

Si algún usuario no tiene un recuerdo específico en ese momento, puede dibujarlo o trazarlo de manera simbólica para poder representarlo en su línea del tiempo. Se busca que todos puedan plasmar, de una manera u otra, los momentos que han sido parte fundamental de su historia que refuerzan su autoeficacia.

Una vez hayan completado la línea del tiempo y, para cerrar la actividad, se crea un espacio para que aquellos que lo deseen compartan las historias detrás de los momentos reflejados en su trazo. Tras ello se enfatiza la idea que cada uno de nosotros tiene una historia única, y que cada paso que hemos dado en nuestra vida ha contribuido a hacernos más fuertes y sabios, y que siempre tenemos la capacidad de seguir construyendo nuestro camino y eliminar o intentar cambiar aquello que no queremos en nuestra vida.

JUSTIFICACIÓN

Esta actividad trabaja la autoeficacia mediante el reflejo y la visualización de toda una trayectoria vital.

Asimismo, el hecho de representar de manera gráfica sus propios hitos vitales y compartirlos voluntariamente en un entorno de respeto y escucha activa potencia el refuerzo positivo de sus capacidades, al ser reconocidos por ellos mismos y por el resto.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5.

Desarrollo de la actividad 5.

Actividad 5. Mi historia en realidad aumentada

OBJETIVO	▪ Trabajar la autoestima como componente básico de la autopercepción a través del razonamiento y el uso innovador de herramientas digitales.
RECURSOS	▪ Profesional encargado de dirigir la actividad ▪ Tabletas o móviles con cámara, proyector ▪ Aplicación de realidad aumentada sencilla: Artivive ▪ Fotografías personales digitalizadas
DURACIÓN	▪ Introducción de la actividad y explicación de la realidad aumentada (10 minutos). ▪ Selección de la foto y creación de la postal (20 minutos). ▪ Grabación del vídeo explicativo (15 minutos). ▪ Enlazar el vídeo a la postal y hacer una prueba del proceso (10 minutos). ▪ Exposición de las postales en grupo y descubrimiento de historias (5 minutos).
DESARROLLO	Al comenzar la actividad, se hace una breve introducción explicando que vamos a realizar una tarea diferente combinando recuerdos y tecnología. Se plantea la idea de elaborar una postal de un momento importante, que cobrará vida al escanearla con un dispositivo móvil. Seguidamente, se le entrega una cartulina a cada persona y se les ayuda a escoger una fotografía significativa de su vida que se les ha pedido anteriormente que trajesen en formato físico. Se aclara han de acompañar la imagen con palabras, dibujos o cualquier otro símbolo que se les venga a la cabeza cuando observan dicho recuerdo. Después, cada usuario, con la ayuda de la persona que dirige la actividad, grabará un breve vídeo -de 30 segundos a 1 minuto de duración- donde explique el significado de ese recuerdo que ha seleccionado, respondiendo a las siguientes preguntas: “¿Qué momento representa la fotografía?, ¿Qué sentiste en ese

momento?, ¿Cómo crees que ese momento te ayudó a convertirte en la persona que quieres hoy?”

En el siguiente paso, cada vídeo se enlaza a la postal mediante la app “Artivive” (*véase anexo 3*) de realidad aumentada. Esta aplicación permite añadir elementos digitales a obras de arte existentes, por lo que, al descargar la aplicación en el teléfono móvil, cualquier persona que la abra y sitúe la cámara sobre la postal visualizará el elemento audiovisual anexado. Durante este proceso, la persona encargada de la tarea realiza un acompañamiento individualizado para resolver dudas técnicas y motivar la expresión personal.

Para dar fin a la actividad, se organiza una exposición donde los usuarios pueden escanear las postales (*véase anexo 4*) de sus compañeros para descubrir sus historias en vídeo. Tras ello se refuerza la idea de que cada uno ha logrado unir su mundo interior con el presente tecnológico, demostrando la capacidad de aprendizaje que tenemos y de compartir lo más valioso de la vida personal de cada uno.

JUSTIFICACIÓN

Esta actividad trabaja la autoestima a través de la selección y comunicación de un recuerdo significativo de su vida por parte de los usuarios, haciendo, de este modo, y, ellos mismos, un ejercicio de reconocimiento y valoración positiva de su desarrollo vital.

Además, la integración de la tecnología a través de la realidad aumentada refuerza la percepción de su capacidad de aprendizaje y adaptación a nuevos retos, y promueve un sentimiento de orgullo personal.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6.

Desarrollo de la actividad 6.

Actividad 6. El Scape Room de mi vida

OBJETIVO

- Trabajar la autoestima como componente básico de la autopercepción a través de la resolución de pruebas relacionadas con su vida personal, fomentando la capacidad de aprendizaje y resiliencia.

RECURSOS

- Profesional encargado de dirigir la actividad
- Medallas simbólicas

DURACIÓN

- Introducción del Scape Room y explicación del funcionamiento de la actividad (10 minutos).
- Realización del Scape Room (40 minutos).
- Entrega de "medallas simbólicas" (5 minutos).
- Reflexión final sobre la actividad y habilidades desarrolladas (5 minutos).

DESARROLLO

Al comenzar la actividad, se hace una breve introducción explicando que la vida se trata de un gran viaje lleno de aprendizajes, y se plantea el reto de vivir este "viaje" de manera simbólica a través de un Scape Room, donde, superando pruebas, cada usuario irá descubriendo su propia historia.

La persona encargada de dirigir la actividad organiza a los usuarios de manera individual. Tras ello, se aclara el desarrollo básico de la actividad: deben vencer pruebas ligadas recuerdos, valores y momentos importantes para poder avanzar.

Las pruebas se presentan como: rompecabezas con fotos significativas, juegos de memoria emocional, ordenación de eventos vitales en secuencia lógica, acertijos personales basados en valores y experiencias.

En el primer reto (*véase anexo 5*) se presentan 6 imágenes: tres fotografías personales del usuario (traídas previamente por un familiar) y otras tres neutras: un paisaje, una familia y un animal. El participante debe emparejar las fotos reales con una emoción

que aparece escrita: alegría, nostalgia, amor, tristeza, orgullo, sorpresa, y justificar el motivo de manera breve.

En el segundo reto (*véase anexo 6*) el participante debe armar una foto significativa del usuario (traída previamente por un familiar) que se encuentra desordenada en piezas grandes de puzle.

En el tercer reto (*véase anexo 7*) aparecen tres palabras claves de su vida: infancia, primer trabajo, jubilación. El usuario debe ordenarlos cronológicamente y contar algo breve de cada uno.

Por último, en el cuarto reto (*véase anexo 8*) aparece escrita la frase: “*Cuando pienso en lo que más valoro en mi vida, pienso en...*”. Debe seleccionar entre varias palabras (familia, amistad, salud, trabajo, alegría) y explicar el motivo de la elección.

Durante el recorrido, se fomenta el trabajo colaborativo, ofreciendo apoyo a quienes tengan más dificultad en la resolución de las pruebas y animando a la participación activa de todos.

Una vez finalizado el recorrido, se organiza una pequeña ceremonia de "fin del viaje", donde se entrega a cada usuario una "medalla" (*véase anexo 9*) por su esfuerzo, que contendrá la frase “Corazón Valiente. Por expresar con valor tus recuerdos más profundos”, y se invita a compartir en público qué parte del Scape Room provocó más emoción en ellos.

Para cerrar la actividad, se refuerza la idea de que, no solo han viajado por su vida recordando momentos importantes, sino que también han demostrado su habilidad y fortaleza para afrontar cualquier desafío.

JUSTIFICACIÓN

Esta actividad trabaja la autoestima mediante la reflexión por parte de los usuarios sobre su historia personal. Mediante la creación de su propia línea temporal hacen un ejercicio de identificación de momentos clave que han marcado su vida.

Asimismo, la posibilidad de reflejar estos momentos fortalece la percepción positiva de las personas.

Fuente: Elaboración propia.

3.2 TEMPORALIZACIÓN

Se realizará una actividad cada dos semanas, durante un trimestre, teniendo en cuenta las características de los destinatarios, quienes presentan deterioro cognitivo leve. Esta distribución permitirá un adecuado ritmo de trabajo, evitando sobrecargar a los usuarios y asegurando que cada tarea se pueda desarrollar de manera reflexiva, tranquila y con eficacia.

Las actividades se trabajarán el mismo día de la semana, por ejemplo, los miércoles, en un espacio adecuado y pudiendo excederse del tiempo estimado si fuese necesario para favorecer la implicación y la comodidad de estos. El diseño de la temporalización responde a la necesidad de asegurar que cada sesión sea significativa y accesible para todos, priorizando siempre su bienestar.

A continuación, se presenta el cronograma, de manera más representativa y visual, con las actividades programadas para cada semana.

Tabla 8

Cronograma de la temporalización del proyecto.

Actividades/ Semana		MES				MES				MES			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	<i>Imagino mi planeta</i>												
2	<i>Viajo hacia mi interior</i>												
3	<i>El puzle de mi vida</i>												
4	<i>Mi tiempo a través de una línea</i>												
5	<i>Mi historia en realidad aumentada</i>												
6	<i>El Scape Room de mi vida</i>												

Fuente: Elaboración propia.

3.3 RECURSOS Y MATERIALES

Las actividades planteadas en este proyecto requieren de diversos recursos y materiales, planteados para optimizar la puesta en práctica de las intervenciones y asegurar su efectividad.

A continuación, se especifican cuáles son:

- Recursos humanos

Profesional encargado de dirigir la actividad: Se trata de un experto en psicopedagogía o graduado en otra rama social con formación en dinámicas de grupo y técnicas de estimulación cognitiva.

- Materiales físicos

El Principito de Antoine de Saint-Exupéry.

Material de manualidades: Cartulinas, tijeras, pegatinas, rotuladores, colores, pegamento, papel, y plantillas prediseñadas para las actividades "Imagino mi planeta", "El puzle de mi vida", y "Mi tiempo a través de una línea.

Fotografías y recuerdos personales: Para dar forma a las piezas del puzle de la actividad "El puzle de mi vida"

Sillas y mesas amplias para todas las actividades

- Materiales tecnológicos

Dispositivos de audio: Para reproducir ambiente en la actividad de "Viajo hacia mi interior".

Equipo audiovisual, proyector, dispositivos móviles y tabletas: Para el acceso a las distintas aplicaciones y plataformas, y para la presentación de las distintas historias en las actividades de "Mi historia en realidad aumentada" y "El Scape Room de mi vida".

- Espacios físicos adecuados

Espacio amplio y cómodo para el desarrollo de las actividades. La distribución del espacio es fundamental para asegurar la interacción entre los usuarios y un ambiente relajado. Algunas actividades, como la lectura o la reflexión grupal, pueden llevarse a cabo mediante una disposición en círculo o una distribución más flexible que favorezca la comunicación.

- Recursos adicionales

Medallas simbólicas: Para la actividad "El Scape Room de mi vida" que se entregarán al finalizar el juego, como un reconocimiento al esfuerzo de los usuarios.

3.4 INDICADORES DE ÉXITO

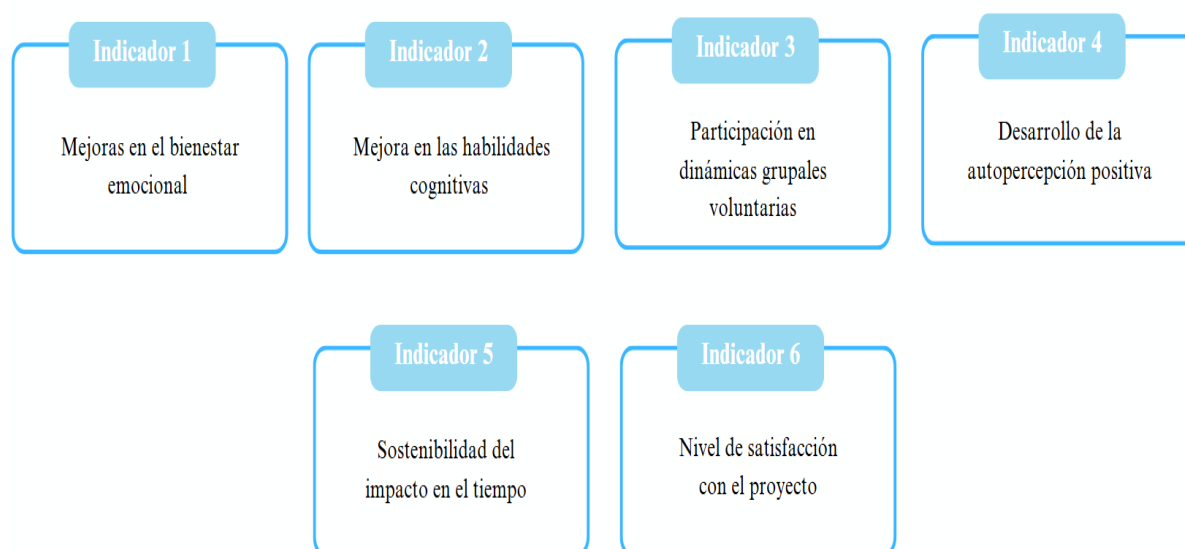
Los indicadores de éxito son instrumentos utilizados para evaluar la efectividad y el impacto del proyecto. Los que se presentan a continuación han sido diseñados con el propósito de valorar los avances esperados en las distintas áreas del bienestar de los usuarios, tanto a nivel individual como grupal. Estos indicadores nos permitirán monitorear y conocer el progreso del proyecto en tiempo real, identificar aquellas posibles áreas de mejora y, al finalizar, determinar si los objetivos establecidos han sido alcanzados de manera satisfactoria.

Una vez puesto en marcha el proyecto, mediante la evaluación indicadores, será posible realizar un análisis en profundidad que proporcione datos objetivos sobre la calidad del plan de intervención, el nivel de satisfacción de los usuarios y el impacto alcanzado, asegurando así la validez y relevancia de los futuros resultados obtenidos.

Por todo ello, los indicadores establecidos son los siguientes:

Figura 1.

Indicadores de éxito del proyecto.



Fuente: Elaboración propia.

Indicador 1. Mejoras en el bienestar emocional

Método de medición: Observación por parte del familiar y social de los usuarios. Se complementará con entrevistas cualitativas (véase anexo 10) para recabar las percepciones de estos actores indirectamente involucrados.

Meta de éxito: al menos el 80% de los usuarios debe haber mostrado una mejora en su bienestar emocional.

Indicador 2. Mejora en las habilidades cognitivas

Método de medición: Realización de pruebas cognitivas estandarizadas al inicio y al final del proyecto, como, por ejemplo, el MMSE o el Test Barcelona

Meta de éxito: Al menos el 75% de los usuarios debe haber alcanzado una mejora, por mínima que sea, en sus habilidades cognitivas, con base en los resultados obtenidos en las pruebas pre y post intervención.

Indicador 3. Participación en dinámicas grupales voluntarias

Método de medición: Seguimiento de la frecuencia y la calidad de la participación de los usuarios a través de la observación a la hora de exponer sus tareas en grupo de manera voluntaria.

Meta de éxito: Al menos el 65% de los participantes debe haber participado hablando en público en al menos una de las dinámicas durante el curso del proyecto.

Indicador 4. Desarrollo de la autopercepción positiva

Método de medición: Entrevistas escritas pre y post intervención (*véase anexo 11*), en los cuales los participantes reflexionarán sobre su autopercepción antes y después del proyecto.

Meta de éxito: El 80% de los participantes debe haber reportado una mejora en su autopercepción, manifestando una visión más positiva de sí mismos.

Indicador 5. Sostenibilidad del impacto en el tiempo

Método de medición: Seguimiento posterior a la intervención a través de encuestas a los participantes (*véase anexo 12*) y a su entorno (*véase anexo 13*).

Meta de éxito: Al menos el 70% de los participantes debe continuar mostrando beneficios en su bienestar emocional y habilidades cognitivas seis meses después de finalizar el proyecto.

Indicador 6. Nivel de satisfacción con el proyecto

Método de medición: Encuestas de satisfacción realizadas a los participantes (*véase anexo 14*) al final del proyecto sobre el desarrollo de este.

Meta de éxito: Al menos el 85% de los participantes se deben mostrar satisfechos o muy satisfechos con el desarrollo y los resultados del proyecto.

3.5 EVALUACIÓN

La evaluación de la presente propuesta de intervención es de tipo mixta combinando la *evaluación formativa*, al evaluar de manera continuada el desarrollo del proyecto (mediante la observación de la participación en dinámicas voluntarias para el seguimiento de avances emocionales y cognitivos) y la *evaluación sumativa*, al realizar una valoración global de los resultados alcanzados referente a los objetivos planteados, asegurando el impacto y la eficacia del programa.

Asimismo, también se trata de una evaluación de tipo **cuantitativo**, al hacer uso de datos numéricos en los resultados de las pruebas estandarizadas mencionadas anteriormente en el marco teórico, en los cuestionarios de sostenibilidad del impacto en el tiempo, en los cuestionarios de satisfacción y en el cálculo de las metas en los indicadores de éxito, y de tipo **cualitativo** al valerse de percepciones más profundas a través de las diferentes entrevistas para conocer el nivel de autopercepción de los usuarios y el alcance mejora y las observaciones a lo largo de la puesta en marcha del proyecto.

4. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS ESPERADOS

Aunque la intervención aún no ha sido aplicada, se espera que la combinación de estimulación cognitiva y acompañamiento emocional favorezca una autopercepción más positiva y un mayor bienestar entre los usuarios. Estudios previos evidencian que este tipo de intervenciones integrales contribuyen a retrasar el avance del deterioro cognitivo y mejoran la calidad de vida de las personas mayores (González-Segura et al., 2021). No obstante, la escasez de investigaciones recientes sobre las fases iniciales del DCL limita la generalización de los resultados y subraya la necesidad de futuras evaluaciones empíricas.

El principal resultado esperado es que, al menos el 80% de los usuarios, experimenten una mejora significativa en su autopercepción. Este resultado se sustenta en la premisa de que las actividades han sido diseñadas para proporcionar a los usuarios una mayor confianza y comodidad con ellos mismos y con su entorno. Se espera que la participación en el proyecto sea un estímulo positivo para ellos, dotándoles de herramientas que les permitan gestionar mejor las emociones relacionadas con el envejecimiento y el deterioro cognitivo, como la frustración, la ansiedad o la tristeza. Es otras palabras, la intervención en las actividades debe reducir los sentimientos negativos que a con frecuencia se ven afectados por su enfermedad.

A su vez, se prevé que al menos tres cuartos de los participantes alcancen una mejora en sus habilidades cognitivas, debido a que las actividades diseñadas trabajan a su vez la estimulación cognitiva. Esta meta se basa en la implicación de programas como el del Gradior Multisensorial que introduce el control emocional y la activación de recuerdos positivos en sus actividades a través de tecnologías inmersivas. Por todo ello, se anticipa que este 75% obtenga mejoras, aunque sean mínimas, en pruebas estandarizadas como el Test Barcelona o el MMSE. La mejora en estas habilidades ayudará a que los usuarios adquieran una mayor confianza en sí mismos para participar en interacciones sociales, debido a que ya que las personas con un mejor funcionamiento cognitivo cuentan con una mayor integración social.

Por otro lado, se augura que más de la mitad de los usuarios, al menos un 65%, a medida que se sientan más cómodos en el entorno grupal, se involucren de una manera más activa a la hora de exponer sus sentimientos, emociones, vivencias, etc. de manera voluntaria. La participación aumentará la sensación de pertenencia y valor personal, puesto que cada sujeto será escuchado y reconocida por el resto y por el mismo. A través de las dinámicas, se espera que ellos se sientan más activos y menos aislados, lo que contribuirá de manera positiva a su bienestar

general. Este posible efecto encuentra su relación en estos programas como el de DomusVi, donde los usuarios, al revivir recuerdos comunes o compartir nuevas experiencias, aumentan su sentido de pertenencia, su valor personal y su capacidad de expresión personal.

Además, se pronostica que el 80% de los participantes adquirirán la capacidad de reconocimiento de sus capacidades y fortalezas, y del sentimiento de resiliencia para poder enfrentarse sin miedo y con conciencia a los posibles futuros retos que les presente la vida cotidiana. Este cambio en la autopercepción tiene un impacto directo en la motivación y en la disposición de los usuarios para seguir participando activamente en su proyecto de vida. Esta expectativa se validará mediante cuestionarios y entrevistas aplicados antes y después de la intervención, obteniendo datos cuantitativos de las escalas de autoestima que, junto con las narrativas cualitativas, proporcionarán una visión plena de este cambio.

Del mismo modo, se proyecta que los usuarios, tras haber completado con éxito todas las actividades del programa, hayan desarrollado de manera plena la capacidad para aplicar aquellas estrategias y habilidades adquiridas, manteniendo los beneficios conseguidos. Se espera que, al menos el 70 % de los sujetos, mantenga los beneficios tanto emocionales como cognitivos. Esta premisa se relaciona con la evidencia de programas como NeuronUp que permite la personalización de actividades, afirmando que los usuarios obtienen mejores resultados cuando las tareas están adaptadas a su nivel, intereses y disponibilidad, lo que evita la frustración y favorece la motivación. Las encuestas de satisfacción y las entrevistas de seguimiento permitirán constatar la sostenibilidad del impacto y ofrecer recomendaciones para futuras adaptaciones del programa.

Finalmente, en la encuesta de satisfacción global al cierre de la intervención, se estima que al menos el 85 % de los participantes se declare “satisfecho” o “muy satisfecho” con el diseño, el desarrollo y los resultados obtenidos. Esta evaluación sumativa combinará ítems cuantitativos y preguntas abiertas, asegurando que los resultados cuantitativos se complementen con observaciones cualitativas sobre éxitos y posibles mejoras.

4.2 LIMITACIONES

Entre las principales limitaciones encontradas durante la elaboración del presente proyecto se encuentra la variabilidad en el grado de deterioro cognitivo de los usuarios, quienes pueden presentar un nivel diverso de afectación cognitiva dentro del mismo diagnóstico. Esta variabilidad provoca que la respuesta a las intervenciones diseñadas y las posibles mejoras producidas no sean homogéneas, debido a que algunas personas pueden mostrar una mayor

capacidad de recuperación o adaptación que otras, según su estado de salud, su historia clínica o sus capacidades cognitivas iniciales. Es por ello por lo que, esta diferencia en el grado de deterioro puede influir de manera directa en la efectividad del proyecto, puesto que aquellos participantes que tengan un grado de la afección más avanzado tendrán más dificultades para aprovecharse de manera positiva de las actividades propuestas, limitando así la capacidad de la intervención para ofrecer resultados equitativos para todos los usuarios.

A su vez, la influencia del entorno del usuario también puede ser una limitación, puesto que el bienestar emocional y cognitivo de los participantes también se encuentra determinado por su núcleo personal y no solo depende de las actividades realizadas durante el programa. La posible falta de comprensión sobre las necesidades del envejecimiento o la limitada implicación de familiares en los procesos de evaluación que lo requieran pueden afectar la motivación y el rendimiento de los usuarios. Por ello, la complejidad a la hora de controlar estas variables externas puede provocar que la evaluación del impacto del proyecto no sea completamente precisa, incidiendo en los resultados factores ajenos a la intervención.

Por otro lado, la sostenibilidad del impacto en el tiempo es un aspecto que cuenta con cierta complejidad. El seguimiento de los resultados a largo plazo es uno de los indicadores de éxito del programa, sin embargo, es importante considerar que los efectos de la intervención pueden no ser permanentes debido a la afección de los usuarios. Existen factores como el deterioro progresivo de la condición cognitiva o los cambios en el entorno de los participantes que pueden influir en la duración de los efectos positivos alcanzados.

De igual modo, es importante aclarar que el funcionamiento eficiente y satisfactorio del programa depende de la motivación y disponibilidad del personal cualificado, la adecuación de los espacios para la realización de las actividades, y el uso correcto de los recursos materiales necesarios para implementar las dinámicas de intervención. El mal uso de los recursos o la falta de personal capacitado para llevar a cabo este programa puede poner en riesgo la implementación óptima del mismo.

4.3 PROPUESTAS DE MEJORA

Una sugerencia para la mejora de la propuesta sería el diseño de alguna actividad dirigida a los familiares, que podría ser de tipo formativo para brindarles formación sobre cómo apoyar a las personas con las que conviven y padecen esta afección, y sobre cómo ayudarles a mantener o mejorar sus capacidades. Por ello, la creación de espacios de interacción familiar dentro del proyecto podría ser una buena sugerencia al fomentar un ambiente de apoyo mutuo entre

allegados de los usuarios, lo que podría potenciar la experiencia de los participantes y provocar beneficios a largo plazo.

Finalmente, el seguimiento post-intervención se podría mejorar para garantizar la sostenibilidad de los beneficios alcanzados, por ejemplo, extendiendo el periodo de seguimiento y repitiéndolo en varias ocasiones. Si bien se ha propuesto un seguimiento de seis meses después de finalizar el proyecto, realizar otro seguimiento al año, y un último al año y medio. Lo que permitiría observar de una manera más precisa cómo persisten o no los efectos del proyecto en el tiempo

En conclusión, la propuesta de intervención psicopedagógica presentada responde a las necesidades de las personas mayores con DCL, integrando competencias clave del máster como la evaluación de necesidades, el diseño de programas y la aplicación de principios éticos. La revisión de la literatura subraya la importancia de abordar tanto la dimensión cognitiva como la emocional, y destaca la necesidad de continuar investigando en este campo para mejorar la calidad de vida de este colectivo.

5. FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

Amor Systemic. (2025). *¿Qué es la autopercepción y cómo se relaciona con la autoestima?* <https://amorsystemic.com/glossario/que-es-autopercepcion-autoestima>

Bahar-Fuchs, A., Martyr, A., Goh, A. M., Sabates, J., & Clare, L. (2019). Cognitive training for people with mild to moderate dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(3), CD013069. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013069>

Bem, D. J. (1972). *Self-perception theory*. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 6, pp. 1–62). Academic Press.

Bertrand, E., Chetelat, G., & Desgranges, B. (2022). Anosognosia and self-awareness in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: New insights and current perspectives. *Alzheimer's Research & Therapy*, 14(1), 112. <https://doi.org/10.1186/s13195-022-01070-7>

Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2018). The growing problem of loneliness. *The Lancet*, 391(10119), 426-427. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30142-9)

Castellanos, M., Díaz, J., & Rodríguez, L. (2021). La reestructuración cognitiva en el fortalecimiento de la autoestima en adolescentes: Un estudio experimental. *Revista de Psicología Educativa*, 45(2), 225-234. <https://doi.org/10.1016/j.psedu.2021.05.004>

DomusVi. (2019). *DomusVi incorpora la realidad virtual a sus terapias*. <https://www.domusvi.es/portal-del-mayor/domusvi-incorpora-la-realidad-virtual-a-sus-terapias>

Facultad de Medicina, UNAM. (2022). *Autoestima*. Universidad Nacional Autónoma de México. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. <https://psiquiatria.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/06/2022-Autoestima.pdf>

García-Ptacek, S., Eriksdotter, M., Jelic, V., Porta-Etessam, J., Kåreholt, I., & Palomo, S. M. (2016). Subjective cognitive impairment: Towards early identification of Alzheimer disease. *Neurología*, 31(8), 562–569. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.02.006>

González, M., Fernández, A., & Martínez, P. (2021). Terapia cognitivo-conductual y su impacto en la autopercepción de adultos mayores con deterioro cognitivo leve. *Revista de Gerontología*, 33(4), 305-312. <https://doi.org/10.1016/j.geront.2021.01.003>

González-Segura, D., Gutiérrez-Rojas, L., & García-González, J. (2021). La depresión y su relación con el envejecimiento. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 56(6), 328-333. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2021.01.002>

Gradior. (2025). *Gradior Suite | Estimulación cognitiva, multisensorial, Ciudad de la Memoria*. <https://www.gradior.es/>

Guerrero Oyarzún, E., & Bernal-Ruiz, F. (2024). Teoría de la mente en los subtipos de deterioro cognitivo leve: Una revisión sistemática. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 87(3), 205–217. <https://doi.org/10.20453/rnp.v87i3.5213>

Hasomed GmbH. (2025). *RehaCom - Terapia cognitiva*. <https://hasomed.de/es/productos/rehacom-terapia-cognitiva/>

Hernando, A. (2025, 25 de febrero). Algunos antidepresivos pueden acelerar el deterioro cognitivo en personas con demencia. *Agencia SINC*. <https://www.agenciasinc.es/Noticias/Algunos-antidepresivos-pueden-acelerar-el-deterioro-cognitivo-en-personas-con-demencia>

Iso-Markku, P., Aaltonen, S., Kujala, U. M., Halme, H.-L., Phipps, D., Knittle, K., Vuoksima, E., & Waller, K. (2024). Physical Activity and Cognitive Decline Among Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Network Open*, 7(2), e2354285. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.54285>

Jácome León, S. M., Puga Places, P., & Briones, P. (2023). Autoeficacia, motivación y metas personales en entornos virtuales de educación superior. *Digital Publisher*, 8(6), 550–561. <https://doi.org/10.36123/9177330>

Jessen, F., Wiese, B., & Bachmann, C. (2021). The progression of mild cognitive impairment to dementia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Alzheimer's Disease*, 79(2), 569-576. <https://doi.org/10.3233/JAD-201601>

Kaiser, M., Thiel, C., & Hermanns, K. (2020). Alzheimer's disease and mild cognitive impairment: Risk factors and prevention strategies. *Journal of Alzheimer's Disease*, 76(3), 901-912. <https://doi.org/10.3233/JAD-200054>

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, núm. 299, de 15 de diciembre de 2006. <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39/con>

Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado, núm. 184, de 2 de agosto de 2011. <https://www.boe.es/eli/es/l/2011/08/01/27/con>

Liu, C. C., et al. (2021). Apolipoprotein E and Alzheimer disease: risk, mechanisms, and therapy. *Nature Reviews Neurology*, 17(4), 233-244. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2012.263>

Livingston, G., et al. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report. *The Lancet*, 396(10248), 413-446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)

Martínez-Ruiz, M., González-Rodríguez, A., & Pérez-Campos, E. (2022). *Aproximación diagnóstica al deterioro cognitivo leve desde el modelo del DSM-5*. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 57(3), 141-147. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2021.09.004>

Meeting Campus. (2024). *Test Barcelona-2: Introducción, administración y puntuación*. <https://www.meetingcampus.com/course/test-barcelona-2-introduccion-administracion-y-puntuacion>

NeuronUP. (2025). *Plataforma web de neurorrehabilitación y estimulación cognitiva para profesionales*. NeuronUP. <https://neuronup.com/>

Norton, S., et al. (2020). Potential for primary prevention of Alzheimer's disease. *The Lancet Neurology*, 19(8), 640-649. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(20\)30229-3](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(20)30229-3)

Organización de las Naciones Unidas. (2022). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

Ortiz, L. A., López Álvarez, J. M., del Nido Varo, L., Soria García-Rosel, E., Martínez, D. P., & Ismail, Z. (2017). Deterioro comportamental leve como antecedente de la demencia: Presentación de los criterios diagnósticos y de la versión española de la escala MBI-C para su valoración. *Revista de Neurología*, 65(7), 289–296. <https://doi.org/10.33588/RN.6507.2017170>

Pascual Sanchis, F., Tudela Torras, P., Malventi Bellido, D., & Pedrós Roselló, A. (2019). Anosognosia como síntoma inicial de la enfermedad de Alzheimer. A propósito de un caso. *Psiquiatría Biológica*, 26(2), 62–65. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2019.06.002>

Pérez, C., Sánchez, R., & González, A. (2018). *Cambios emocionales en personas con DCL: Impacto en el comportamiento social y afectivo*. *Psicología y Salud Mental*, 22(4), 56-64.

Pérez-García, M., et al. (2021). *Perfil neuropsicológico y predicción de progresión en el deterioro cognitivo leve*. *Neurología*, 36(6), 401–410. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2020.06.003>

Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Boletín Oficial del Estado, núm. 289, de 3 de diciembre de 2013. <https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2013/11/29/1/con>

Real Decreto 193/2023, de 21 de marzo, por el que se regulan las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad para el acceso y utilización de los bienes y servicios a disposición del público. Boletín Oficial del Estado, núm. 69, de 22 de marzo de 2023. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2023/03/21/193/con>

Reitan, R. M. (2021). Trail Making Test: A neuropsychological assessment of cognitive function. *Journal of Clinical Neuropsychology*, 37(1), 88-99. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2021.01.005>

Santos, C. Y., et al. (2018). Exercise and cognitive function in aging. *Current Alzheimer Research*, 15(7), 618-631.

SEFAC. (2023). *Guía sobre el deterioro cognitivo leve* (3ª ed.). Sociedad Española de Farmacia Comunitaria. <https://www.sefac.org/system/files/2023-09/Guia-deterioro-cognitivo-leve%20%283%29%20%281%29.pdf>

Serdomas. (2023). *Valoración cognitiva de personas con demencia: herramientas clave para el diagnóstico*. <https://www.serdomas.es/valoracion-cognitiva-de-personas-con-demencia/>

Schmitt, A. L., Livingston, R. B., & Goette, W. F. (2023). Examining the validity of the Mini-Mental State Examination (MMSE) and its domains using network analysis. *Psychogeriatrics*, 23(2), 123–130. <https://doi.org/10.1111/psyg.13069>

Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG). (2024). *Nuevos criterios diagnósticos del Instituto Nacional del Envejecimiento Americano y de la Asociación de Alzheimer*. <https://www.semeg.es/nuevos-criterios-diagnosticos-del-instituto-nacional-del-envejecimiento-americano-y-de-la-asociacion-de-alzheimer>

Sociedad Valenciana de Neuropsicología (SVNPS). (2023). *Test Barcelona-TDI: Evaluación neuropsicológica para personas con discapacidad intelectual*. <https://svnps.org/documentos/test-barcelona.pdf>

Vázquez, E. (2018). *Alteraciones del sueño en el DCL: Implicaciones para el manejo clínico*. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 53(2), 102-110.

Vélez, M., Sánchez, J., & Díaz, V. (2020). La metacognición como herramienta para mejorar la autopercepción en estudiantes de educación secundaria. *Psicología Educativa*, 25(1), 67-78. <https://doi.org/10.1016/j.pseved.2020.01.003>

Verywell Health. (2021). *Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Test for Dementia*. <https://www.verywellhealth.com/alzheimers-and-montreal-cognitive-assessment-moca-98617>

Wilson, R. S., et al. (2020). Cognitive activity and cognitive decline in old age. *Neurology*, 75(11), 990-996.

Yamada, M., Sato, M., & Tsuji, T. (2021). The relationship between non-amnesic mild cognitive impairment and frontotemporal dementia: A review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 50(1), 1-10. <https://doi.org/10.1159/000512105>

Zhao, Y., et al. (2024). Internet-Based Social Activities and Cognitive Functioning 2 Years Later Among Middle-Aged and Older Adults: Prospective Cohort Study. *JMIR Aging*, 7, e63907. <https://doi.org/10.2196/63907>

6. ANEXOS

Anexo 1. Argumento de “El Principito” respecto a los 7 planetas

El Principito y la historia de los planetas

El Principito es un cuento que cuenta la historia de un niño que viaja por el espacio. En su viaje, visita varios planetas. En cada planeta vive una sola persona. Cada persona se comporta de una manera distinta. El Principito observa cómo son y aprende cosas importantes sobre la vida.

En el primer planeta, vive un **rey**. Él cree que es el jefe de todo. Da órdenes, aunque no viva nadie más allí.

En el segundo planeta, vive un **vanidoso**. Siempre quiere que lo aplaudan. Solo piensa en que lo admiren.

En el tercer planeta, hay un **borracho**. Él bebe para olvidar que le da vergüenza beber. Está atrapado en un círculo sin salida.

En el cuarto planeta, vive un **hombre de negocios**. Solo cuenta estrellas y dice que son suyas. No las disfruta, solo las quiere poseer.

En el quinto planeta, está el **farolero**. Enciende y apaga un farol todo el tiempo. Lo hace sin descanso, aunque ya no tiene sentido.

En el sexto planeta, vive un **geógrafo**. Escribe libros sobre lugares, pero no los visita. Espera que otros le cuenten cómo son.

Fuente: Elaboración propia basada en “*El Principito*” de Antoine de Saint-Exupéry.

Anexo 2. “El Principito” Capítulo XXI.

XXI

Entonces apareció el zorro:

–¡Buenos días! –dijo el zorro.

–¡Buenos días! –respondió cortésmente el principito y se volvió para ver quien hablaba pero no descubrió a nadie.

–Estoy aquí, bajo el manzano –dijo la voz.

–¿Quién eres tú? –Preguntó el principito-. ¡Qué bonito eres!

–Soy un zorro.

–Ven a jugar conmigo, –le propuso el principito– ¡Estoy tan triste!

–No puedo jugar contigo –dijo el zorro–, no estoy domesticado.

–¡Ah, perdón! –dijo el principito.

Pero después de una breve reflexión, añadió:

–¿Qué significa “domesticar”?

–Tú no eres de aquí –dijo el zorro– ¿qué buscas?

–Busco a los hombres –respondió-. ¿Qué significa domesticar?

–Los hombres –dijo el zorro– tienen escopetas y cazan. ¡Es muy molesto, aunque también crían gallinas! Es lo único que les interesa. ¿Tú buscas gallinas?

–No, yo sólo busco amigos. Pero, dime ¿qué significa domesticar?

–Es una cosa ya olvidada –dijo el zorro–, significa “crear vínculos...”

–¿Crear vínculos?



–¡Sí!, verás –dijo el zorro–. Tú eres para mí, sólo un muchachito igual a otros y no te necesito para nada. Tampoco tú tienes necesidad de mí y no soy para ti más que un zorro como otro zorro cualquiera. Pero si tú me domesticas, entonces tendremos necesidad el uno del otro. Tú serás para mí único en el mundo, como también yo lo seré para ti...

–Empiezo a entender –dijo el principito–. Hay una flor... creo que ella me ha domesticado...

–Es posible –concedió el zorro–, en la Tierra se ve todo tipo de cosas.

–¡Oh, no es en la Tierra! –exclamó el principito.

El zorro muy interesado preguntó:

–¿En otro planeta?

–Sí.

–¿Y hay cazadores en ese planeta?

–No.

–¡Oh, eso es *muy* interesante! ¿Y hay gallinas?

–No.

79

Después, el zorro permaneció callado mirando un buen rato al principito.

–¡Por favor!... doméstícame –le dijo.

–Bien quisiera hacerlo –respondió el principito– pero no tengo mucho tiempo. He de buscar amigos y conocer muchas cosas.

–Sólo se conoce bien lo que se domestica –dijo el zorro–. Los hombres ya no tienen tiempo de conocer nada; todo lo compran ya hecho, Y como en las tiendas no se venden amigos, los hombres ya no tienen amigos. ¡Si quieres tener un amigo, entonces debes domesticarme!

–¿Qué debo hacer? –preguntó el principito.

–Debes ser muy paciente –respondió el zorro–. Al principio te sentarás sobre la hierba, un poco retirado de mí; yo te miraré con el rabillo del ojo y tú no dirás nada, pues el lenguaje puede ser fuente de malos entendidos. Entonces, al pasar los días, te podrás sentar cada vez más cerca...

Al día siguiente el principito volvió.

–Es mejor que vengas siempre a la misma hora –dijo el zorro–. Si vienes, por ejemplo, a las cuatro de la tarde, yo desde las tres comenzaría a ser dichoso. Conforme avance la hora, más contento me sentiré. A las cuatro me sentiré

81

–¡Uhm, Nada es perfecto! –dijo el zorro suspirando un tanto desilusionado.



Y continuó: –Mi vida es muy monótona. Cazo gallinas y los hombres me cazan a mí. Todas las gallinas son muy parecidas y todos los hombres se parecen entre sí; Así que, como ves, me aburro constantemente. En cambio, si tú me domesticas, mi vida se llenará de sol y conoceré el rumor de unos pasos diferentes a los de otros hombres. Estos me hacen esconder bajo la tierra; los tuyos me llamarán fuera de la madriguera como una música. Además, ¡mira! ¿Ves allá abajo los campos de trigo? Yo no como pan y por lo tanto el trigo no me significa algo, es inútil para mí. Los trigales no me recuerdan nada y eso me pone triste. ¡Sin embargo, tú tienes el cabello dorado como el trigo y, cuando me hayas domesticado, será maravilloso ver los trigales: te recordaré y amaré el canto del viento sobre el trigo.

80

agitado e inquieto, así descubriré lo que vale la felicidad. Pero si tú vienes a cualquier hora, yo nunca sabré cuándo preparar mi corazón... Tú sabes, los ritos son necesarios.

–¿Qué es un rito? –inquirió el principito.

–Eso también es algo casi olvidado –dijo el zorro–. Es lo que hace que un día sea diferente a otro día y que una hora sea diferente a otra. Entre los cazadores, por ejemplo, hay un rito. Todos los jueves acostumbran ir a bailar con las muchachas del pueblo. Los jueves, entonces, son maravillosos para mí, ¡puedo pasear hasta la viña! En cambio, si los cazadores no tuvieran un día fijo para ir a bailar, todos los días serían iguales y yo no tendría vacación alguna.



De esta manera el principito fue domesticando al zorro.

82

Cuando llegó el día de la partida, el zorro dijo:

–¡Voy a llorar!

–Yo no quería causarte daño, pero tú quisiste que te domesticara...

–Así es –dijo el zorro.

–Pero vas a llorar –dijo el principito.

–¡Sí! –volvió a decir el zorro.

–Al final, no ganaste nada.

–¡Gané! –Dijo el zorro–. He ganado a causa del color del trigo. Ahora es mucho más agradable.

Después, el zorro añadió:

–Ve a ver las rosas una vez más; comprenderás que la tuya sí es única en el mundo. Regresarás para decirme adiós y yo te regalaré un secreto.

El principito se fue a ver nuevamente a las rosas. Les dijo:

–En efecto, no se parecen a mi rosa. Ustedes todavía no son nada. Nadie las ha domesticado ni ustedes han domesticado a nadie. Son como el zorro era antes, un zorro común y corriente que en nada se diferenciaba de

los otros cien mil zorros. Sin embargo, ahora, él es único en el mundo.

Las rosas se sentían molestas oyendo al principito, que continuó diciéndoles:

–Son realmente muy bellas pero están vacías. Nadie daría la vida por ustedes. Cualquiera puede creer que mi rosa es igual. ¡No es así! Ella es más importante que todas ustedes juntas porque a ella he regado, a ella cuidé y protegí con el biombo, porque la libré de los gusanos, dejando sólo los que serían mariposas. Porque es ella a la que oí quejarse, vanagloriarse y, a veces, hasta callarse. Porque, finalmente, *ella es mi rosa*.

Y volvió con el zorro...

–Adiós –dijo el principito con tristeza.

–Adiós –dijo el zorro–. He aquí mi secreto:

Sólo con el corazón se puede ver bien; lo esencial es invisible a los ojos.

–Sólo con el corazón... Lo esencial es invisible a los ojos... –repitió el principito para recordarlo.

–Lo que hace importante a tu rosa, es el tiempo que le has dedicado.

83

–...es el tiempo que le he dedicado... –repitió el principito con el fin de recordarlo.

–Los hombres han olvidado esta gran verdad –dijo el zorro–. ¡Tú no debes olvidarla! Eres responsable, por siempre, de lo que hayas domesticado ¡Eres responsable de tu rosa!...

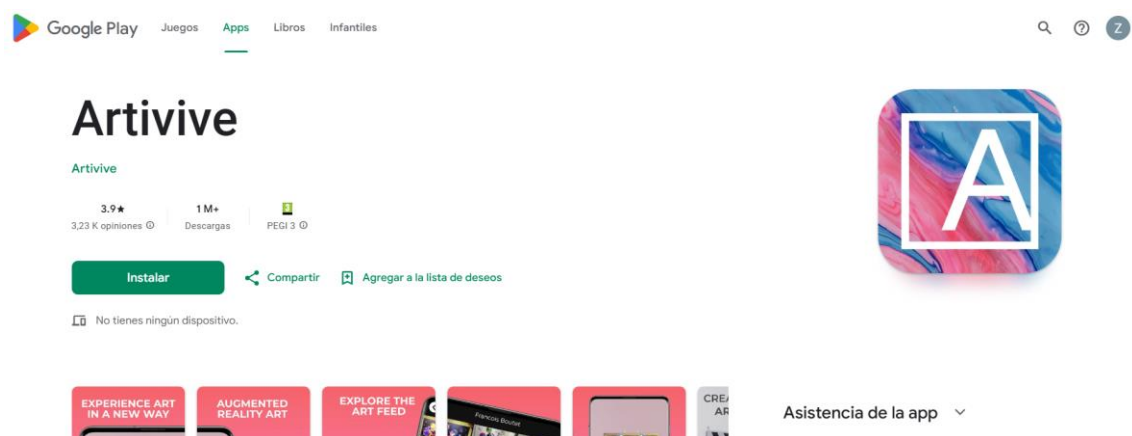
–Soy responsable de mi rosa... –repitió el principito para recordarlo.

84

85

Fuente: Capítulo XXI “*El Principito*” de Antoine de Saint-Exupéry.

Anexo 3. Aplicación móvil “Artivive”.



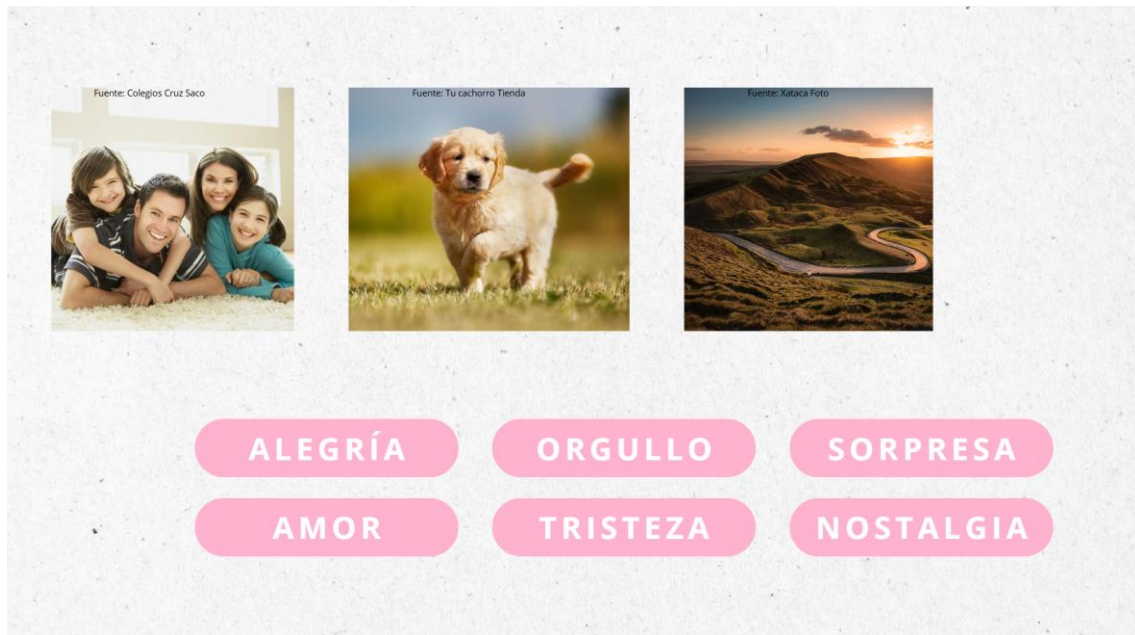
Fuente: Google Play.

Anexo 4. Ejemplo práctico de la actividad: “Mi historia en realidad aumentada”.



Fuente: Elaboración propia.

Anexo 5. Material del primer reto de la actividad: “El Scape Room de mi vida”.



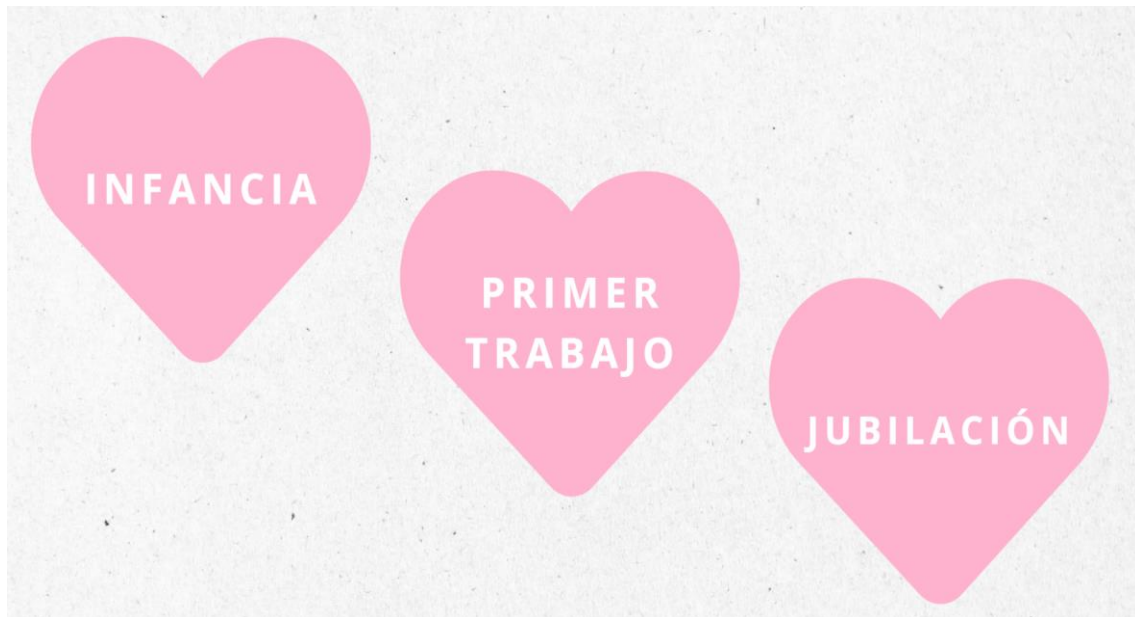
Fuente: Elaboración propia.

Anexo 6. Ejemplo práctico del segundo reto de la actividad: “El Scape Room de mi vida”.



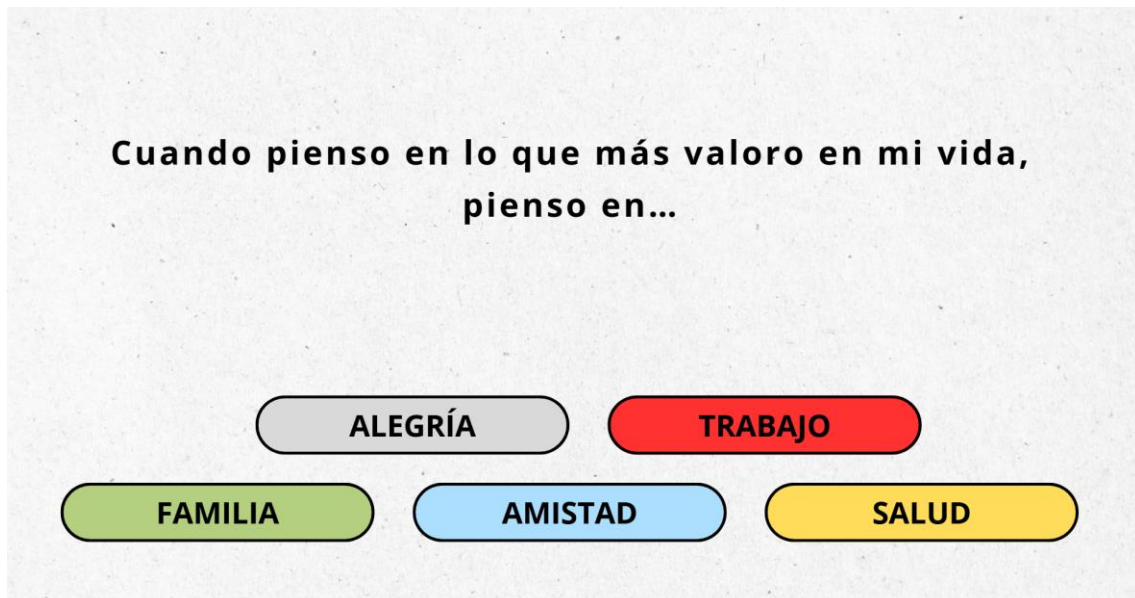
Fuente: Elaboración propia.

Anexo 7. Material del tercer reto de la actividad: “El Scape Room de mi vida”.



Fuente: Elaboración propia.

Anexo 8. Material del cuarto reto de la actividad: “El Scape Room de mi vida”.



Fuente: Elaboración propia.

Anexo 9. Medallas del final de la actividad: “El Scape Room de mi vida”.



Fuente: Elaboración propia.

Anexo 10. Entrevista cualitativa dirigida a las familias para recabar las percepciones en la mejora del bienestar de los usuarios.

ENTREVISTA A LAS FAMILIAS SOBRE LA MEJORA EN EL BIENESTAR DE LOS USUARIOS

DATOS PERSONALES

Nombre del familiar/cuidador: _____ Fecha: _____ Hora: _____
Relación con el usuario: _____

PREGUNTAS

Pregunta n.º 1: ¿Cómo describiría el estado emocional del usuario antes de participar en el proyecto?

Pregunta n.º 2: ¿Ha notado algún cambio en su estado de ánimo o en su forma de relacionarse desde que comenzó la intervención? En caso afirmativo ponga un ejemplo

Pregunta n.º 3: ¿Considera que el usuario se muestra más motivado/a o con mayor interés por participar en actividades cotidianas o sociales desde que participa en el proyecto?

Pregunta n.º 4: ¿Ha observado alguna diferencia en la forma en que gestiona sus emociones (como la tristeza, la frustración o la alegría)?

Pregunta n.º 5: ¿Cómo valora la influencia del proyecto en la calidad de vida general del usuario?

Pregunta n.º 6: ¿Qué aspectos del proyecto cree que han sido más beneficiosos para su bienestar emocional?

Comentarios adicionales

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 11. Entrevista cualitativa pre y post intervención dirigida a los usuarios para conocer su nivel de autopercepción.

ENTREVISTA A LOS USUARIOS PRE-INTERVENCIÓN PARA CONOCER SU AUTOPERCEPCIÓN

DATOS PERSONALES

Nombre del usuario: _____ Fecha: _____ Hora: _____

PREGUNTAS

Pregunta n.º 1: ¿Cómo te sientes contigo mismo/a en este momento de tu vida?

Pregunta n.º 2: ¿Qué cosas te hacen sentir feliz o te dan alegría en el día a día?

Pregunta n.º 3: ¿Hay algo que te haga sentir inseguro/a o menos capaz? ¿Qué es?

Pregunta n.º 4: ¿Cómo describirías tu relación con las personas que te rodean (familia, amigos, etc.)?

Pregunta n.º 5: ¿Te sientes escuchado/a y comprendido/a por los demás? ¿En qué momentos?

Pregunta n.º 6: ¿Sientes que puedes expresar fácilmente lo que piensas o sientes? ¿Por qué sí o por qué no?

Pregunta n.º 7: ¿Te gustaría cambiar algo de ti mismo/a? ¿Qué sería y por qué?

Comentarios adicionales

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 12. Cuestionario de sostenibilidad del impacto en el tiempo dirigida a los usuarios.

CUESTIONARIO DE SOSTENIBILIDAD DEL IMPACTO EN EL TIEMPO

Nombre del usuario: _____	
Fecha: __ - __ - __	Hora: _____

Marque con una X la puntuación que considere más acorde con el servicio recibido

(1 = Muy en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = De acuerdo, 5 = Muy de acuerdo)

BIENESTAR EMOCIONAL					
	1	2	3	4	5
Me siento emocionalmente mejor que antes de comenzar el proyecto.					
Me resulta más fácil gestionar mis emociones en el día a día.					
Me siento más animado/a y con ganas de participar en actividades.					
Siento que tengo más confianza en mí mismo/a.					
Comentarios					

HABILIDADES COGNITIVAS					
	1	2	3	4	5
Me noto más ágil mentalmente (memoria, atención, razonamiento...).					
Las actividades cotidianas me resultan más fáciles de realizar que antes.					
Me siento capaz de seguir aprendiendo cosas nuevas.					
Mantengo interés por nuevos retos mentales					
Comentarios					

MOTIVACIÓN Y CONTINUIDAD					
	1	2	3	4	5
He seguido practicando por mi cuenta o con ayuda alguna de las actividades aprendidas en el proyecto.					
Me gustaría participar en nuevas actividades parecidas en el futuro.					
Comentarios					

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 13. Cuestionario de sostenibilidad del impacto en el tiempo dirigida a las familias de los usuarios.

CUESTIONARIO DE SOSTENIBILIDAD DEL IMPACTO EN EL TIEMPO

Nombre del familiar/cuidador y relación con el usuario:

Fecha: __ - __ - __

Hora: _____

Marque con una X la puntuación que considere más acorde con el servicio recibido

(1 = Muy en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = De acuerdo, 5 = Muy de acuerdo)

BIENESTAR EMOCIONAL					
	1	2	3	4	5
He notado una mejora estable en su estado de ánimo desde que terminó el proyecto.					
El usuario parece más animado/a y con más ganas de participar en actividades.					
El usuario parece más animado/a y con más ganas de participar en actividades.					
Muestra mayor confianza en sí mismo/a.					
Comentarios					

HABILIDADES COGNITIVAS					
	1	2	3	4	5
Percibo una mejora en su memoria, atención o agilidad mental.					
Afronta las tareas cotidianas con más seguridad y autonomía.					
Muestra interés por seguir aprendiendo y ejercitando su mente.					
Participa en actividades cognitivas con más frecuencia que antes.					
Comentarios					

MOTIVACIÓN Y CONTINUIDAD					
	1	2	3	4	5
He mantenido algunos de los hábitos o aprendizajes del proyecto.					
Me gustaría que pudiera seguir participando en iniciativas similares en el futuro.					
Comentarios					

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 14. Cuestionario final dirigido a los usuarios sobre la satisfacción del proyecto.

CUESTIONARIO SOBRE EL NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL PROYECTO

Nombre del usuario:

Fecha: __ - __ - ____

Hora: _____

Marque con una X la puntuación que considere más acorde con el servicio recibido

(1 = Muy en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = De acuerdo, 5 = Muy de acuerdo)

EXPERIENCIA					
	1	2	3	4	5
Me ha resultado fácil entender y seguir las dinámicas propuestas.					
He sentido que mi opinión era escuchada y respetada.					
Las actividades realizadas han sido interesantes y agradables.					
El ambiente del grupo ha sido positivo y acogedor.					
Comentarios					

BENEFICIOS PERCIBIDOS					
	1	2	3	4	5
Me ha gustado compartir recuerdos y experiencias.					
He notado mejoras en cómo me siento conmigo mismo/a.					
Siento que he aprendido cosas útiles.					
He sentido que puedo hacer más cosas de las que pensaba.					
Comentarios					

VALORACIÓN GLOBAL					
	1	2	3	4	5
Estoy satisfecho/a con mi participación en el proyecto.					
Recomendaría este proyecto a otras personas.					
Comentarios					

Fuente: Elaboración propia.