

## Deterioro cognitivo, autonomía funcional y sintomatología depresiva en personas mayores usuarias de centros de día: implicaciones psicoeducativas para la intervención

Pilar Torres-Nogales <sup>1</sup>; Eloísa Guerrero-Barona <sup>2,\*</sup>; Mónica Guerrero-Molina <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Universidad de Extremadura, Badajoz, España.

[pilartorresnogales@gmail.com](mailto:pilartorresnogales@gmail.com); <https://orcid.org/0009-0008-8296-1126>

<sup>2</sup> Universidad de Extremadura, Badajoz, España.

[eloisa@unex.es](mailto:eloisa@unex.es); <https://orcid.org/0000-0003-3907-7796>

<sup>3</sup> Universidad de Extremadura, Badajoz, España.

[monicagm@unex.es](mailto:monicagm@unex.es); <https://orcid.org/0000-0001-5792-881X>

\*Autor de correspondencia: [eloisa@unex.es](mailto:eloisa@unex.es)

Recibido: 22-04-2026; Aceptado: 21-07-2026

**Resumen.** En este estudio se describe el perfil cognitivo y funcional de personas mayores y analizó sus implicaciones psicoeducativas. Participaron 61 personas mayores (M = 81,48 años), evaluadas mediante el MMSE, la ENM.dem, el Índice de Barthel, la Escala de Lawton y Brody y la Escala de Depresión Geriátrica. El 86,9 % obtuvo puntuaciones compatibles con deterioro cognitivo en el MMSE y el 63,9 % presentó alteraciones en la ENM.dem. Los resultados evidencian una elevada prevalencia de deterioro cognitivo, dependencia funcional y sintomatología depresiva en la muestra estudiada, y ponen de manifiesto la necesidad de desarrollar intervenciones psicoeducativas integrales dirigidas a preservar la autonomía, estimular el funcionamiento cognitivo y mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

**Palabras clave:** deterioro cognitivo; autonomía funcional; envejecimiento activo; sintomatología depresiva, actividades de la vida diaria; intervención psicoeducativa.

### [en] Cognitive Impairment, Functional Autonomy, and Depressive Symptoms in Older Adults Attending Day Care Centers: Psychoeducational Implications for Intervention

**Abstract.** This study describes the cognitive and functional profile of older adults and analyzes its psychoeducational implications. Sixty-one older adults (M = 81.48 years) participated; they were assessed using the MMSE, ENM.dem, Barthel Index, Lawton-Brody Scale, and Geriatric Depression Scale. Overall 86.9 % obtained scores consistent with cognitive impairment on the MMSE, and 63.9 % showed abnormalities on the ENM.dem. The results show a high prevalence of cognitive decline, functional dependence, and depressive symptoms in the study sample, and highlight the need to develop comprehensive psychoeducational interventions aimed at preserving autonomy, stimulating cognitive functioning, and improving the quality of life of older adults.

**Keywords:** cognitive impairment; functional autonomy; active aging; depressive symptoms; activities of daily living; psychoeducational intervention.

[pt] **Comprometimento cognitivo, Autonomia Funcional e Sintomatologia Depressiva em Pessoas Idosas Utentes de Centros de Dia: Implicações Psicoeducativas para a Intervenção**

**Resumo.** Este estudo descreve o perfil cognitivo e funcional dos idosos e analisa as suas implicações psicoeducativas. Sessenta e um idosos (M = 81,48 anos) participaram e foram avaliados através do MMSE, ENM.dem, Índice de Barthel, Escala de Lawton e Brody e Escala de Depressão Geriátrica. 86,9 % obtiveram pontuações compatíveis com défice cognitivo no MMSE e 63,9 % apresentaram anormalidades no ENM.dem. Os resultados revelam uma elevada prevalência de deterioração cognitiva, dependência funcional e sintomas depressivos na amostra estudada, e evidenciam a necessidade de desenvolver intervenções psicoeducativas integrais destinadas a preservar a autonomia, estimular o funcionamento cognitivo e melhorar a qualidade de vida dos idosos.

**Palavras-chave:** défice cognitivo; autonomia funcional; envelhecimento ativo; sintomas depressivos; Atividades da vida diária; intervenção psicoeducativa.

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Conflicto de intereses                  | La autoría declara no tener ningún conflicto de intereses.                                                                                                                                                                                                                    |
| Contribución de autoría                 | Conceptualización, P.T.-N.; Metodología, P.T.-N. y E.G.-B.; Investigación, P.T.-N.; Curación de datos, P.T.-N.; Análisis formal, P.T.-N.; Visualización, P.T.-N.; Supervisión, E.G.-B.; Redacción—borrador original, P.T.-N.; Redacción—revisión y edición, E.G.-B. y M.G.-M. |
| Agradecimientos                         | -                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Financiación                            | Esta investigación no ha recibido financiación externa.                                                                                                                                                                                                                       |
| Declaración del comité de bioética      | El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad de Extremadura (Ref. 137/2024).                                                                                                                                                                           |
| Declaración de consentimiento informado | Se obtuvo el consentimiento informado de todas las personas participantes antes de la recogida de datos.                                                                                                                                                                      |

**1. Introducción**

El envejecimiento de la población se ha consolidado como una de las transformaciones demográficas más significativas en las últimas décadas. Este proceso, impulsado por el incremento progresivo de la esperanza de vida y el descenso de la natalidad, ha modificado de forma sustancial la estructura por edades, especialmente en el contexto europeo. Algunas investigaciones señalan que el incremento de la longevidad se acompaña de un aumento en la prevalencia de deterioro cognitivo y condiciones asociadas a la dependencia funcional en la vejez (Livingston et al., 2020; OMS, 2021), otras investigaciones recientes han mostrado que el deterioro cognitivo y las limitaciones funcionales en actividades de la vida diaria tienden a coexistir y se asocian de manera significativa con peores resultados de salud y mayor riesgo de mortalidad en personas mayores (Zhu et al., 2024). En este contexto, resulta fundamental promover un envejecimiento que favorezca el mantenimiento de la salud, la autonomía y la participación social de las personas mayores.

El concepto de envejecimiento activo, promovido por la Organización Mundial de la Salud (2002, 2015), enfatiza la optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida en la vejez. Desde esta perspectiva, la autonomía funcional no se limita a una variable clínica, sino que constituye un componente central del bienestar, la identidad y la autoeficacia percibida (Bandura, 1997). La pérdida de independencia puede afectar al sentido de control personal y a la participación social, generando un impacto psicológico significativo.

El deterioro cognitivo en la vejez se sitúa en un continuo que abarca desde el envejecimiento cognitivo normativo hasta formas clínicas más severas, como la demencia. Entre ambos extremos se encuentra el deterioro cognitivo leve (DCL), conceptualizado como un estado intermedio caracterizado por una disminución objetiva del rendimiento cognitivo sin afectación significativa de la funcionalidad básica (Petersen et al., 2014). La relevancia del DCL radica en su potencial evolución hacia demencia, aunque no todos los casos progresan de forma inexorable (Prince et al., 2015). En cualquier caso, incluso en fases iniciales, los cambios cognitivos pueden tener repercusiones funcionales sutiles pero significativas. Estudios recientes subrayan la importancia de la detección temprana del deterioro cognitivo leve como estrategia preventiva para retrasar la progresión hacia demencia y preservar la autonomía funcional en la población mayor (Prince et al., 2022).

A pesar del creciente interés por el deterioro cognitivo en la vejez, los estudios centrados específicamente en personas mayores usuarias de centros de día continúan siendo limitados y presentan resultados heterogéneos. Las investigaciones disponibles muestran una elevada prevalencia de deterioro cognitivo en este contexto asistencial, con porcentajes que oscilan entre el 40 % y el 80 %, dependiendo de las características de la muestra, los instrumentos empleados y los criterios diagnósticos utilizados (Giebel et al., 2015; Sáez-Gutiérrez et al., 2024). Asimismo, diferentes trabajos han señalado que una proporción importante de estos usuarios presenta simultáneamente limitaciones funcionales y sintomatología depresiva, lo que pone de manifiesto la necesidad de realizar evaluaciones integrales que contemplen conjuntamente las dimensiones cognitiva, funcional y emocional.

Desde una perspectiva educativa, este escenario pone de manifiesto la necesidad de desarrollar programas de intervención psicoeducativa dirigidos a la estimulación cognitiva, el entrenamiento en habilidades funcionales y la promoción de estrategias compensatorias que permitan mantener la independencia en la vida diaria. En este sentido, la educación en la vejez se configura como un proceso continuo orientado no solo a la adquisición de conocimientos, sino también al mantenimiento de capacidades y a la adaptación a los cambios asociados al envejecimiento (Sáez-Gutiérrez et al., 2024).

La literatura neuropsicológica ha evidenciado que determinados dominios cognitivos, especialmente las funciones ejecutivas, la memoria operativa y la velocidad de procesamiento, desempeñan un papel central en el mantenimiento de la independencia funcional (Diamond, 2013; Miyake et al., 2000).

Desde el punto de vista funcional, la autonomía en la vida diaria suele analizarse distinguiendo entre actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Las ABVD incluyen tareas de autocuidado como alimentación, higiene o vestido, mientras que las AIVD implican actividades más complejas como la gestión económica, el uso del teléfono o la administración de medicación. El modelo jerárquico propuesto por Lawton y Brody (1969) plantea que las AIVD, al requerir mayor demanda cognitiva, tienden a deteriorarse antes que las ABVD, constituyendo un marcador temprano del declive funcional.

Diversos estudios han confirmado que las alteraciones en AIVD pueden detectarse incluso en fases iniciales del deterioro cognitivo (Marshall et al., 2011; Perneczky et al., 2006). Asimismo, Royall et al. (2007) y Tomaszewski-Farias et al. (2009) han señalado que el compromiso de las funciones ejecutivas se asocia de forma significativa con dificultades en tareas instrumentales. Esta

evidencia refuerza la necesidad de analizar conjuntamente el funcionamiento cognitivo y la autonomía funcional como dimensiones interdependientes.

Asimismo, la sintomatología depresiva constituye uno de los problemas emocionales más frecuentes en la población mayor y se relaciona de forma significativa con el deterioro cognitivo, la pérdida de autonomía funcional y la disminución de la participación social. Investigaciones recientes señalan que la depresión en la vejez puede actuar como factor de riesgo y como consecuencia del deterioro cognitivo, afectando tanto al rendimiento neuropsicológico como a la capacidad para realizar actividades de la vida diaria (Forbes et al., 2024; Gómez-Soria et al., 2023). Desde una perspectiva psicoeducativa, la evaluación de la sintomatología depresiva resulta especialmente relevante, ya que permite diseñar programas de intervención que integren estimulación cognitiva, apoyo emocional y promoción del bienestar (Gómez-Soria et al., 2023), favoreciendo el mantenimiento de la autonomía y la calidad de vida en los centros de día.

Sin embargo, la mayor parte de las investigaciones publicadas se han centrado en muestras clínicas procedentes de hospitales, consultas de memoria o residencias, mientras que son menos frecuentes los estudios realizados en centros de día, a pesar de constituir uno de los principales recursos comunitarios para la atención de personas mayores con distintos niveles de dependencia. Además, muchos trabajos analizan únicamente variables cognitivas o funcionales de forma independiente, existiendo menos evidencia que integre simultáneamente el rendimiento cognitivo, la autonomía funcional y el estado emocional dentro de un mismo estudio descriptivo.

Desde una perspectiva teórica más amplia, el modelo ecológico del envejecimiento de Lawton (1982) sostiene que el comportamiento funcional es el resultado de la interacción entre la competencia individual y las demandas ambientales. Cuando las capacidades cognitivas disminuyen, pequeños incrementos en la complejidad del entorno pueden traducirse en pérdidas funcionales relevantes. Este planteamiento resulta especialmente relevante para el diseño de programas educativos, ya que subraya la importancia de adaptar los entornos de aprendizaje y las actividades de intervención a las capacidades de las personas mayores, favoreciendo contextos accesibles, estructurados y significativos (Gross et al., 2019).

En paralelo, la teoría de la reserva cognitiva (Stern, 2009) plantea que la participación en actividades intelectualmente estimulantes a lo largo de la vida puede amortiguar el impacto clínico del daño neuropatológico. En la misma línea, Park y Bischof (2013) destacan que los entornos enriquecidos y la participación activa favorecen la plasticidad cerebral incluso en edades avanzadas. Estas aportaciones respaldan el diseño de intervenciones psicoeducativas contextualizadas que promuevan el mantenimiento de competencias funcionales.

En esta línea, en las últimas décadas se han desarrollado diversos programas psicoeducativos dirigidos a personas mayores con deterioro cognitivo, especialmente en contextos comunitarios y centros de día. Entre las intervenciones con mayor respaldo científico se encuentran la terapia de estimulación cognitiva y los programas de rehabilitación cognitiva individual, desarrollados inicialmente en el Reino Unido y ampliamente implementados en Europa desde la década de 2000. Las investigaciones recientes han demostrado que estas intervenciones contribuyen a mejorar el funcionamiento cognitivo, el desempeño en actividades de la vida diaria y la calidad de vida de personas con demencia leve y moderada (Clare et al., 2019; Gibbor et al., 2021). Este programa se basa en sesiones grupales estructuradas que combinan actividades de memoria, lenguaje, orientación y funciones ejecutivas, incorporando principios educativos como el aprendizaje significativo y la participación activa.

Asimismo, en el contexto español se han desarrollado programas de intervención cognitivo-funcional aplicados en centros de día y servicios comunitarios, que integran la estimulación cognitiva con el entrenamiento en actividades de la vida diaria. Estas intervenciones han mostrado efectos positivos no solo en el rendimiento cognitivo, sino también en la autonomía en actividades instrumentales, al centrarse en tareas ecológicas como la gestión de la medicación, el uso del dinero o la planificación de actividades cotidianas (Sáez-Gutiérrez et al., 2024). Desde una perspectiva psicoeducativa, estos programas favorecen la transferencia del aprendizaje al contexto real, elemento clave para el mantenimiento de la independencia funcional.

Más recientemente, la investigación ha evolucionado hacia programas multicomponente que integran la estimulación cognitiva, actividad física, intervención emocional y entrenamiento funcional, mostrando beneficios sobre el funcionamiento cognitivo, el estado de ánimo y la participación social (Kallio et al., 2020; Raimo et al., 2024). Estos programas, desarrollados principalmente en Europa y América en los últimos años, han demostrado que la combinación de componentes cognitivos y psicoeducativos produce beneficios más amplios, incluyendo mejoras en funciones ejecutivas, estado de ánimo y participación social (Kallio et al., 2020; Raimo et al., 2024). En este sentido, las intervenciones que incorporan estrategias de regulación emocional y afrontamiento de la sintomatología depresiva resultan especialmente relevantes, dado que la depresión puede interferir tanto en el rendimiento cognitivo como en la funcionalidad cotidiana.

La evidencia reciente indica que este tipo de intervenciones no solo contribuye al mantenimiento de las capacidades cognitivas, sino también a la mejora del bienestar psicológico y la calidad de vida, especialmente cuando se aplican en contextos estructurados como los centros de día (López-Higes et al., 2022; Clare et al., 2019). En conjunto, estos enfoques refuerzan la necesidad de integrar la intervención psicoeducativa como parte esencial de la atención a personas mayores con deterioro cognitivo.

Además, investigaciones sobre fragilidad han evidenciado que el deterioro cognitivo y el declive funcional suelen coexistir con factores físicos y emocionales interrelacionados (Fried et al., 2001). Investigaciones recientes han ampliado este enfoque al concepto de fragilidad cognitiva, caracterizado por la coexistencia de deterioro cognitivo y fragilidad física, el cual se relaciona con mayor dependencia funcional y mayor riesgo de eventos adversos en la población mayor (Zhang et al., 2024). Ello refuerza la necesidad de aproximaciones multidimensionales que integren estimulación cognitiva, actividad física y apoyo socioemocional (Gross et al., 2012; Reijnders et al., 2013). Estudios recientes han mostrado que los programas de intervención neurocognitiva aplicados en personas mayores pueden contribuir al mantenimiento de la autonomía funcional y la calidad de vida en la vejez (Sáez-Gutiérrez et al., 2024).

En el ámbito aplicado, los centros de día representan un contexto privilegiado para la detección temprana y la intervención preventiva. Estos espacios permiten implementar programas psicoeducativos estructurados, basados en la evidencia, que integren aprendizaje significativo, estimulación cognitiva y entrenamiento en actividades de la vida diaria. Sin embargo, todavía son escasos los estudios que describen de forma conjunta el perfil cognitivo, funcional y emocional de las personas mayores usuarias de estos recursos, especialmente desde una perspectiva psicoeducativa. Esta limitación justifica la necesidad de investigaciones que aporten evidencia descriptiva sobre esta población y orienten el diseño de programas de intervención ajustados a sus necesidades.

El presente estudio tiene como objetivo describir el perfil cognitivo, funcional y emocional de personas mayores usuarias de centros de día, analizando conjuntamente el deterioro cognitivo, la autonomía funcional y la sintomatología depresiva, mediante instrumentos neuropsicológicos y funcionales ampliamente validados. La originalidad del trabajo reside en integrar estas tres dimensiones dentro de una misma muestra comunitaria, ofreciendo una caracterización conjunta en un contexto sociosanitario real que contribuye a cubrir esta laguna de conocimiento y aporta información útil para orientar el diseño de futuros programas psicoeducativos dirigidos a preservar la autonomía y mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

## 2. Método

### 2.1 Muestra

La muestra procede de una investigación desarrollada en el marco de una tesis doctoral realizada durante los años 2022 y 2023. El estudio se llevó a cabo con personas mayores usuarias de centros de día de la provincia de Badajoz (Extremadura), entendidos como espacios socioeducativos en los que se desarrollan actividades orientadas al mantenimiento de la autonomía, la estimulación cognitiva no formal y la participación social. La selección de las personas incluidas en este estudio, se realizó mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional o por conveniencia, incluyendo a las personas usuarias que cumplieran los criterios de inclusión y aceptaron participar voluntariamente en el estudio. Participaron usuarios procedentes de tres centros de día de la provincia de Badajoz, ubicados en las localidades de Gadiana, Pueblonuevo del Gadiana y Valdelacalzada, todos ellos recursos sociosanitarios dirigidos a personas mayores con distintos niveles de dependencia funcional y necesidades de apoyo.

Participaron un total de 61 personas mayores (78,7 % mujeres y 21,3 % varones), con edades comprendidas entre los 59 y los 98 años ( $M = 81,48$ ;  $DT = 7,43$ ). Además de la edad y el sexo, se recogieron otras variables sociodemográficas como el nivel educativo y la situación socioeconómica. El nivel educativo fue considerado durante la interpretación de los resultados cognitivos, dado que constituye una variable que puede influir en el rendimiento obtenido en pruebas de cribado como el MMSE. Asimismo, se registró la existencia de diagnósticos neurológicos previos cuando esta información figuraba en la historia clínica o era facilitada por el propio centro. También se registró información relativa a las principales comorbilidades presentes en las personas participantes. Se recogió información sistemática sobre la medicación habitual de los participantes, aspecto que deberá considerarse en futuras investigaciones. El elevado porcentaje de mujeres refleja la feminización del envejecimiento característica del contexto sociodemográfico español.

Como criterios de inclusión se estableció ser usuario activo de un centro de día y tener una edad igual o superior a 50 años. Aunque convencionalmente la población mayor suele situarse a partir de los 60 o 65 años, se adoptó este criterio debido a que algunos centros de día admiten usuarios de menor edad con procesos de envejecimiento prematuro, dependencia funcional o enfermedades neurodegenerativas de inicio precoz. No obstante, en la muestra finalmente evaluada la edad mínima fue de 59 años. Durante el proceso de selección, dos personas fueron excluidas por presentar importantes dificultades auditivas y de comunicación que impedían completar adecuadamente la evaluación neuropsicológica. No se registraron rechazos voluntarios a la participación entre las personas que cumplieran los criterios de inclusión.

El contexto institucional en el que se desarrolló la investigación permite interpretar los resultados desde una perspectiva aplicada, vinculada al diseño de estrategias educativas y de intervención orientada a la promoción del envejecimiento activo.

La descripción de estas características sociodemográficas permite contextualizar el perfil de las personas mayores participantes y facilitar la interpretación de los resultados desde una perspectiva poblacional.

## 2.2 Instrumentos

El estudio emplea una batería de instrumentos de evaluación cognitiva ampliamente utilizados en el ámbito clínico y sociosanitario, integrados dentro del Plan Marco de Atención Sociosanitaria 2005-2010.

1. *El Mini Examen del Estado Mental* (MMSE, Blesa, 2001). Se utilizó la adaptación española del Mini Examen del Estado Mental (MMSE) basada en la versión original de Folstein et al. (1975). Se trata de un instrumento de cribado ampliamente empleado para la detección y seguimiento del deterioro cognitivo. Consta de 30 ítems que evalúan orientación temporal y espacial, atención y cálculo, memoria inmediata y diferida, lenguaje, comprensión, lectura, escritura y praxis constructiva. La puntuación total oscila entre 0 y 30 puntos. En el presente estudio se utilizó el punto de corte convencional (<24 puntos) para todas las personas participantes, con fines descriptivos, si bien la interpretación clínica de las puntuaciones tuvo en consideración la edad y el nivel educativo, de acuerdo con las recomendaciones de la adaptación española. La aplicación requiere aproximadamente entre 5 y 10 minutos. En cuanto a la fiabilidad de la prueba, el alfa de Cronbach oscila entre 0,74 (James et al., 2020) y 0,93 (Prieto et al., 2011), por lo tanto, los valores son adecuados. En el presente estudio se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,65, valor inferior al criterio habitualmente recomendado (0,70), aunque considerado aceptable en investigaciones de carácter exploratorio y en muestras de personas mayores con elevada heterogeneidad clínica.

2. *La Exploración Neuropsicológica Mínima en Demencias* (ENM.dem). Para complementar la evaluación cognitiva se administró la Exploración Neuropsicológica Mínima en Demencias (ENM.dem), desarrollada en 2005 por el Grupo de Trabajo en Neuropsicología Clínica, actual Consorcio de Neuropsicología Clínica. Esta batería breve está compuesta por siete tareas y valora distintos procesos cognitivos implicados en el deterioro, tales como orientación, memoria verbal intencional, fluidez léxico-semántica, praxias constructivas e ideomotoras, gnosias y capacidad de abstracción. El rango de puntuación se sitúa entre 0 y 91 puntos, clasificándose el rendimiento como *alterado* (0–61), *dudoso* (62–74) o *normal* (75–91). Su administración requiere entre 15 y 20 minutos. En este estudio se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,68, valor ligeramente inferior a 0,70, aunque considerado aceptable para estudios exploratorios y coherente con la naturaleza multidimensional del instrumento.

3. *Índice de Barthel* (ABVD). La autonomía en actividades básicas se evaluó mediante la versión abreviada del Índice de Barthel, adaptada por Baztán et al. (1993) a partir del instrumento original de Mahoney y Barthel (1965). La escala valora diez actividades relacionadas con el autocuidado y la movilidad: alimentación, higiene personal, vestido, control de esfínteres, uso del retrete, traslados, deambulación y uso de escaleras, entre otras.

Cada ítem puntúa en función del grado de independencia mostrado. La puntuación total varía entre 0 y 100 puntos, donde puntuaciones más elevadas indican mayor autonomía. Los niveles interpretativos incluyen *dependencia total* (0–20), *grave* (21–35), *moderada* (36–55), *leve* (56–99) e *independencia completa* (100). Su aplicación requiere entre 5 y 10 minutos. En el presente estudio se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,91.

4. *Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)*. La autonomía en actividades instrumentales se valoró mediante la escala de Lawton y Brody (1969), instrumento ampliamente utilizado en geriatría y rehabilitación. Esta escala evalúa ocho actividades que implican mayor complejidad cognitiva y capacidad de planificación, tales como el uso del teléfono, la realización de compras, la preparación de comidas, el manejo de la medicación, la gestión económica o el uso de transporte. Cada ítem se puntúa de forma dicotómica (0–1), con un rango total entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). La escala resulta especialmente útil para detectar pérdidas tempranas de autonomía funcional, dado que las actividades instrumentales suelen deteriorarse antes que las actividades básicas en los procesos de deterioro cognitivo. En esta investigación se administró la versión completa de ocho ítems a todas las personas participantes, hombres y mujeres, evitando las diferencias existentes en versiones originales que proponían puntuaciones distintas según el sexo. Aunque la escala de Lawton y Brody continúa siendo uno de los instrumentos más utilizados para valorar las actividades instrumentales de la vida diaria, algunos autores han señalado limitaciones relacionadas con la ausencia de información sobre el desempeño previo, la influencia del nivel socioeconómico y la escasa representación de actividades propias del contexto actual (por ejemplo, uso de nuevas tecnologías). No obstante, sigue considerándose una herramienta válida para la detección de pérdidas funcionales tempranas en población mayor. La administración requiere entre 5 y 10 minutos. En esta investigación se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,87.

5. *Escala Abreviada de Depresión Geriátrica (GDS-15 red)*. Fue desarrollada por Yesavage et al. (1982). En nuestro estudio empleamos la versión adaptada y abreviada por Sheikh y Yesavage (1986). Es una herramienta muy recomendable para identificar síntomas de depresión en adultos mayores, pues la depresión es una de las causas más prevalentes de deterioro en personas mayores. Consta de respuestas dicotómicas (sí/no) y una estructura unidimensional. El cuestionario se encuentra conformado por 15 ítems, cada pregunta puede puntuar con 0 o 1 punto, otorgándole el valor de 1 a la respuesta que representa el indicador de depresión. Para calcular el puntaje total, se suman los puntajes de los 15 ítems que conforman la escala. En la corrección, si se obtiene un puntaje total igual o mayor a 5 puntos, se considera presencia de depresión. La GDS-15 red, requiere entre 5 y 7 minutos para su aplicación. En diferentes estudios, su alfa de Cronbach oscila entre 0,80 (Almeida & Almeida, 1999) y 0,94 (Fountoulakis et al., 1999). En nuestro estudio obtuvimos una consistencia interna de 0,82.

En conjunto, la utilización de estos instrumentos permitió obtener una valoración integrada del funcionamiento cognitivo y del nivel de autonomía en la vida diaria de las personas mayores participantes, facilitando la descripción del perfil funcional de la muestra analizada.



## 2.3 Procedimiento

Los datos analizados proceden de una investigación más amplia, orientada al estudio del funcionamiento cognitivo, la autonomía funcional y otras variables psicosociales, incluyendo el análisis de la sintomatología depresiva en personas mayores usuarias de centros de día.

Antes del inicio del trabajo de campo, se contactó con los equipos directivos de los centros participantes para presentar los objetivos del estudio y solicitar su colaboración. Una vez obtenida la autorización institucional, se planificó la recogida de datos de manera coordinada con los profesionales de cada centro, procurando que la evaluación no interfiriera en la programación habitual de actividades.

La aplicación de las pruebas se realizó por parte de una investigadora de nuestro equipo, especializada en neuropsicología y psicología clínica, de forma individual, en espacios adecuados dentro de los propios centros, garantizando condiciones de privacidad, iluminación y ausencia de distractores. Las sesiones tuvieron una duración aproximada de entre 45 y 60 minutos, pudiendo dividirse en más de un momento cuando el estado de la persona participante así lo requería, con el fin de evitar fatiga y preservar su bienestar.

Todos los instrumentos fueron administrados siguiendo las recomendaciones establecidas por sus autores. En el caso de la Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton y Brody, se aplicó la versión completa de ocho ítems a todas las personas participantes, independientemente del sexo, con el fin de garantizar la comparabilidad de las puntuaciones y evitar las diferencias presentes en versiones originales del instrumento.

Todas las personas participantes, o sus representantes legales cuando fue necesario, recibieron información clara y comprensible sobre la finalidad del estudio, el carácter voluntario de la participación y la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin consecuencias para la atención recibida. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito en todos los casos. El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad de Extremadura (Ref. 137/2024) y se desarrolló conforme a los principios de la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013) y al Reglamento (UE) 2016/679 relativo a la protección de datos personales. Desde una perspectiva educativa, este procedimiento permitió no solo evaluar variables cognitivas y funcionales, sino también analizar la sintomatología depresiva como parte del perfil psicosocial de las personas participantes.

## 2.4 Análisis de datos

Los datos recogidos mediante los instrumentos de evaluación fueron procesados utilizando el paquete estadístico IBM SPSS Statistics (versión 28).

Posteriormente, se examinó la distribución de las variables mediante pruebas de normalidad (Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk). Ambas pruebas mostraron desviaciones de la normalidad en las principales variables analizadas, motivo por el cual los resultados descriptivos se interpretaron teniendo en cuenta dicha distribución de los datos. Dado el tamaño de la muestra ( $n = 61$ ) y la naturaleza exploratoria del estudio, el análisis se centró principalmente en estadísticos descriptivos que permitieran caracterizar el perfil cognitivo, funcional y emocional de las personas participantes, incluyendo el análisis de la sintomatología depresiva, con el objetivo de obtener una visión integral de su situación en el contexto de los centros de día.

Se realizaron análisis descriptivos con el objetivo de caracterizar el perfil cognitivo y funcional de las personas participantes, así como su situación sociodemográfica. Este análisis permitió obtener una visión global del nivel de autonomía y del grado de deterioro cognitivo presente en el contexto de los centros de día analizados, aspecto fundamental para interpretar las necesidades de intervención y orientación psicoeducativa en el contexto de los centros de día.

### 3. Resultados

En la Tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de la muestra analizada. La edad media de las personas incluidas en este estudio fue de 81,48 años ( $DT = 7,43$ ), con un rango comprendido entre 59 y 98 años.

En relación con el sexo, la muestra estuvo compuesta mayoritariamente por mujeres (78,7%), mientras que los hombres representaron el 21,3 % de las personas participantes.

Respecto a la distribución por grupos de edad, el intervalo predominante se situó entre 79 y 88 años (59,0%), seguido del grupo de 69 a 78 años (23,0%). En menor proporción se encontraron las personas incluidas en este estudio de 89 a 98 años (13,1%) y de 59 a 68 años (4,9%).

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de la muestra ( $n = 61$ )

| <i>Variable</i>      | <i>n</i> | <i>%</i> | <i>M</i> | <i>DT</i> |
|----------------------|----------|----------|----------|-----------|
| <i>Edad (años)</i>   | 61       | 100,0    | 81,48    | 7,43      |
| <i>Sexo</i>          |          |          |          |           |
| Mujeres              | 48       | 78,7     |          |           |
| Hombres              | 13       | 21,3     |          |           |
| <i>Rango de edad</i> |          |          |          |           |
| 59–68 años           | 3        | 4,9      |          |           |
| 69–78 años           | 14       | 23,0     |          |           |
| 79–88 años           | 36       | 59,0     |          |           |
| 89–98 años           | 8        | 13,1     |          |           |

En la Tabla 2 se muestra la distribución de los grados de deterioro cognitivo según las puntuaciones obtenidas en el Mini Examen del Estado Mental (MMSE) y la Exploración Neuropsicológica Mínima en Demencias (ENM-dem).

En el MMSE, la puntuación media fue de 19,81 ( $DT = 5,95$ ). El 86,9 % obtuvo puntuaciones inferiores al punto de corte clínico del MMSE, compatibles con posible deterioro cognitivo, al igual que en la prueba Exploración Neuropsicológica Mínima en Demencias (ENM-dem), donde la puntuación media fue de 56,57 ( $DT = 29,23$ ). El 49,2 % de las personas incluidas en este estudio, se obtuvo puntuaciones clasificadas como alteradas en la ENM-dem.

Estas diferencias entre ambas pruebas pueden explicarse por las características específicas de cada instrumento. Mientras que el MMSE es una prueba de cribado general del funcionamiento cognitivo, la ENM-dem realiza una evaluación más amplia de distintos dominios

neuropsicológicos y utiliza criterios de clasificación diferentes, lo que puede dar lugar a distribuciones distintas del deterioro cognitivo.

**Tabla 2.** Porcentaje, media y desviación típica de diferentes pruebas cognitivas (Mini Examen del Estado Mental (MMSE) y Exploración Neuropsicológica Mínima en demencias).

|                                                                   | <i>n</i> | %      | <i>M</i> | <i>DT</i> |
|-------------------------------------------------------------------|----------|--------|----------|-----------|
| <i>Mini Examen del Estado Mental (MMSE)</i>                       |          |        |          |           |
| Déficit Cognitivo Moderado                                        | 30       | 49,2   |          |           |
| Déficit Cognitivo Leve                                            | 15       | 24,6   |          |           |
| Déficit Cognitivo Grave                                           | 8        | 13,1   |          |           |
| Sin deterioro cognitivo                                           | 8        | 13,1   |          |           |
| Total                                                             | 61       | 100,0  | 19,81    | 5,95      |
| <i>Exploración Neuropsicológica Mínima en demencias (ENM DEM)</i> |          |        |          |           |
| Alterado                                                          | 30       | 49,2   |          |           |
| Normal                                                            | 22       | 36,1   |          |           |
| Dudoso                                                            | 9        | 14,8   |          |           |
| Total                                                             | 61       | 100,00 | 56,57    | 29,23     |

En la Tabla 3, se muestra la distribución de los niveles de funcionalidad según las puntuaciones obtenidas en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). La puntuación media fue de 64,67 (*DT* = 28,73), situándose, en promedio, en el rango correspondiente a dependencia leve según los criterios del Índice de Barthel. No obstante, la distribución de frecuencias mostró que la categoría más frecuente fue la dependencia moderada (34,4 %), seguida de la dependencia grave (31,1 %) lo que refleja la heterogeneidad de la muestra. En las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) la puntuación media fue de 2,82 (*DT* = 2,61), reflejando un mayor nivel de dependencia en actividades instrumentales.

**Tabla 3.** Porcentaje, media y desviación típica de Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria

|                                                            | <i>n</i> | %     | <i>M</i> | <i>DT</i> |
|------------------------------------------------------------|----------|-------|----------|-----------|
| <i>Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)</i>        |          |       |          |           |
| Dependencia Moderada                                       | 21       | 34,4  |          |           |
| Dependencia Grave                                          | 19       | 31,1  |          |           |
| Independencia                                              | 9        | 14,8  |          |           |
| Dependencia Total                                          | 7        | 11,5  |          |           |
| Dependencia Leve                                           | 5        | 8,2   |          |           |
| Total                                                      | 61       | 100,0 | 64,67    | 28,73     |
| <i>Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)</i> |          |       |          |           |
| Dependencia Total                                          | 24       | 39,3  |          |           |
| Dependencia Grave                                          | 16       | 26,2  |          |           |
| Dependencia Moderada                                       | 9        | 14,8  |          |           |
| Dependencia Leve                                           | 9        | 14,8  |          |           |
| Independencia total                                        | 3        | 4,9   |          |           |
| Total                                                      | 61       | 100,0 | 2,82     | 2,61      |

En la Tabla 4 se muestra la distribución de los niveles de sintomatología depresiva según las puntuaciones obtenidas en la Escala de Depresión Geriátrica (GDS Red). La puntuación media fue de 5,54 ( $DT = 3,60$ ), valor que se sitúa ligeramente por encima del punto de corte establecido para la detección de posible sintomatología depresiva. Aunque el grupo más numeroso correspondió a participantes sin sintomatología depresiva (55,8 %) un 27,9 % presentó sintomatología depresiva leve y un 16,4 % sintomatología depresiva establecida.

**Tabla 4.** Porcentaje, media y desviación típica de GDS Red.

|                              | Frecuencia | Porcentaje | M    | DT   |
|------------------------------|------------|------------|------|------|
| Sin sintomatología depresiva | 34         | 55,8       |      |      |
| Depresión Leve               | 17         | 27,9       |      |      |
| Depresión Establecida        | 10         | 16,4       |      |      |
| Total                        | 61         | 100,0      | 5,54 | 3,60 |

En conjunto, los resultados muestran un perfil de personas mayores usuarias de centros de día caracterizado por una edad avanzada, una elevada presencia de deterioro cognitivo y niveles variables de dependencia funcional, especialmente en las actividades instrumentales de la vida diaria.

## 4. Discusión y conclusiones

El presente estudio tuvo como objetivo describir el perfil cognitivo y funcional de personas mayores asistentes a centros de día, así como analizar las implicaciones psicoeducativas derivadas de los niveles de deterioro cognitivo y autonomía observados para el diseño de programas de intervención. Los resultados obtenidos permiten caracterizar el perfil cognitivo y funcional de las personas mayores asistentes a centros de día, evidenciando una elevada proporción de participantes con puntuaciones compatibles con posible deterioro cognitivo y diferentes niveles de dependencia funcional. Este hallazgo es consistente con estudios recientes en población mayor institucionalizada o usuaria de recursos sociosanitarios (Livingston et al., 2020; Organización Mundial de la Salud, 2021). Asimismo, los resultados muestran la presencia de sintomatología depresiva en una parte relevante de la muestra, lo que refuerza la necesidad de considerar las variables emocionales dentro del análisis del perfil psicosocial de las personas mayores en centros de día. La puntuación media obtenida en la GDS-15 también se situó ligeramente por encima del punto de corte recomendado para la detección de posible depresión, lo que sugiere la conveniencia de incorporar la evaluación y el abordaje emocional en la atención a las personas mayores usuarias de centros de día.

Los análisis descriptivos evidenciaron una elevada proporción de participantes con puntuaciones inferiores a los puntos de corte establecidos en las pruebas de cribado cognitivo. Los centros de día constituyen espacios clave para la detección, seguimiento e intervención temprana en procesos de deterioro cognitivo. Estos resultados son superiores a los descritos en estudios realizados con personas mayores que residen en la comunidad, donde la prevalencia de puntuaciones compatibles con deterioro cognitivo suele ser considerablemente menor. Esta diferencia puede explicarse porque los usuarios de centros de día constituyen una población con

mayores necesidades de apoyo funcional, mayor carga de enfermedades crónicas y una mayor probabilidad de presentar dificultades cognitivas que motivan su incorporación a este tipo de recursos sociosanitarios. Por el contrario, investigaciones realizadas en personas mayores institucionalizadas o usuarias de centros de día han descrito perfiles cognitivos más similares al observado en el presente estudio, caracterizados por una elevada frecuencia de alteraciones cognitivas y funcionales, lo que resulta coherente con investigaciones previas realizadas en contextos sociosanitarios y de atención diurna (Livingston et al., 2020; Organización Mundial de la Salud, 2021; Petersen et al., 2014; Prince et al., 2015). Este perfil confirma que los centros de día constituyen espacios clave para la detección, seguimiento e intervención temprana en procesos de deterioro cognitivo.

En relación con las características sociodemográficas de la muestra, los resultados reflejan una población de edad avanzada con predominio femenino, un patrón que coincide con la feminización del envejecimiento descrita en el contexto europeo y español. Este fenómeno ampliamente documentado en estudios demográficos recientes sobre envejecimiento poblacional (United Nations, 2020), también se observa con una mayor esperanza de vida de las mujeres y con una mayor utilización de recursos sociosanitarios por parte de este grupo poblacional. La elevada presencia de personas mayores de 80 años en la muestra también resulta coherente con el perfil habitual de las personas usuarias de centros de día, donde suelen concentrarse personas con mayores necesidades de apoyo funcional y supervisión en la vida diaria.

En cuanto al nivel de autonomía funcional, los resultados muestran la presencia de distintos grados de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria, así como un mayor nivel de dependencia en las actividades instrumentales. Este patrón coincide con lo descrito en la literatura gerontológica, donde se señala que las actividades instrumentales suelen deteriorarse antes que las básicas debido a su mayor complejidad cognitiva y organizativa. Estas actividades requieren planificación, memoria operativa y capacidad de toma de decisiones, lo que explica su mayor vulnerabilidad en contextos de deterioro cognitivo esto ha sido confirmado por investigaciones recientes sobre declive funcional en la vejez (Grande et al., 2020; Lara et al., 2021). Este patrón también coincide con investigaciones realizadas en usuarios de centros de día, donde las actividades instrumentales suelen mostrar un mayor grado de afectación que las actividades básicas debido a las mayores demandas cognitivas que implican. En comparación con personas mayores que viven de forma independiente en la comunidad, los usuarios de centros de día presentan habitualmente niveles más elevados de dependencia funcional, circunstancia coherente con el perfil asistencial de estos recursos.

Por otra parte, la coexistencia de puntuaciones compatibles con posible deterioro cognitivo y distintos niveles de dependencia funcional observada en la muestra refuerza la necesidad de intervenciones multidimensionales. En este sentido, la presencia de sintomatología depresiva detectada en una parte de la muestra pone de manifiesto la conveniencia de considerar también el estado emocional en el diseño de programas psicoeducativos dirigidos a personas mayores. Por ello, los resultados sugieren que futuras intervenciones psicoeducativas podrían considerar la incorporación de estrategias de apoyo psicológico y promoción del bienestar emocional junto a la estimulación cognitiva y la actividad física adaptada.

No obstante, el estudio presenta limitaciones que deben considerarse. El tamaño muestral moderado limita la generalización de los resultados, y el diseño transversal impide establecer relaciones causales. Igualmente se puede considerar la inclusión de la influencia de la escolarización, ya que en este trabajo no se ha tenido en cuenta, además, aunque la muestra estuvo

compuesta mayoritariamente por mujeres, el reducido número de hombres participantes ( $n = 13$ ) no permitió realizar análisis comparativos por sexo con suficiente potencia estadística, por lo que esta cuestión debería abordarse en futuras investigaciones con muestras más equilibradas. De la misma manera, no se dispuso de información clínica detallada sobre diagnósticos neurológicos previos, comorbilidades y tratamiento farmacológico, lo que limita la posibilidad de analizar la influencia de estas variables sobre el rendimiento cognitivo y la autonomía funcional. Futuros estudios longitudinales permitirían analizar la evolución temporal del deterioro y evaluar la eficacia de intervenciones específicas. Asimismo, sería conveniente incorporar medidas más detalladas de funciones ejecutivas para profundizar en los mecanismos explicativos.

En conclusión, los resultados ponen de manifiesto la coexistencia de puntuaciones compatibles con posible deterioro cognitivo y diferentes niveles de dependencia funcional en la población analizada, lo que refuerza la necesidad de intervenciones multidimensionales orientadas al mantenimiento de la autonomía. Estos hallazgos son coherentes con el perfil descrito en investigaciones realizadas en usuarios de centros de día y otros recursos sociosanitarios, donde suelen observarse mayores niveles de deterioro cognitivo y dependencia funcional que en personas mayores que residen en la comunidad. La literatura sobre fragilidad en la vejez indica que el declive funcional suele asociarse a factores físicos, cognitivos y emocionales interrelacionados (Fried et al., 2001). Por ello, los resultados obtenidos sugieren que futuras intervenciones psicoeducativas desarrolladas en centros de día podrían integrar estimulación cognitiva, actividad física adaptada y apoyo socioemocional, adoptando una perspectiva holística orientada al mantenimiento de la autonomía y la calidad de vida. La evidencia previa ha mostrado que este tipo de enfoques puede producir efectos positivos sobre el funcionamiento cognitivo y funcional de las personas mayores (Livingston et al., 2020; Ngandu et al., 2015). Futuros estudios deberían explorar posibles diferencias según el sexo en el deterioro cognitivo, la autonomía funcional y la sintomatología depresiva mediante muestras con una distribución más equilibrada entre hombres y mujeres. Además, la consideración de la sintomatología depresiva como parte del perfil psicosocial de las personas mayores permite diseñar intervenciones educativas más integrales, orientadas no solo al mantenimiento cognitivo y funcional, sino también al bienestar emocional y a la mejora de la calidad de vida en los centros de día.

## 5. Referencias

- Almeida, O. P., & Almeida, S. (1999). Short versions of the Geriatric Depression Scale: A study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(10), 858–865.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman.
- Baztán, J. J., Pérez del Molino, J., Alarcón, T., San Cristóbal, E., Izquierdo, G., & Manzarbeitia, J. (1993). Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 28(1), 32–40.
- Blesa, R., Pujol, M., Aguilar, M., Santacruz, P., Bertran-Serra, I., Hernández, G., Sol, J. M., & Peña-Casanova, J. (2001). Clinical validity of the “Mini-Mental State” for Spanish-speaking communities. *Neurología*, 16(9), 439–444.
- Clare, L., Kudlicka, A., Oyebode, J. R., Jones, R. W., Bayer, A., Leroi, I., Kopelman, M., James, I.A., Culverwell, A., Pool, J., Brand, A., Henderson, C., Hoare, Z., Knapp, M., Woods, R.

- T. (2019). Individual goal-oriented cognitive rehabilitation to improve everyday functioning for people with early-stage dementia. *The Lancet Neurology*, 18(10), 928–939. <https://doi.org/10.1002/gps.5076>
- Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64, 135–168. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). “Mini-mental state”: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Forbes, M. K., Lotfaliany, M., Mohebbi, M., Reynolds, C. F., Woods, R. L., Orchard, S., Chong, T., Agustini, B., O’Neil, A., Ryan, J., & Berk, M. (2024). Depressive symptoms and cognitive decline in older adults. *International Psychogeriatrics*, 36(11), 1039–1050. [https://www.intpsychogeriatrics.org/article/S1041-6102\(25\)00258-3/fulltext](https://www.intpsychogeriatrics.org/article/S1041-6102(25)00258-3/fulltext)
- Fountoulakis, K. N., Tsolaki, M., Iacovides, A., Yesavage, J. A., O’Hara, R., Kazis, A., & Ierodiakonou, C. (1999). The validation of the short form of the Geriatric Depression Scale (GDS) in Greece. *Aging (Milano)*, 11(6), 367–372. <https://doi.org/10.1007/BF03339814>
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology: Series A*, 56(3), M146–M156. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>
- Prince, M., Comas-Herrera, A., Knapp, M., Guerchet, M., & Karagiannidou, M. (2022). *World Alzheimer Report 2022: Life after diagnosis*. Alzheimer’s Disease International. <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2022/>
- Gibbor, L., Yates, L., Volkmer, A., & Spector, A. (2021). Cognitive stimulation therapy (CST) for dementia: A systematic review of qualitative research. *Aging & Mental Health*, 25(6), 980–990. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1746741>
- Giebel, C. M., Challis, D., & Montaldi, D. (2015). Understanding the cognitive underpinnings of functional impairments in early dementia: A review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(2), 197–204. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.1003282>
- Gómez-Soria, I., Iguacel, I., Cuenca-Zaldívar, J. N., Aguilar-Latorre, A., Peralta-Marrupe, P., Latorre, E., & Calatayud, E. (2023). Cognitive stimulation and psychosocial results in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 115, 105114. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2023.105114>
- Grande, G., Qiu, C., & Fratiglioni, L. (2020). Prevention of dementia in an ageing world: Evidence and biological rationale. *Ageing Research Reviews*, 64, 101045. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2020.101045>
- Gross, A. L., Rebok, G. W., Unverzagt, F. W., Willis, S. L., & Brandt, J. (2012). Cognitive predictors and everyday function in older adults: Results from the ACTIVE randomized trial. *Journals of Gerontology*, 308(18), <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr033>
- Gross, A. L., Rebok, G. W., Unverzagt, F. W., Willis, S. L., & Brandt, J. (2019). Cognitive training and everyday function in older adults: Results from the ACTIVE study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(9), 1832–1839. <https://doi.org/10.1111/jgs.16071>
- Kallio, E. L., Öhman, H., Kautiainen, H., Hietanen, M., & Pitkälä, K. (2020). Cognitive training interventions for patients with Alzheimer’s disease: A systematic review. *Journal of Alzheimer’s Disease*, 75(3), 725–739. <https://doi.org/10.3233/JAD-191239>
- Lara, E., Martín-María, N., De la Torre-Luque, A., Koyanagi, A., Vancampfort, D., & Ayuso-Mateos, J. L. (2021).

- Cognitive impairment and associated factors among older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 36(8), 1237–1245. <https://doi.org/10.1002/gps.5525>
- Lawton, M. P. (1982). Competence, environmental press, and adaptation. In M. P. Lawton, P. G. Windley, & T. O. Byerts (Eds.), *Aging and the environment: Theoretical approaches* (pp. 33–59). Springer.
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179–186. [https://doi.org/10.1093/geront/9.3.Part\\_1.179](https://doi.org/10.1093/geront/9.3.Part_1.179)
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H., Larson, E., Ritchie, K., Rockwood, K., Sampson, E., ... Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10248), 413–446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., ... Mukadam, N. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 404(10452), 572–628. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01296-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0)
- López-Higes, R., Prados, J. M., & Gallego, C. (2022). Cognitive and emotional interventions in aging. *Frontiers in Psychology*, 13, 845678. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.845678>
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61–65.
- Marshall, G. A., Rentz, D. M., Frey, M. T., Locascio, J. J., Johnson, K. A., & Sperling, R. A. (2011). Executive function and instrumental activities of daily living in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 25(4), 336–341. <https://doi.org/10.1097/WAD.0b013e31820c1e14>
- Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A., & Wager, T. D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “frontal lobe” tasks. *Cognitive Psychology*, 41(1), 49–100. <https://doi.org/10.1006/cogp.1999.0734>
- Ngandu, T., Lehtisalo, J., Solomon, A., Levälahti, E., Ahtiluoto, S., Antikainen, R., Bäckman, L., Hänninen, T., Jula, A., Laatikainen, T., Lindström, J., Mangialasche, F., Paajanen, T., Pajala, S., Peltonen, M., Rauramaa, R., Stigsdotter-Neely, A., Strandberg, T., Tuomilehto, J., Soininen, H., & Kivipelto, M. (2015). A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): A randomised controlled trial. *The Lancet*, 385(9984), 2255–2263. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60461-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60461-5)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2002). *Active ageing: A policy framework*. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). *World report on ageing and health*. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021). *Decade of healthy ageing: Baseline report*. World Health Organization.
- Park, D. C., & Bischof, G. N. (2013). The aging mind: Neuroplasticity in response to cognitive training. *Annual Review of Psychology*, 64, 135–163. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143756>



- Perneckzy, R., Pohl, C., Sorg, C., Hartmann, J., Tosic, N., Grimmer, T., Heitele, S., Kurz, A., & Förstl, H. (2006). Impairment of activities of daily living requiring memory or complex reasoning as part of the MCI syndrome. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 21, 242–248. <https://doi.org/10.1159/000091898>
- Petersen, R. C., Caracciolo, B., Brayne, C., Gauthier, S., Jelic, V., & Fratiglioni, L. (2014). Mild cognitive impairment. *Journal of Internal Medicine*, 275(3), 214–28. <https://doi.org/10.1111/joim.12190>
- Prieto, G., Delgado, A. R., Perea, M. V., & Ladera, V. (2011). Funcionamiento diferencial de los ítems del test Mini-Mental en función de la patología. *Neurología*, 26(8), 474–480. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2011.01.013>
- Prince, M., Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G.-C., Wu, Y.-T., & Prina, M. (2015). *World Alzheimer Report 2015: The global impact of dementia*. Alzheimer's Disease International. <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2015/>
- Prince, M., Comas-Herrera, A., Knapp, M., Guerchet, M., & Karagiannidou, M. (2022). *World Alzheimer Report 2022: Life after diagnosis*. Alzheimer's Disease International.
- Raimo, S., Maggi, G., Ilardi, C.R., Cavallo, ND., Torchia, V., Pilgrom, MA., Cropano, M., Roldán-Tapia, MD., Santangelo, G., (2024). The relation between cognitive functioning and activities of daily living in normal aging, mild cognitive impairment, and dementia: A meta-analysis. *Neurological Sciences*, 45, 2427–2443. <https://doi.org/10.1007/s10072-024-07366-2>
- Reijnders, J., van Heugten, C., & van Boxtel, M. (2013). Cognitive interventions in healthy older adults and people with mild cognitive impairment: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 12, 263–275. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.07.003>
- Royall, D. R., Lauterbach, E. C., Cummings, J. L., Reeve, A., Rummans, T. A., Kaufer, D. I., LaFrance, W. C., & Coffey, C. E. (2007). Executive control function: A review of its promise and challenges for clinical research. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 19(4), 406–415. <https://doi.org/10.1176/jnp.2007.19.4.406>
- Sáez-Gutiérrez, S., Fernández-Rodríguez, E. J., Sánchez-Gómez, C., García-Martín, A., Polo-Ferrero, L., & Barbero-Iglesias, F. J. (2024). Effectiveness of different neurocognitive intervention approaches on functionality in healthy older adults: A systematic review. *Behavioral Sciences*. 14(2), 87 <https://www.mdpi.com/2076-328X/14/2/87>
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. In T. L. Brink (Ed.), *Clinical gerontology: A guide to assessment and intervention* (pp. 165–173). The Haworth Press.
- Stern, Y. (2009). Cognitive reserve. *Neuropsychologia*, 47(10), 2015–2028. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2009.03.004>
- Tomaszewski-Farias, S., Mungas, D., Reed, B. R., Harvey, D., Cahn-Weiner, D., & DeCarli, C. (2009). MCI is associated with deficits in everyday functioning. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 23(4), 365–371. <https://doi.org/10.1097/WAD.0b013e3181a998f4>
- United Nations. (2020). *World population ageing 2020 highlights*. <https://www.un.org/development/desa/pd/content/world-population-ageing-2020-highlights>
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)

- Zhang, Y., Xia, H., Jiang, X., Wang, Q., & Hou, L. (2024). Prevalence and outcomes of cognitive frailty among community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *Research in Gerontological Nursing*, 17(4), 202-212. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39047228/>
- Zhu, W., Zhao, X., Xu, Q., & Xue, Y. (2024). Associations of cognitive impairment and functional limitation with all-cause mortality risk in older adults: A population-based study from the National Health and Nutrition Examination Survey. *Applied Neuropsychology: Adult*, 33(2), 338–347. <https://doi.org/10.1080/23279095.2024.2353867>