



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2025/2026

Facultad de Ciencias Sociosanitarias

Convocatoria Junio

Modalidad: Revisión bibliográfica

Título: Estrategias de detección temprana e intervención no farmacológica en fases iniciales del deterioro cognitivo leve: una revisión bibliográfica.

Autora: Esther Laville Torregrosa

Tutora: Maria Antonia Parra Rizo

Código Oficina Investigación Responsable: TFG.GPS.MAPR.ELT.260121

Elche, a 4 de junio de 2026

Índice

Introducción.....	5
Método.....	7
Búsqueda de artículos	7
Criterios de inclusión.....	8
Criterios de exclusión.....	8
Selección de artículos.....	8
Resultados	9
Detección temprana en fases iniciales del deterioro cognitivo leve.	9
<i>Evaluación del rendimiento: evaluaciones tradicionales, computarizadas y virtuales.</i>	10
<i>Pruebas autoadministradas y evaluación de la queja cognitiva subjetiva.</i>	11
<i>Evaluación basada en informantes.</i>	12
<i>Evaluación del desempeño en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (IADL o AIVD).</i>	13
Intervención no farmacológica en fases iniciales del deterioro cognitivo leve.....	14
<i>Intervenciones de dominio único: sobre la cognición y sobre factores del estilo de vida.</i>	14
<i>Intervenciones combinadas y multidominio.</i>	15
<i>Resultados secundarios sobre la funcionalidad y factores psicosociales.</i>	16
Discusión y conclusiones	17
Referencias	20

Resumen

Introducción: Con el actual envejecimiento de la población y crecimiento del riesgo de demencia, cobra relevancia abordar en las fases iniciales del deterioro cognitivo leve (DCL) tanto su detección temprana como la intervención no farmacológica. **Objetivo:** Analizar la evidencia científica existente sobre estrategias de detección temprana e intervención no farmacológica en las fases iniciales del deterioro cognitivo leve.

Método: Revisión bibliográfica en las bases de PubMed y Scopus de la literatura en español e inglés publicada desde 2013 a 2025, siguiendo el método PRISMA 2020. Se extrajeron un total de 14 artículos tras la aplicación de criterios de exclusión e inclusión determinados. **Resultados:** Con respecto a las evaluaciones, se concluye que el

MMSE resulta poco sensible al DCL, destacando las características de otras herramientas como el MoCA, además del auge de las baterías computarizadas y test online por su objetividad. En cuanto a las intervenciones, toman gran relevancia las intervenciones multidominio que combinan entrenamiento cognitivo, ejercicio físico y control de la dieta, entre otros, frente a las de dominio único. **Discusión y**

conclusiones: La detección del DCL requiere el uso de herramientas de cribado, junto a estrategias multimétodo, pudiendo ser computarizadas. Asimismo, las intervenciones deben contemplar múltiples dominios para ejercer cambios en la función cognitiva y funcional. Se requiere investigación futura entorno a la unificación de criterios diagnósticos y metodológicos.

Palabras clave: *Deterioro Cognitivo Leve (DCL), Detección Temprana, Intervención No Farmacológica, Herramientas Computarizadas, Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), Intervención Multidominio.*

Abstract

Introduction: With the current aging population and the growing risk of dementia, addressing early detection and non-pharmacological intervention at the early stages of mild cognitive impairment (MCI) has become crucial. **Objective:** To analyze the existing scientific evidence regarding early detection strategies and non-pharmacological interventions in the initial phases of mild cognitive impairment.

Method: A literature review was conducted in the PubMed and Scopus databases for literature published between 2013 and 2025, following the PRISMA 2020 method. A total of 14 articles were included after applying specific inclusion and exclusion criteria.

Results: Regarding assessments, it is concluded that the MMSE is not very sensitive to MCI, highlighting the characteristics of other tools such as the MoCA, alongside the rise of computerized batteries and online tests due to their objectivity. As for interventions, multi-domain interventions combining cognitive training, physical exercise, and dietary control, among others, gain great relevance compared to single-domain interventions. **Discussion and conclusions:** The detection of MCI requires the use of screening tools, together with multi-method strategies, which can be computerized. Likewise, interventions must encompass multiple domains to bring about changes in cognitive and everyday functioning. Future research is required regarding the unification of diagnostic and methodological criteria.

Key words: *Mild Cognitive Impairment (MCI), Early Detection, Non-pharmacological Intervention, Computerized Tools, Instrumental Activities of Daily Living (IADL), Multi-domain Intervention.*

Introducción

Con el creciente envejecimiento de la población, los casos de personas con deterioro cognitivo han aumentado. Se estima que, en 2023, más de 800000 personas padecían deterioro cognitivo o demencia en España. Esta cifra se puede triplicar para 2050 si no se toman medidas, por lo que es importante mejorar el diagnóstico, impulsar la prevención y el tratamiento de estas afecciones que son parte de la vida de tantas personas (Serra Rexach et al., 2024). En el caso de Europa, se estima que casi 20 millones de personas sufrirán demencia para ese mismo año (Cano, 2026), mientras que en el mundo se trata de una de las principales causas de incapacidad y dependencia en personas mayores (World Health Organization [WHO], 2025). Los datos revelan un problema real y global, que también afecta a la mortalidad, pues el 4,1% de las muertes en la Unión Europea en 2022 se debieron a problemas de salud mental y comportamentales, siendo la demencia el más común de ellos (Eurostat, 2025). En este aspecto, y viendo la magnitud del problema, se considera esencial un diagnóstico precoz de estas afecciones junto a intervenciones que consigan paliar los efectos del deterioro (Serra Rexach et al., 2024).

Gauthier et al. en 2006 definieron en su artículo el deterioro cognitivo leve (MCI o DCL en español) como “un síndrome definido por un deterioro cognitivo superior al esperado para la edad y nivel educativo de una persona pero que no interfiere notablemente con las actividades de la vida diaria”. El síndrome puede causar problemas en la memoria, el lenguaje, alteraciones en el pensamiento, en la personalidad, en la toma de decisiones y en sus cuidadores. Además, se trata de una afección que puede llevar a desarrollar enfermedades más graves como distintos tipos de demencia o Alzheimer (Alzheimer's.gov, s.f.; Serra Rexach et al., 2024). En concreto, el deterioro cognitivo leve de tipo amnésico (en el cual aparecen quejas sobre la memoria) muestra un alto riesgo de progresar a Alzheimer (Gauthier et al., 2006). Hay factores de riesgo para el deterioro cognitivo que se pueden identificar fácilmente: la edad avanzada (los mayores de 65 años lo presentan con más frecuencia), el aislamiento social, el estado psicológico (depresión, estrés, etc.), otras enfermedades como la diabetes y los hábitos de vida poco saludables (Amavir, 2024).

En lo que respecta al cribado y detección temprana de casos de deterioro cognitivo, aporta grandes beneficios en múltiples aspectos, suponiendo ante todo una mejora en la calidad de vida del paciente y de quien le rodea. Por un lado, permite decidir y aplicar las medidas necesarias y específicas para el problema, dando lugar a una ralentización del deterioro si se comienza a aplicar un tratamiento en fases iniciales. Por otro lado, mejora el proceso de adaptación a la enfermedad por parte de

las familias y el afectado, pues pueden conocer el curso de la enfermedad, comprender el diagnóstico y contar con apoyo psicológico y programas de intervención. A su vez, un diagnóstico temprano permite organizar y planificar el cuidado del enfermo y tomar decisiones sobre su futuro, lo cual también favorece el proceso de adaptación al cambio (Centro de Referencia Estatal de Alzheimer [CREA], 2022; Kalevi, 2023).

En relación con las intervenciones no farmacológicas, éstas son entendidas como intervenciones realizadas sobre pacientes o sus cuidadores, que no utilizan agentes químicos y que pueden producir un cambio positivo en la calidad de vida y las funciones de los pacientes con deterioro cognitivo. Se consideran especialmente importantes en el DCL, pues permiten mantener las funciones del paciente que aún conserva (Nevado Rey, 2017). Además, las intervenciones de tipo no farmacológico han demostrado ser verdaderamente útiles en esta patología, pues a diferencia de los tratamientos farmacológicos, aumentan la adherencia al tratamiento al no tener efectos secundarios y mostrar beneficios notables sobre áreas de la vida diaria que los afectados pueden asociar con el tratamiento. Entre las intervenciones no farmacológicas más utilizadas se encuentran la estimulación cognitiva, el ejercicio físico, la higiene del sueño y el control de la dieta y de los estilos de vida. Todas ellas sirven para tratar los principales síntomas relacionados con el deterioro cognitivo, como son los síntomas cognitivos, síntomas psicológicos asociados al deterioro y problemas de sueño (Ramos Cordero y Yubero, 2016).

En cuanto a los tratamientos dirigidos a la cognición, se combinan la estimulación cognitiva dirigida a mejorar el estado cognitivo general, el entrenamiento cognitivo dirigido a recuperar habilidades específicas y la rehabilitación cognitiva dirigida a mejorar las funciones en el contexto de la vida diaria (Malmberg Gavelin et al., 2020). El ejercicio físico, por su lado, se asocia con un envejecimiento cognitivo saludable, suponiendo un factor protector de las funciones cognitivas en personas sanas o diagnosticadas con deterioro. La actividad física está relacionada con la neurogénesis, la regulación de neurotransmisores y la liberación de calcio, lo cual contribuye al mantenimiento de las funciones neuronales (Franco, 2013). Asimismo, los ancianos que muestran algún tipo de deterioro cognitivo con frecuencia presentan desregulación en el ciclo sueño-vigilia, debido a que la producción de melatonina se ve afectada con el envejecimiento y más aún con el deterioro de las estructuras cerebrales relacionadas (Lira y Custodio, 2018). Por lo tanto, es recurrente encontrar intervenciones que contemplan la higiene del sueño. Por último, es conocido que el

estilo de vida y la dieta del paciente influyen en el tiempo de aparición y aceleración de procesos relacionados con la edad, como es el deterioro cognitivo (Joshi et al., 2025).

Conocer las áreas afectadas del paciente mediante pruebas neuropsicológicas permite establecer los objetivos a la hora de realizar una intervención, la cual se seleccionará conociendo sus características y sus resultados sobre la población a la que van dirigidas. En este contexto, la detección temprana y la intervención no farmacológica deben entenderse como complementarias, teniendo en cuenta cuáles son las que mejores resultados proporcionan actualmente, lo que a su vez permite reducir el riesgo desarrollar demencia y los problemas subyacentes.

A pesar de la creciente investigación sobre la detección temprana del deterioro cognitivo leve y su progresión hacia la demencia, y sobre las intervenciones más relevantes, existe una falta de consenso sobre las estrategias más efectivas en este aspecto. Por lo tanto, el objetivo de esta revisión es analizar la evidencia científica existente sobre estrategias de detección temprana e intervención no farmacológica en las fases iniciales del deterioro cognitivo, basándose en los resultados de éstas para valorar su eficacia en la prevención o ralentización de la demencia. Para ello, en concreto se busca revisar los estudios publicados entre 2013 y 2025 sobre detección temprana e intervención en DCL, identificar las principales herramientas y métodos de cribado cognitivo utilizadas en población mayor, analizar las intervenciones no farmacológicas más eficaces, y sintetizar los principales resultados con implicaciones prácticas para la prevención de la demencia y el envejecimiento activo.

Método

El siguiente estudio ha sido aprobado por el comité de ética e integridad de la Universidad Miguel Hernández de Elche, proporcionando el siguiente Código de Investigación Responsable (COIR): **TFG.GPS.MAPR.ELT.260121**

Búsqueda de artículos

La presente revisión bibliográfica ha sido realizada siguiendo el método PRISMA 2020. Se llevó a cabo una búsqueda de artículos científicos publicados entre 2013 y 2025 escritos en español o inglés en las bases de datos PubMed y Scopus, realizando dos búsquedas diferenciadas en cada una de ellas: una para detección temprana del deterioro cognitivo y otra para intervenciones no farmacológicas.

La estrategia de búsqueda utilizada en PubMed incluye, por un lado, la ecuación ("*mild cognitive impairment*") AND ("*cognitive impairment*") AND ("*early detection*") AND ("*older adults*"), y por otro, ("*mild cognitive impairment*") AND ("*non*

pharmacological intervention)” OR (“*cognitive stimulation*”). En el caso de Scopus, se utilizaron las ecuaciones de búsqueda (“*mild cognitive impairment*” OR “*cognitive impairment*”) AND (“*early detection*” OR “*early diagnosis*” OR “*screening*”) AND (“*older adults*”) para detección precoz, y (“*mild cognitive impairment*”) AND (“*non pharmacological intervention*” OR “*cognitive stimulation*” OR “*physical activity*” OR “*psychosocial intervention*”) AND (“*older adults*”) para la búsqueda sobre intervención no farmacológica.

Criterios de inclusión

En cuanto a los criterios de inclusión, los artículos debían ser estudios originales, revisiones sistemáticas o metaanálisis, ensayos clínicos y estudios longitudinales, con resultados relacionados con la función cognitiva, la progresión a demencia o el envejecimiento activo. Además, se establecieron los siguientes filtros: acceso al texto completo, artículos publicados en el área de la psicología o neuropsicología para acotar la información y que resultase relevante para este estudio, y que utilizarasen población humana mayor de 49 años.

Criterios de exclusión

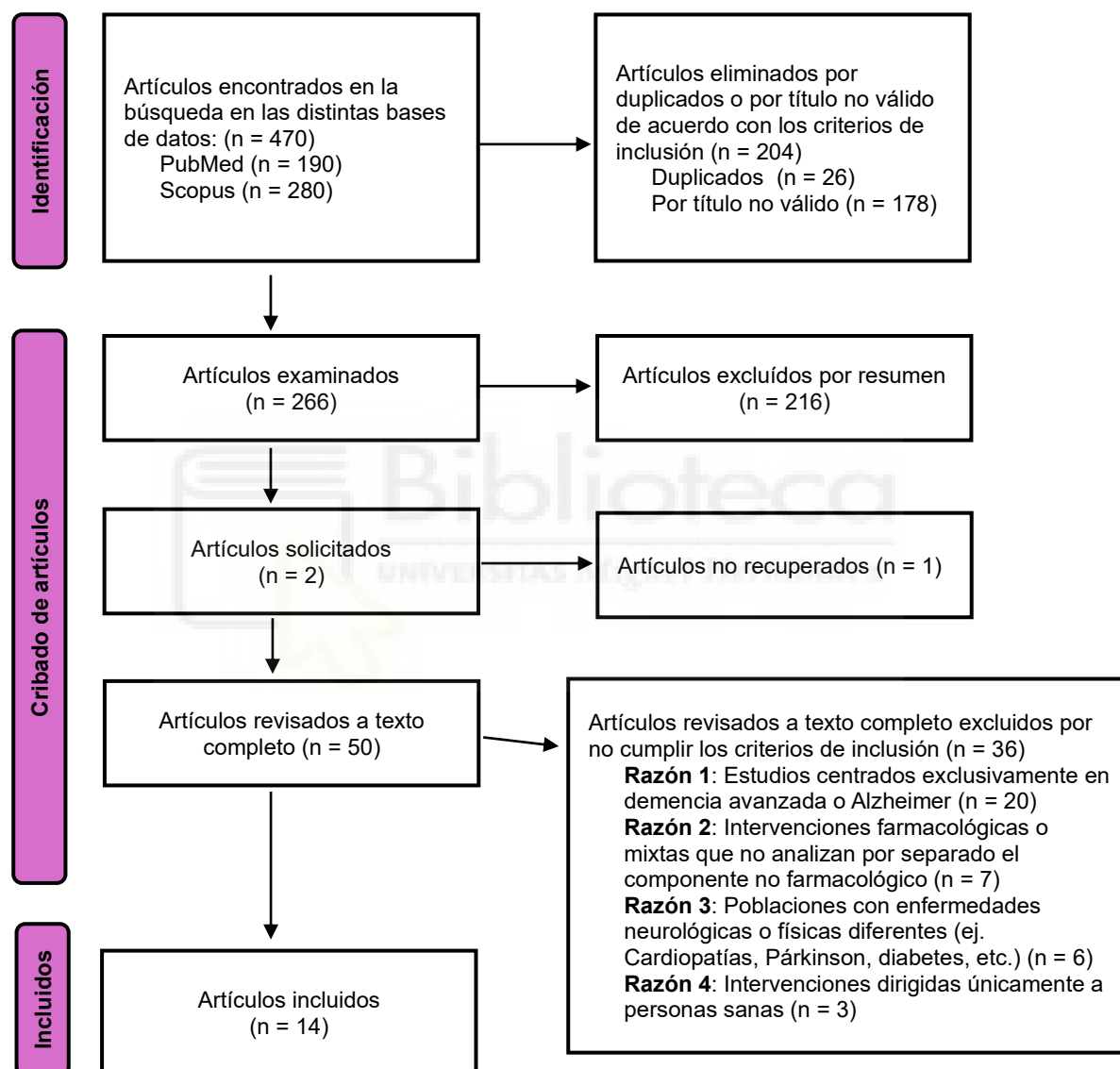
En cuanto a los criterios de exclusión, se suprimieron estudios centrados en demencia avanzada o Alzheimer, artículos que tratasen sobre intervenciones únicamente farmacológicas o mixtas que no analizasen por separado el componente no farmacológico, estudios con poblaciones no humanas o con enfermedades neurológicas o físicas distintas como cardiopatías, Párkinson o diabetes, artículos de opinión, cartas al editor o estudios sin metodología empírica clara.

Selección de artículos

En el proceso de selección de artículos, tras la primera búsqueda en las bases de datos, se extrajeron todos los artículos encontrados en un archivo y se eliminaron los duplicados (n=26) y aquellos cuyo título no fuese válido según los criterios de inclusión (n=178), haciendo uso de la herramienta Zotero. A continuación, se examinaron los resúmenes y se recuperó uno de los artículos eliminados en el primer paso por considerar que podía ser útil para la revisión. Por último, se revisaron los textos al completo y finalmente se seleccionaron un total de 14 artículos. Este proceso se encuentra representado en la Figura 1, y los artículos resultantes para esta revisión están especificados en la Tabla 2 en la sección de Anexos.

Figura 1.

Diagrama de flujo PRISMA 2020.



Resultados

Detección temprana en fases iniciales del deterioro cognitivo leve.

Tras haber analizado los datos aportados por cada uno de los 14 artículos de esta revisión y con el propósito de responder a los objetivos nombrados, se ha seleccionado una estructura para presentar los resultados de este apartado basada en el enfoque evaluativo de las pruebas y baterías. El cuerpo de evidencia analizado en

este artículo engloba indirectamente poblaciones muy amplias y numerosos estudios, ya que los 14 artículos incluidos son, en su mayoría, metaanálisis y revisiones sistemáticas. En la Tabla 3 del apartado de Anexos se especifican las características de todas las baterías, pruebas, test y escalas que se mencionan en este apartado a modo de resumen, incluyendo los hallazgos encontrados de cada uno de ellos. Además, se puede consultar la Tabla 1 de ese mismo apartado para conocer ciertas abreviaturas y conceptos que se utilizan a continuación.

Evaluación del rendimiento: evaluaciones tradicionales, computarizadas y virtuales.

Las pruebas basadas en la ejecución del paciente proporcionan información sobre su rendimiento en dominios como la atención, memoria, lenguaje, funciones visoespaciales, etc., pudiendo compararla con datos normativos o con los propios del paciente si se han realizado con anterioridad (Galvin, 2018).

En el marco de la evaluación tradicional, el instrumento más utilizado es el MMSE, pero existe evidencia científica que demuestra que no se trata de la mejor elección en fases iniciales del deterioro cognitivo. Por un lado, el metaanálisis de Breton et al. (2018) defiende que el MMSE (*Mini-Mental State Examination*) muestra una sensibilidad baja para la detección del DCL (66.4%) a diferencia del MoCA (*Montreal Cognitive Assessment*) (81.2%), además de que puede dar lugar a los conocidos como “falsos negativos”. Por su parte, Galvin (2018) defiende que el MMSE puede no resultar útil en la detección temprana por su énfasis en la evaluación de la orientación y no de la memoria. En adición, el estudio de Watt et al. (2021), que pretende comparar la precisión diagnóstica de ciertas evaluaciones en un formato virtual, defiende que el MMSE pierde consistencia al administrarse por videoconferencia o teléfono, mientras que el MoCA consigue mantener una buena precisión y propiedades. En este aspecto, el artículo de Breton et al. de 2018 presenta opciones con mejores propiedades psicométricas en la detección del DCL, como son el *Memory Alteration Test* (M@T), con una sensibilidad del 95.1% y especificidad del 84%, el MoCA o test más exhaustivos como el ACE-R (*Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised*) o CERAD (*Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease*) que muestran una precisión similar. Continuando con los resultados sobre test tradicionales, Galvin (2018) también incluye en su artículo el *Saint Louis University Mental Status* (SLUMS), con una sensibilidad del 96-98% y especificidad del 61-100%, y el Mini-Cog como opciones para detectar el deterioro cognitivo leve, aunque éste último presenta ciertas limitaciones.

Por otra parte, la literatura más reciente muestra un giro hacia la evaluación del deterioro cognitivo haciendo uso de baterías computarizadas. En el grupo de las herramientas desarrolladas para aplicarse de forma digital, Chan et al. (2021) y Zygouris y Tsolaki (2015) presentan la *Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery* (CANTAB) como una de las más validadas de forma internacional por su carácter no verbal y acultural. A su vez, sobresale en ambos trabajos la capacidad diagnóstica del CANS-MCI (*Computer-Administered Neuropsychological Screen for Mild Cognitive Impairment*), una prueba de screening que muestra una sensibilidad entorno al 84-90% y especificidad entorno al 75-86% según el artículo de Chan et al. (2021) y gran validez discriminante y fiabilidad test-retest según el artículo de Zygouris y Tsolaki (2015). Estos autores además añaden la batería de cribado CogState en su análisis, la cual reporta también una buena fiabilidad test-retest y destaca por su precisión midiendo la velocidad de procesamiento. De hecho, Chan et al. (2021) revelan una mejor detección del DCL por parte de esta herramienta que el MMSE. Asimismo, Chan et al. (2021) dedican un apartado a los instrumentos computarizados procedentes de test tradicionales, entre los cuales destacan el eMoCA (la versión computarizada del MoCA) por su sensibilidad superior al 90% para detectar DCL, el dTMT (la versión digital del famoso *Trail Making Test*) o el dCDT (la versión digital del *Clock Drawing Test*), para el cual Zygouris y Tsolaki reportan una sensibilidad superior al 85%.

Por último, el artículo de Watt et al. (2021) presenta una perspectiva innovadora comparando la eficacia de ciertas pruebas en su versión virtual, ya sea por videollamada o llamada, para diagnosticar DCL. Reporta una alta especificidad para el MoCA en su versión telefónica o para el MMSE. Sin embargo, estas formas de aplicación presentan muchas barreras para su implementación, como la posible falta de acceso o familiarización con las tecnologías, la falta de control del entorno o la falta de evidencia diagnóstica, aunque pueden resultar útiles para estudios futuros.

Pruebas autoadministradas y evaluación de la queja cognitiva subjetiva.

La queja subjetiva cognitiva puede constituir una señal temprana del deterioro cognitivo, en contraposición a la creencia de que todas las personas con esta afección cursan con anosognosia cognitiva (incapacidad para reconocer los propios síntomas). Sin embargo, esto puede variar según el individuo y la severidad de la enfermedad y puede que haya sesgos en ciertas pruebas por el estado de ánimo del paciente (Galvin, 2018). Las herramientas autoadministradas pueden utilizarse como detectores de señales de alarma para realizar una evaluación más completa, pero no de forma aislada para realizar diagnósticos.

Galvin (2018) introduce en su artículo herramientas breves como el *Cognitive Function Instrument* (CFI) o el Cognitive Change Index que permiten evaluar los cambios cognitivos subjetivos en base a las habilidades previas. Asimismo, test dirigidos a informantes como el QDRS (*Quick Dementia Rating System*) o el AD8 se pueden administrar al paciente como autoinformes.

Por otra parte, Kang et al. (2025) evalúan la eficacia de la autoadministración de la herramienta ECog (*Everyday Cognition*) en un entorno virtual no supervisado, resultando una opción factible de cribado y que no presenta diferencias significativas respecto a su aplicación en lápiz y papel. Sin embargo, la versión autoadministrada (Self-ECog) no parece distinguir correctamente entre personas con o sin deterioro cognitivo, aunque este estudio abre la puerta a mayor investigación en la validez de herramientas digitales de este estilo.

Evaluación basada en informantes.

La evaluación de un informante ya sea la pareja del paciente, sus hijos o hijas, cuidador o cuidadora, puede aportar información útil sobre cambios en su funcionamiento de los cuales no es consciente o niega su existencia. Por lo tanto, en caso de disponer del informante, resulta recomendable realizar estas evaluaciones. Como limitación, la información obtenida de éstas depende mucho de la fiabilidad del informante (Galvin, 2018).

Entre las baterías que se analizan en los artículos de esta revisión, encontramos en primer lugar la IQCODE (*Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly*), para la cual Galvin (2018) reporta una sensibilidad del 76-100% y especificidad del 65-86%, aunque comenta que puede no ser preciso detectando deterioro cognitivo leve. Esa idea la apoyan Breton et al. (2018) en su metaanálisis, declarando que la heterogeneidad de los estudios que analizan esta herramienta no permite establecer una sensibilidad y especificidad claras para ésta. Por su parte, Jekel et al. (2015) también incluyen el IQCODE como uno de los instrumentos utilizados para recoger la perspectiva de informantes. Otro ejemplo de instrumento basado en el reporte de informantes es el AD8, que Galvin en 2018 presenta con una sensibilidad del 90% y especificidad del 68%. En su misma línea, nombra el QDRS (*Quick Dementia Rating System*), que mide 5 dominios relevantes para la detección de la demencia o el deterioro cognitivo y que proporciona información sobre el estadio del deterioro de la persona.

En cambio, Kang et al. (2025) van más allá evaluando la capacidad Ecog en formato web para informantes (SP-ECog). Los resultados muestran que la herramienta

mantiene su precisión cuando se utiliza en su formato web, además de que consigue diferenciar entre demencia y DCL mejor que cuando es autoadministrada. Chan et al. (2021) enfatizan en la idea de que los soportes digitales eliminan el sesgo de interpretación que puede aparecer en una entrevista tradicional, mientras que Zygouris y Tsolaki (2015) destacan que estos soportes permiten calcular automáticamente datos de informantes relevantes y almacenarlos para estudios longitudinales. Sin embargo, ambos estudios presentan limitaciones para el uso de éstos como la necesidad de simplificar el software al máximo para lograr su comprensión sin supervisión o de validar estas herramientas para asegurar su precisión.

Evaluación del desempeño en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (IADL o AIVD).

La revisión sistemática de Jekel et al. de 2015 muestra como 35 de los 37 estudios incluidos en ésta concluyen que los pacientes con DCL muestran déficits en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (IADL o AIVD en español). Esto rompe con la definición clásica que afirma que éstas se mantienen intactas. En el artículo se demuestra que el déficit en tareas como la gestión financiera, el manejo de la medicación o el uso de las tecnologías y el transporte, puede suponer un primer marcador del deterioro cognitivo. Sin embargo, la afectación a las AIVD varía dependiendo del perfil del paciente, presentando déficits más severos y generalizados en DCL amnésico multidominio, más específicos y focalizados en DCL amnésico de dominio único, o déficits en las funciones ejecutivas en el DCL no amnésico. Por lo tanto, evaluar las AIVD permite, no solo detectar si hay o no deterioro cognitivo, sino diferencial entre distinto perfiles neuropsicológicos.

En cuanto a las herramientas que analiza el artículo de Jekel et al. (2015) para la medición de las AIVD, en primer lugar, cuentan con instrumentos basados en informantes para el cribado, entre los que resaltan el IQCODE que se nombró anteriormente y el DAD (*Disability Assessment for Dementia*). En segundo lugar, los basados en el rendimiento como la TFLS (*Texas Functional Living Scale*) que se centra en tareas de alta demanda cognitiva que permitan diferenciar entre DCL o demencia, o el DAFS (*Direct Assessment of Functional Abilities*), que fue diseñado para demencias avanzadas por lo que podría dar lugar al “efecto techo” en caso de DCL. Éstas eliminan la subjetividad y permiten evaluar la ejecución del paciente en prácticas reales, aunque requieren más tiempo y materiales para su administración. Por último, analiza escalas de autoinforme como la SR-IADL (*Self-Reported Instrumental Activities of Daily Living*), pero afirma que pueden subestimar los déficits debido a la falta de conciencia de enfermedad que puede presentar el paciente, idea

que Galvin (2018) introducía como limitación en su artículo para este tipo de herramientas. Por ello, no recomiendan depender únicamente de los datos proporcionados por el paciente.

Intervención no farmacológica en fases iniciales del deterioro cognitivo leve.

Siguiendo el enfoque que se ha aplicado en el apartado anterior, se ha establecido una división de las intervenciones no farmacológicas dirigidas a las fases iniciales del deterioro cognitivo leve basada en la tipología de estas intervenciones. En la Tabla 1 del apartado de Anexos de este artículo se encuentran especificados ciertas abreviaturas y términos estadísticos utilizados en este apartado.

Intervenciones de dominio único: sobre la cognición y sobre factores del estilo de vida.

Las intervenciones de dominio único aíslan una única variable para comprobar su impacto sobre el deterioro cognitivo. Respecto a las intervenciones centradas en la cognición, la literatura revisada distingue entre: estimulación, entrenamiento y rehabilitación cognitiva (Malmberg Gavelin et al., 2020). En referencia al entrenamiento y estimulación cognitivos, caracterizados por la práctica repetida de tareas para una función específica y por la participación inespecífica en actividades grupales, respectivamente, Malmberg Gavelin et al. (2020) reportan una mejora en el rendimiento cognitivo de los dominios que se han entrenado directamente, obteniendo un tamaño del efecto medio (g de Hedges=0.4), aunque con una transferencia limitada a dominios no entrenados. Esta idea se ve apoyada, por un lado, por Joshi et al. (2025) en su revisión, que refleja que la estimulación cognitiva y el Mindfulness reducen de forma estadísticamente significativa el riesgo de desarrollar demencia (Razón de Momios [RM]=0.75, Intervalo de Confianza [IC] 95%: 0.6-0.94), y por otro lado por Chen et al. (2025), quienes encuentran un efecto positivo de la estimulación cognitiva en la función cognitiva global (Diferencia de Medias Estandarizada [DME]=0.63, IC 95%: 0.25-1.01).

En lo que concierne a las intervenciones basadas en el ejercicio físico, Coley et al. en 2022 reportaron beneficios en la función cognitiva global debidos al ejercicio aeróbico y de fuerza en estudios de pequeña escala, pero no reportaron mejoras significativas (aunque sí un mantenimiento de ésta) en estudios de mayor escala como el LIFE (Sink et al., 2015). Asimismo, Joshi et al. (2025) apoyan que el ejercicio aeróbico regular reduce el riesgo de fragilidad cognitiva. En cuanto a las intervenciones basadas en la nutrición y la dieta, Joshi et al. (2025) denotan una ralentización del declive cognitivo al seguir una dieta mediterránea, el consumo óptimo de proteínas y de alimentos antioxidantes (RM=0.72, IC 95%: 0.58-0.89), pero Coley et

al. (2022) no encuentran beneficios generalizados en sus ensayos de pequeña escala en este aspecto. Prosiguiendo con las intervenciones sobre la higiene del sueño, Joshi et al. (2025) afirman que la mejora de la calidad del sueño supone un factor protector frente al declive cognitivo.

A pesar de los beneficios representados en los estudios, se comentaba anteriormente que Coley et al. (2022) no encontraban resultados estadísticamente significativos en muchos de los ensayos a gran escala revisados. Esto, apoyado por la idea de Joshi et al. (2025) de que la integración de intervenciones sobre distintos factores del estilo de vida produce mayores beneficios, hace que la literatura más reciente se incline hacia el estudio de las intervenciones multidominio.

Intervenciones combinadas y multidominio.

Estas estrategias de intervención se estructuran en dos niveles: combinadas (o de tarea dual) y multidominio. Vásquez-Carrasco et al. en 2025 realizan un metaanálisis sobre la efectividad de combinar la estimulación cognitiva y la actividad física, obteniendo como resultado una mejora de la cognición global estadísticamente significativa (DME= 0.7; $p=0.01$). Sin embargo, al medir la mejora de las funciones ejecutivas, velocidad de procesamiento, atención visual y flexibilidad cognitiva con la prueba TMT A y B, no se obtiene una mejora significativa. En los resultados cualitativos de este mismo artículo se reflejan mejoras cognitivas en la fluidez verbal usando programas con estrategias metacognitivas basadas en la ocupación, mejoras en las funciones ejecutivas con programas de doble tarea y mejoras en la cognición en general con programas de ejercicio aeróbico y de resistencia. Además, afirman que las intervenciones combinadas revisadas muestran una buena adherencia y ningún efecto adverso.

Con respecto a las intervenciones multidominio, Castro et al. (2023) realizan aportaciones significativas a la literatura científica de esta área. Diez de los quince estudios que incluyen en su revisión reportan mejoras en la cognición global y en dominios específicos al realizar intervenciones multidominio que incluyesen un control de la dieta, ejercicio físico y/o entrenamiento cognitivo. Además, demuestran la eficacia de las intervenciones sobre factores de riesgo modificables como la mala dieta o el sedentarismo, y la efectividad de éstas sobre pacientes portadores del alelo APOE $\epsilon 4$ (factor de riesgo para el desarrollo de demencia). Destacan el ensayo FINGER (Ngandu et al., 2015), en el cual 2 años de intervención multidominio denotan protección o mejora de la función cognitiva. Coley et al. (2022) también hacen referencia a dicho ensayo, apoyando las estrategias que incluyesen intervención sobre

la dieta (principalmente mediterránea), actividad física aeróbica o de fuerza, entrenamiento cognitivo de forma sistemática, monitorización del riesgo vascular y metabólico y control del estilo de vida y factores psicosociales.

Resultados secundarios sobre la funcionalidad y factores psicosociales.

Las intervenciones no farmacológicas no solo presentan efectos sobre la cognición, sino también sobre factores como el estado de ánimo o la funcionalidad del paciente que, a su vez, pueden constituir factores de riesgo para la progresión a deterioro cognitivo o demencia.

Respecto a la influencia de las intervenciones sobre las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, Chen et al. (2025) detectan tendencias positivas hacia un desempeño funcional independiente en sus resultados cualitativos, al igual que Vázquez-Carrasco et al. (2025) perciben mejoras en esta área al realizar ejercicios duales. No obstante, tanto en sus artículos como en los de Gómez-Soria et al. (2023) y Malmberg Gavelin et al. (2020), no se encuentran resultados significativos en los metaanálisis, probablemente porque las escalas tradicionales utilizadas para medir los beneficios de las intervenciones como el MMSE no son sensibles a los cambios en las AIVD (Malmberg Gavelin et al., 2020).

Prosiguiendo con la influencia de las intervenciones sobre la calidad de vida y el estado de ánimo, Malmberg Gavelin et al. (2020) encuentran reducciones en síntomas depresivos y ansiosos al realizar intervenciones grupales o que combinasen estrategias de recompensa. Además, añaden que programas que incluyen un enfoque metacognitivo conseguían reportar menores quejas subjetivas de memoria y mayor percepción de autoeficacia, aunque con una certeza metodológica baja en las intervenciones estudiadas. Asimismo, Joshi et al. (2025) reportan una reducción del estrés y la ansiedad en intervenciones basadas en la estimulación cognitiva y el Mindfulness (DME=-0.65, IC 95%: -0.85 a -0.45), y una atenuación de la sintomatología ansiosa y depresiva al intervenir en la red social y comunitaria, logrando una mayor satisfacción general. Chen et al. (2025) por su parte encuentran una reducción de los síntomas depresivos al realizar estimulación cognitiva (DME=-0.29, IC 95%: -0.55 a -0.33) y un impacto favorable en la calidad de vida, pero no encuentran diferencias significativas en ansiedad. En contra, Gómez-Soria et al. (2023) no encuentran resultados significativos en cuanto al impacto sobre el estado de ánimo, pero si asocian la estimulación cognitiva con una mejora en la calidad de vida cuando esta es adaptada o personalizada.

Para concluir con este apartado, ciertos artículos reflejan influencia de las intervenciones sobre la función física. Por ejemplo, a nivel cualitativo, Vázquez-Carrasco et al. (2025) comprueban que un programa que incluía ejercicios específicos de fuerza, resistencia y movilidad junto a estimulación cognitiva, conseguía una mejora de la fuerza y el equilibrio. Joshi et al. (2025) por su parte reportan mejoras a nivel cardiovascular y en la masa muscular al realizar intervenciones nutricionales.

Discusión y conclusiones

El principal objetivo de la presente revisión fue analizar la evidencia científica existente sobre estrategias de detección temprana e intervención no farmacológica en las fases iniciales del deterioro cognitivo. Los hallazgos encontrados suponen un cambio en ambos aspectos: por un lado, la evolución de las estrategias de detección hacia métodos digitales; por otro lado, la reciente prevalencia de las intervenciones multidominio frente a las de dominio único. A continuación, se discuten los resultados exponiendo las consideraciones que se deben tener en cuenta a efectos prácticos según éstos.

En relación con las baterías de evaluación tradicionales, queda reflejado que el famoso instrumento MMSE es obsoleto en fases iniciales del deterioro cognitivo por su baja sensibilidad y desatención a elementos cruciales como la memoria episódica o las AIVD, tal y como reflejan los datos psicométricos presentados. En adición, ha demostrado presentar el llamado “efecto techo” con el consiguiente riesgo de generar “falsos negativos”. Por lo tanto, su uso tampoco es recomendado para el seguimiento longitudinal en intervenciones, al no ser sensible a fallos sutiles en el inicio del deterioro cognitivo. Frente a esto, existen otras baterías como el MoCA, M@T, o test más exhaustivos como el ACE-R o el CERAD, que presentan mejores características que el MMSE en la detección y medición del deterioro cognitivo leve (Breton et al., 2018; Galvin, 2018; Malmberg Gavelin et al., 2020).

La introducción del uso de baterías computarizadas (por ejemplo, CANTAB, dTMT, dCDT o CogState) en evaluaciones iniciales en deterioro cognitivo permite superar limitaciones de las baterías tradicionales. Aporta ventajas metodológicas como la neutralización de sesgos gracias a su carácter no verbal y acultural, la medición de variables exactas que no son posibles de registrar en el formato tradicional, como la velocidad de procesamiento, las pausas, la presión de la escritura, analizan patrones de respuesta, etc., mejorando la precisión y objetividad. En adición, su uso aporta beneficios también a nivel práctico como su bajo coste, el cribado masivo, la posibilidad de ser repetidas, la fácil monitorización y la necesidad de menos personal

especializado (Chen et al., 2021; Zygouris y Tsolaki, 2015). Por otro lado, Watt et al. (2021) y Kang et al. (2025) introducen el uso de herramientas web como el ECog o herramientas tradicionales aplicadas a distancia por llamada o videollamada. A pesar de ello, los artículos revisados coinciden en que estas herramientas precisan de un mayor número de estudios de validación, que incluyan población más diversa y con tecnologías más homogéneas, además de que, en su aplicación a distancia, cuentan con limitaciones en relación con el control del entorno, la brecha digital en personas mayores y la necesidad de simplificar al máximo las interfaces.

Cabe destacar que los resultados confirman la necesidad de realizar una detección temprana multimétodo, es decir, que incluya la evaluación de distintos aspectos como las AIVD, las cuales no se valoran en muchas herramientas tradicionales. En concreto, se considera esencial contar con autoinformes, evaluaciones a informantes y evaluaciones de la funcionalidad del paciente para detectar fallos premórbidos en deterioro cognitivo. En primer lugar, las pruebas autoadministradas pueden suponer útiles para detectar señales tempranas, pero no deben utilizarse como únicas fuentes de información por la posibilidad de que el paciente no presente quejas cognitivas subjetivas o compense sus fallos. Por ello, los autores coinciden en que la evaluación basada en informantes resulta más objetiva y puede aportar datos relevantes que el paciente no aporta. Herramientas como el IQCODE, AD8, QDRS o SP-ECog pueden utilizarse con este fin, pero los autores reportan limitaciones en cuanto a la heterogeneidad de los criterios diagnósticos que utilizan y la sensibilidad que presentan para la detección del DCL (Breton et al., 2018; Galvin, 2018; Jekel et al., 2015; Kang et al., 2025). Por último, un punto clave en esta revisión es la evaluación de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria: Jekel et al. (2015) aportan evidencia sobre la presencia de déficits en éstas en personas con deterioro cognitivo leve, y junto a Zygouris y Tsolaki (2015), defienden la evaluación de actividades complejas como el manejo de finanzas, el uso de medicación, el uso de la tecnología y la conducción para realizar un diagnóstico diferencial entre personas con deterioro cognitivo leve y demencia avanzada. En este aspecto, el uso de herramientas de ejecución directa como el TFLS o el DAFS puede resultar muy útil y revelador, pero consumir más tiempo de evaluación.

En cuanto a los resultados obtenidos en torno a intervenciones no farmacológicas en DCL, se extrae como idea principal la superioridad en la literatura actual de las intervenciones multidominio. Las intervenciones sobre un único dominio (cognición, ejercicio físico o dieta) han demostrado beneficiar el dominio sobre el que trabajan, pero no trasladar los resultados a otros. En general, este tipo de estrategias

aisladas favorecen la cognición global y reducen o ralentizan el riesgo de demencia en estudios a pequeña escala, pero los estudios a gran escala no muestran resultados concluyentes en torno a esta idea (Coley et al., 2022; Joshi et al., 2025; Malmberg Gavelin et al., 2020). En cambio, Vásquez-Carrasco et al. (2023) y Castor et al. (2023) demuestran que las intervenciones que combinan entrenamiento cognitivo, actividad física aeróbica o de fuerza, una dieta mediterránea o similar, monitorización de factores de riesgo y control del estilo de vida y factores psicosociales, presentan resultados sobre la función cognitiva general y dominios específicos.

Un punto que destacar de los hallazgos obtenidos es que los metaanálisis realizados no arrojan resultados significativos sobre la mejora de las AIVD tras las intervenciones no farmacológicas. Malmberg Gavelin et al. (2020) explican este suceso por la baja sensibilidad en la medición de las AIVD de evaluaciones tradicionales como el MMSE, lo cual se relaciona con lo comentado al inicio de este apartado. En relación con los efectos de las intervenciones sobre la calidad de vida y el bienestar psicológico, se muestran ideas dispares y poco concluyentes, pero puede que la estimulación cognitiva grupal o personalizada reduzca síntomas de depresión o ansiedad, mejorando la calidad de vida e incluso reduciendo las quejas subjetivas de memoria (Gómez-Soria et al., 2023; Joshi et al., 2025).

En conclusión, la detección temprana del deterioro cognitivo debe incluir estrategias de screening que sirvan como alarma para una evaluación neuropsicológica más completa, utilizando herramientas basadas en el rendimiento (teniendo en cuenta las limitaciones de algunas de las más usadas como el MMSE), junto a herramientas basadas en informantes, autoinformes y medidas de las AIVD que las complementen. Además, se abre la puerta al uso de instrumentos digitales para el cribado rápido y evaluación más objetiva, con resultados equiparables a los instrumentos tradicionales. Por otro lado, las intervenciones no farmacológicas que integran múltiples dominios han demostrado ser las más eficaces tanto en aspectos cognitivos como de la vida diaria del paciente. No obstante, existen ciertas limitaciones que se deben tener en cuenta en esta revisión: las herramientas computarizadas precisan, en general, de mayores estudios de validación transcultural y en distintos entornos, además de contar con una alta heterogeneidad en las propiedades psicométricas de todos los instrumentos analizados. Es por ello que es crucial tener en cuenta las características de cada uno de ellos y seleccionarlos en base a los dominios más relevantes en la detección del DCL; con respecto a las intervenciones farmacológicas, sería necesaria la unificación de criterios diagnósticos y metodológicos en torno al DCL para obtener resultados más específicos sobre los

beneficios que aportan cada una de las estrategias. En resumen, se necesita una mayor investigación en la futura literatura científica en ambas áreas. En cuanto a las limitaciones del presente estudio, es posible que exista un sesgo idiomático por haber realizado una búsqueda limitada a artículos en español e inglés, además de una reducción de la representatividad de ciertos estudios en la población española. En adición, se han utilizado únicamente dos bases de datos (PubMed y Scopus), las cuales no son específicas para psicología, reduciendo la posibilidad de encontrar información relevante en este ámbito.

Referencias

- Alzheimer's.gov. (s.f.). *Deterioro cognitivo leve*.
<https://www.alzheimers.gov/es/alzheimer-demencias/deterioro-cognitivo-leve>
- Amavir. (24 de abril de 2024). *Deterioro cognitivo en personas mayores: tipos y síntomas*. <https://www.amavir.es/cuidar-al-mayor/que-es-deterioro-cognitivo-tipos-y-sintomas/>
- Breton, A., Casey, D., & Arnaoutoglou, N. A. (2018). Cognitive tests for the detection of mild cognitive impairment (MCI), the prodromal stage of dementia: Meta-analysis of diagnostic accuracy studies. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(2), 233-242. <https://doi.org/10.1002/gps.5016>
- Castro, C. B., Costa, L. M., Dias, C. B., Chen, J., Hillebrandt, H., Gardener, S. L., Brown, B. M., Loo, R. L., Garg, M. L., Rainey-Smith, S. R., Martins, R. N., & Sohrabi, H. R. (2023). Multi-Domain Interventions for Dementia Prevention-A Systematic Review. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 27(12), 1271-1280. <https://doi.org/10.1007/s12603-023-2046-2>
- Cano, L. (28 de enero de 2026). España en 2050: casi dos millones de personas vivirán con Alzheimer. *La Razón*. https://www.larazon.es/salud/espana-2050-casi-dos-millones-personas-viviran-alzheimer_202601286979fa65d85ff7087e129913.html
- Centro de Referencia Estatal de Alzheimer (CREA). (21 de septiembre de 2022). *La importancia del diagnóstico precoz en el ámbito de las demencias*. Blog del CREA. <https://blogcrea.imserso.es/-/la-importancia-del-diagnostico-precoz-en-el-ambito-de-las-demencias>
- Chan, J. Y. C., Yau, S. T. Y., Kwok, T. C. Y., & Tsoi, K. K. F. (2021). Diagnostic performance of digital cognitive tests for the identification of MCI and dementia: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 72, 101506. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2021.101506>
- Chen, L. H., Lee, O. L., Lee, Y. W., Ng, S. T., Ngai, S. Y. E., Pau, Y. H. Z., Ma, T., & Yuen, H. J. (2025). Effectiveness of cognitive stimulation for individuals with mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 15(6), e090767. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-090767>

- Coley, N., Giulioi, C., Aisen P. S., Vellas, B. & Sandrine, A. (2022). Randomised controlled trials for the prevention of cognitive decline or dementia: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 70, 101415. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2022.101777>
- Eurostat. (2025). *Mental health and related issues statistics*. Statistics Explained. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mental_health_and_related_issues_statistics
- Franco, M. (2013). Influencia del ejercicio físico en la prevención del deterioro cognitivo en las personas mayores: revisión sistemática. *Revista De Neurología*, 56(11), 545-554. <https://doi.org/10.33588/RN.5611.2012570>
- Galvin, J. E. (2018). Using Informant and Performance Screening Methods to Detect Mild Cognitive Impairment and Dementia. *Current Geriatrics Reports*, 7(1), 19-25. <https://doi.org/10.1007/s13670-018-0236-2>
- Gauthier, S., Reisberg, B., Zaudig, M., Petersen, R. C., Ritchie, K., Broich, K., Belleville, S., Brodaty, H., Bennett, D., Chertkow, H., Cummings, J. L., de Leon, M., Feldman, H., Ganguli, M., Hampel, H., Scheltens, P., Tierney, M. C., Whitehouse, P., & Winblad, B. (2006). Mild cognitive impairment. *The Lancet*, 367(9518), 1262-1270. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68542-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68542-5)
- Gómez-Soria, I., Iguacel, I., Cuenca-Zaldívar, J. N., Aguilar-Torre, 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>
- Jekel, K., Damian, M., Wattmo, C., Hausner, L., Bullock, R., Connelly, P. J., Dubois, B., Eriksdotter, M., Ewers, M., Graessel, E., Kramberger, M. G., Law, E., Mecocci, P., Molinuevo, J. L., Nygård, L., Olde-Rikkert, M. G., Orgogozo, J. M., Pasquier, F., Peres, K., Salmon, E., ... Frölich, L. (2015). Mild cognitive impairment and deficits in instrumental activities of daily living: a systematic review. *Alzheimer's Research & Therapy*, 7(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s13195-015-0099-0>
- Joshi, S., Jabade, M., Nadaf, H., & Salve, P. (2025). Evidence Based Pathways to Healthy Aging: A Systematic Review and Meta-analysis of Lifestyle Interventions for Longevity and Well-Being. *Investigación y Educación en Enfermería*, 43(3), e06. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v43n3e06>
- Kalevi. (31 de marzo de 2023). *La importancia del diagnóstico precoz del deterioro cognitivo*. Blog Kalevi. <https://www.kalevi.es/la-importancia-del-diagnostico-precoz-del-deterioro-cognitivo/>
- Kang, J. M., Manjavong, M., Diaz, A., Ashford, M. T., Aaronson, A., Eichenbaum, J., Mackin, S., Tank, R., Miller, M. J., Landavazo, B., Cavallone, E., Truran, D., Camacho, M. R., Fockler, J., Flenniken, D., Farias, S. T., Weiner, M. W., & Nosheny, R. (2025). Evaluating the Accuracy of Web-Based and In-Clinic Subjective Cognitive Decline Assessments in Detecting Cognitive Impairment: Multicohort Study. *Journal of Medical Internet Research*, 27, e69689. <https://doi.org/10.2196/69689>

- Lira, D. y Custodio, N. (2018). Los trastornos del sueño y su compleja relación con las funciones cognitivas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 81(1), 20-29.
<https://doi.org/10.20453/rnp.v81i1.3270>
- Malmberg Gavelin, H., Lampit, A., Hallock, H., Sabatés, J., & Bahar-Fuchs, A. (2020). Cognition-Oriented Treatments for Older Adults: A Systematic Overview of Systematic Reviews. *Neuropsychology Reviews*, 30, 167-193.
<https://doi.org/10.1007/s11065-020-09434-8>
- Nevado Rey, M. (2017). Deterioro cognitivo leve: Intervenciones no farmacológicas. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 53(Supl. 1), 44-46.
[https://doi.org/10.1016/s0211-139x\(18\)30080-5](https://doi.org/10.1016/s0211-139x(18)30080-5)
- 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 22ersión22io controlled trial. *Lancet (London, England)*, 385(9984), 2255-2263. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60461-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60461-5)
- Ramos Cordero, P., y Yubero, R. (2016). Prevención y manejo del deterioro cognitivo: Tratamiento no farmacológico del deterioro cognitivo. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 51(Supl. 1), 12-21. [https://doi.org/10.1016/s0211-139x\(16\)30138-x](https://doi.org/10.1016/s0211-139x(16)30138-x)
- Serra Rexach, J. A., Berbel García, Á., Pérez Martínez, D., Somoza Fernández, G., Villarejo-Galende, A., Osuna del Pozo, C. M., Domingo García, V., Jiménez-Gómez, E., Seoane Rodríguez, J. A., Lavandera Verdera, P., Tovar, J., Cantarero Prieto, D., Gracia, D., Martínez Palancar, E., y Bouza, E. (2024). Deterioro cognitivo y demencia en mayores: situación en España. *Eidon: Revista de la Fundación de Ciencias de la Salud*, (62), 80-137.
<https://www.revistaeidon.es/public/journals/pdfs/2024/62.pdf>
- Sink, K. M., Espeland, M. A., Castro, C. M., Church, T., Cohen, R., Dodson, J. A., Guralnik, J., Hendrie, H. C., Jennings, J., Katula, J., Lopez, O. L., McDermott, M. M., Pahor, M., Reid, K. F., Rushing, J., Verghese, J., Rapp, S., & Williamson, J. D. (2015). Effect of a 24-month physical activity intervention vs health education on cognitive outcomes in sedentary older adults: the LIFE randomized trial. *JAMA*, 314, 781790.
- Vásquez-Carrasco, E., Sánchez-Gómez, C., Valdés-Badilla, P., Hernandez-Martinez, J., Villagrán-Silva, F., Aravena-Sagardia, P., Sandoval, C., & Moruno-Miralles, P. (2025). Effectiveness of Combined Cognitive Stimulation and Physical Activity Interventions on Activities of Daily Living, Cognitive Function, and Physical Function in Older People with Mild Cognitive Impairment: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 14(7), 2261.
<https://doi.org/10.3390/jcm14072261>

Watt, J. A., Lane, N. E., Veroniki, A. A., Vyas, M. V., Williams, C., Ramkissoon, N., Thompson, Y., Tricco, A. C., Straus, S. E., & Goodarzi, Z. (2021). Diagnostic accuracy of virtual cognitive assessment and testing: Systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(6), 1429-1440. <https://doi.org/10.1111/jgs.17190>

World Health Organization (WHO). (31 de marzo de 2025). *Demencia*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Zygouris, S., & Tsolaki, M. (2015). Computerized Cognitive Testing for Older Adults: A Review. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 30(1), 13-28. <https://doi.org/10.1177/1533317514522852>



Anexos

Tabla 1

Glosario de abreviaturas.

MCI o DCL	<i>Mild Cognitive Impairment</i> o Deterioro Cognitivo Leve
IADL o AIVD	Instrumental Activities of Daily Living o Actividades Instrumentales de a Vida Diaria
Sensibilidad	Capacidad de la prueba para identificar casos positivos.
Especificidad	Capacidad de la prueba para identificar casos negativos, evitando falsos positivos.
IC (Intervalo de Confianza)	Margen, dentro de una población, en el que se encuentra probablemente el verdadero valor.
G de Hedges	Tamaño del efecto expresado con la g de Hedges.
RM (Razón de Momios)	Probabilidad de que ocurra un evento en un grupo frente a otro (en este caso, en el grupo experimental frente al control y viceversa).
DME (Diferencia de Medias Estandarizada)	Sirve para unificar los resultados medidos con distintos instrumentos. Permite comparar dos grupos eliminando el efecto de las unidades de medida originales.

Tabla 2.

Tabla resumen de los artículos incluidos en la revisión.

Título	Autor y año	Diseño y método	Estrategia de detección o intervención	Instrumentos utilizados	Resultados principales	Relevancia para la revisión
Using Informant and Performance Screening Methods to Detect Mild Cognitive Impairment and Dementia	James E. Galvin (2018)	Manuscrito de autor	Detección multimétodo: basada en el rendimiento, basada en el informante, autoinforme y estado de ánimo.	Pruebas neuropsicológicas breves, AD8, IQCODE, MMSE, MoCA, SLUMS, Mini-Cog, QDRS.	La combinación de pruebas de rendimiento, de informantes y autoinformes proporciona un screening óptimo para la demencia.	Establece un modelo de screening sólido que combina evaluación subjetiva y objetiva para la detección temprana del deterioro cognitivo.
Evaluating the Accuracy of Web-Based and In-Clinic Subjective Cognitive Decline Assessments in Detection of cognitive Impairment: Multicohort Study	Kang et al. (2025)	Estudio multicohorte con participantes recogidos del Brain Health Registry (BHR) y del Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative (ADNI). Uso de curvas ROC.	Detección de cambios cognitivos subjetivos y funcionales mediante autoinforme en formato web o en papel.	Ecog (web), Ecog (en clínica), Ecog12, SP-Ecog, Self-Ecog, SP-Ecog12 y Self-Ecog12.	Las evaluaciones web y las formas abreviadas del Ecog mostraron tener una efectividad similar discriminando entre personas con deterioro cognitivo y personas sin deterioro cognitivo.	Apoya el uso de herramientas digitales en el cribado en fases iniciales, apoyando su efectividad y destacando su bajo coste y accesibilidad.
Diagnostic performance of digital cognitive tests for the identification of MCI and dementia: A systematic review.	Chan et al. (2021)	Revisión sistemática. Base de datos OVID.	Detección mediante test digitales.	Test cognitivos digitales como FACE-memory, Digital Trailmaking Test, MoCA (25 ersión computarizada), MemTrax Test, CogState,	Los tests digitales muestral buena sensibilidad y especificidad al detectar MCI o demencia, comparables con las pruebas tradicionales. Sin embargo, existen pocos	Presenta una vista general y abierta sobre la digitalización de los test tradicionales y el comienzo de su uso para el diagnóstico.

				Digital Spiral Drawing Test, etc.	estudios de validación de muchos de ellos, por lo que es un área en la que se debe profundizar más.	
Cognitive tests for the detection of mild cognitive impairment (MCI), the prodromal stage of dementia: Meta-analysis of diagnostic accuracy studies.	Breton et al. (2018)	Metaanálisis de estudios de precisión diagnóstica.	Detección mediante test cognitivos.	ACE-R, CERAD, CDT-Sunderland, IQCODE, Memory Alteration Test, MMSE, MoCA y Qmci.	El test que mayor sensibilidad muestra es el Memory Alteration Test (M@T), mientras que el MMSE parece tener menor sensibilidad al diagnosticar MCI.	Compara la precisión diagnóstica de gran cantidad de tests cognitivos, entre ellos los más utilizados para el diagnóstico de MCI.
Diagnostic accuracy of virtual cognitive assessment and testing: Systematic review and meta-analysis.	Watt et al. (2021)	Revisión sistemática y metaanálisis.	Detección virtual (mediante teléfono o videoconferencia).	TICS, MMSE, MoCA.	Ciertos estudios demuestran que las evaluaciones virtuales pueden tener una precisión comparable a las realizadas en persona, pero no hay estudios que comparen las evaluaciones telefónicas.	Aporta un enfoque actual a la revisión, abordando el tema de la detección del deterioro cognitivo durante la pandemia del COVID-19 de forma virtual y su precisión y posible uso posterior.
Computerized Cognitive Testing for Older Adults: A Review	Zygouris & Tsolaki A (2015)	Revisión.	Detección con baterías computarizadas. Screening y evaluación cognitiva.	Baterías computarizadas como: ANAM, CANTAB, CALLS, TDAS, CogState, MicroCog, CANS-MCI, CFT, etc.	Se exponen 17 baterías y se categorizan en: Evaluación, test de Screening, test de Screening cortos y baterías experimentales, ofreciendo una visión amplia e información sobre los dominios que miden y sus propiedades. Si es cierto	Proporciona una base de baterías y test computarizados que pueden utilizarse por los clínicos. Incluye baterías más novedosas que no se nombran en otros estudios.

						que la mayoría muestran resultados sobre la validez discriminativa y la fiabilidad test-retest, no muestran otras propiedades psicométricas.	
Mild cognitive impairment and deficits in instrumental activities of daily living: a systematic review.	Jekel et al. (2015)	Revisión sistemática.	Detección por déficits en actividades instrumentales de la vida diaria (IADL)	Valoración de las IADL con instrumentos como: DAFS, DOT, EPT, FCI, TFLS, DAD, IQCODE, SR-IADL, etc.	De los 37 estudios analizados, 35 demuestran la existencia de déficits en dominios y subdominios de las IADL en personas con MCI. Estos déficits destacan más en algunos subtipos de MCI. Instrumentos que midan estos dominios pueden ser útiles en la detección del MCI, y se debe potenciar la validación y creación de éstos.	Establece una clara relación entre el deterioro cognitivo leve y la presencia de déficits en actividades de la vida diaria, resaltando la importancia de medir el desempeño en estas actividades para su detección temprana.	
Effectiveness of Combined Cognitive Stimulation and Physical Activity Interventions on Activities of Daily Living, Cognitive Function, and Physical Function in Older People with Mild	Vásquez-Carrasco et al. (2025)	Revisión sistemática con metaanálisis. Sigue la guía PRISMA.	Intervención mediante combinación de estimulación cognitiva y actividad física.	9 estudios con diferentes intervenciones multicomponente, educación en salud, programas de ejercicio, etc. Instrumentos de medida de la función física y de la función cognitiva como el MMSE,	Se produce una mejora significativa de la función cognitiva, aunque no en las actividades de la vida diaria o en la función física en personas con MCI.	Proporciona evidencia sólida sobre programas combinados de estimulación cognitiva y ejercicio físico. Proporciona una visión actual sobre la composición de estos programas y sus efectos.	

Cognitive Impairment: A Systematic Review with Meta-Analysis				Mini-Cog, TMT (A y B), etc.			
Cognition-Oriented Treatments for Older Adults: a Systematic Overview of Systematic Reviews.	Malmberg Gavelin et al. (2020)	Revisión sistemática de revisiones sistemáticas. Sigue guía PRISMA, evaluación con AMSTAR 2.	Intervención mediante entrenamiento, estimulación y rehabilitación cognitivos.	Funciones cognitivas objetivas, subjetivas, resultados psicosociales, IADLs, carga del cuidador, síntomas conductuales y psicológicos.	El entrenamiento cognitivo muestra mejoras pequeñas pero significativas sobre todo en personas con MCI. Hay resultados menos consistentes sobre el estado de ánimo, la calidad de vida o el funcionamiento diario. Se encuentra que muchas revisiones tienen una baja calidad metodológica.	Muestra gran cantidad de estudios sobre tratamientos orientados a la cognición y su resultado en personas sanas, con MCI y con demencia.	
Multi-Domain Interventions for Dementia Prevention: A Systematic Review.	Castro et al. (2023)	Revisión sistemática de ensayos clínicos. Método PRISMA.	Intervención multidominio que combina dieta, actividad física, entrenamiento cognitivo y control de factores de riesgo vascular.	Pruebas cognitivas, medida de factores de riesgo, medida de funcionamiento en actividades diarias.	Se comprueba que las intervenciones multidominio pueden prevenir o retrasar la demencia especialmente en personas que se encuentran en riesgo. Gran parte de los estudios afirman que la cognición se mantiene o mejora. Sin embargo, la alta heterogeneidad entre estudios hace que sea complicado saber qué componente es más	Aporta información sobre las intervenciones multidominio y su resultado en la prevención del deterioro cognitivo. Proporciona una visión global de diferentes tipos de intervenciones.	

					eficaz (dieta, ejercicio, entrenamiento cognitivo, etc.)	
Cognitive stimulation and psychosocial results in older adults: A systematic review and meta-analysis.	Gómez-Soria et al. (2023)	Revisión sistemática y metaanálisis.	Intervención mediante estimulación cognitiva (CS).	Instrumentos para diagnóstico: MMSE; MEC-35, MoCA, GDS.	Se encuentra una alta asociación entre la estimulación cognitiva y la mejora de la calidad de vida en personas (sanas, con deterioro cognitivo o con demencia) que recibieron estimulación personalizada. No se encuentra relación entre la estimulación cognitiva y la mejora de los niveles de ansiedad o depresión.	Aporta información sobre el impacto psicosocial de la estimulación cognitiva.
Randomised controlled trials for the prevention of cognitive decline or dementia: A systematic review.	Coley et al. (2022)	Revisión sistemática.	Intervenciones de dominio único (farmacológica, nutricional, ejercicio físico y estimulación cognitiva) y multidominio.	Ensayos clínicos.	En la última década, destacan las intervenciones sobre el estilo de vida. Tanto la nutrición, como la actividad física, la estimulación cognitiva y las intervenciones multidominio, muestran efectos beneficiosos en población con MCI.	Muestra de forma gráfica y clara el efecto de las intervenciones sobre distintas poblaciones, entre ellas, con MCI.
Evidence-Based Pathways to Healthy Aging: A Systematic Review and Meta-	Joshi et al. (2025)	Revisión sistemática y metaanálisis.	Intervenciones sobre el estilo de vida.	Ensayos clínicos aleatorizados.	La dieta mediterránea se asocia con una reducción del deterioro cognitivo. Los ejercicios aeróbicos reducen el	Apoya las intervenciones multidominio para la reducción de factores de riesgo para el deterioro cognitivo y la mejora

analysis of Lifestyle Interventions for Longevity and Well-Being.					riesgo de fragilidad. Las actividades de estimulación cognitiva y plena consciencia reducen el riesgo de demencia. La mejora del sueño se relaciona con una reducción del riesgo de deterioro cognitivo.	de la función cognitiva. Incluye estudios sobre la calidad del sueño, también relacionada con el deterioro cognitivo.
Effectiveness of cognitive stimulation for individuals with mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis.	Chen et al. (2025)	Revisión sistemática y metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados.	Intervención mediante estimulación cognitiva en personas con MCI. Uso de actividades grupales.	Ensayos clínicos aleatorizados e instrumentos diagnósticos previos y posteriores a la estimulación como el MoCA, MMSE, MEC-35, Lawton IADL, GDS-15, QoL-AD, etc.	La estimulación cognitiva muestra un efecto moderado sobre la función cognitiva, una reducción de los síntomas depresivos, pero no muestra efectos sobre la ansiedad. Hay resultados positivos sobre la calidad de vida y las IADLs, pero con limitaciones por la poca evidencia.	Aporta evidencia sobre el efecto de la estimulación cognitiva en la función cognitiva, el bienestar psicológico, las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL) y la calidad de vida. Defiende el uso de intervenciones grupales para mejorar en el área social.

Tabla 3.

Algunos instrumentos de detección temprana en deterioro cognitivo leve y sus características y hallazgos.

Instrumento	Formato	Dominios que mide	Datos psicométricos y hallazgos
MMSE (<i>Mini-Mental State Examination</i>)	Tradicional (papel y lápiz, presencial)	• Orientación temporoespacial • Memoria diferida • Atención y cálculo • Lenguaje y capacidad visoconstructiva	• Sensibilidad baja para DCL (66.4%). • Peligro de “falsos negativos” y “efecto techo” • Demasiada atención a la orientación y desatiende memoria episódica y FFEE. • Pierde consistencia al administrarse de forma remota.
MoCA (<i>Montreal Cognitive Assessment</i>)	Tradicional (papel y lápiz, presencial)	• Funciones ejecutivas • Habilidades visoespaciales y visoconstructivas • Atención y concentración • Memoria inmediata y diferida • Lenguaje • Denominación • Cálculo • Orientación	• Sensibilidad alta para DCL (81.1%). • Incluye tareas ejecutivas complejas y mejor medida de la memoria diferida. • Conserva su precisión diagnóstica y estabilidad en su modalidad remota.
M@T (<i>Memory Alteration Test</i>)	Tradicional (lápiz y papel, presencial)	• Memoria episódica verbal (codificación, almacenamiento y recuperación)	• Sensibilidad (95.1%) y especificidad (84%) muy altas para la detección de DCL amnésico.

		• Memoria semántica	• Capacidad de cribado superior al MoCA o MMSE.
SLUMS (Saint Louis University Mental Status)	Tradicional (lápiz y papel, presencial)	• Orientación • Memoria a corto y largo plazo • Habilidades visoespaciales • Funciones ejecutivas • Fluidez verbal	• Excelente sensibilidad (96-98%) pero variabilidad en su especificidad (61-100%) • Depende del nivel educativo del sujeto. • Buena capacidad de cribado. • Mayor tiempo de corrección.
ACE-R (<i>Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised</i>)	Tradicional (papel y lápiz, presencial, batería extensa)	• Atención y orientación • Memoria (a corto y largo plazo) • Fluidez verbal • Lenguaje • Habilidades visoespaciales	• Prueba más amplia que integra el MMSE. • Precisión similar al MoCA. • Permite trazar un perfil neuropsicológico más completo al obtener subpuntuaciones por dominios.
CERAD (<i>Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease</i>)	Tradicional (papel y lápiz, presencial, batería extensa)	• Memoria (aprendizaje, retención a corto y largo plazo, y reconocimiento) • Lenguaje (fluidez y denominación) • Praxias: habilidades visoconstructivas	• Buena precisión diagnóstica. • Estandarizado a nivel internacional. • Útil para medir múltiples dominios y confirmar un diagnóstico, pero no para cribado rápido.
Mini-Cog	Tradicional (lápiz y papel, presencial)	• Memoria episódica (retención y recuperación)	• Instrumento de aplicación rápida muy útil para cribado masivo.

		• Funciones ejecutivas y habilidades visoespaciales (Test del Reloj) • Atención y concentración	• Limitaciones para DCL por no poder detectar fallos de memoria y ejecutivos sutiles.
CANTAB (Cambridge <i>Neuropsychological Test Automated Battery</i>)	Computarizada (digital, con 33ersión33ion)	• Memoria: reconocimiento visual y aprendizaje de pares • Atención sostenida y velocidad de procesamiento • Funciones ejecutivas • Aprendizaje	• Una de las baterías computarizadas con mayor validación transcultural. • Carácter no verbal y acultural que neutraliza sesgos.
CANS-MCI (Computer- <i>Administered Neuropsychological Screen</i>)	Computarizada	• Memoria inmediata y demorada • Funciones ejecutivas • Funciones visoespaciales • Lenguaje	• Sensibilidad 84-90% y especificidad 75-86% para DCL. • Fiabilidad test-retest alta para evaluación longitudinal.
CogState	Computarizada (pruebas breves)	• Velocidad de procesamiento • Función psicomotora • Atención • Aprendizaje verbal y visual • Memoria de trabajo • Funciones ejecutivas	• Alta precisión para medir velocidad de procesamiento, marcador temprano del deterioro cognitivo. • Capacidad predictiva superior al MMSE. • Fiabilidad test-retest.

eMoCA	Computarizada (versión adaptada del MoCA)	Mismos dominios que el MoCA.	• Mantiene o mejora la sensibilidad de la prueba tradicional (90%) • Minimiza los errores del examinador y permite medir tiempos exactos de exposición al estímulo.
dTMT A y B (<i>digital Trail Making Test A y B</i>) y dCDT (<i>digital Clock Drawing Test</i>)	Computarizada	• dTMT A y B: Atención alternante y sostenida, rastreo visual, velocidad visomotora, memoria de trabajo, flexibilidad cognitiva. • dCDT: Praxis constructiva, funciones ejecutivas, atención, memoria, coordinación visomotora.	• dCDT registra una sensibilidad superior al 85%. • Proporcionan información sobre la velocidad del trazo, presión del lápiz, tiempo de vacilación y pausas, además del resultado final.
CFI (<i>Cognitive Function Instrument</i>) y Cognitive Change Index	Autoinforme tradicional	Percepción del sujeto de sus cambios en memoria, atención y ejecución de tareas.	• Sirven para monitorear la queja cognitiva subjetiva en fases iniciales del deterioro. • Sistemas de alerta tempranos para recomendar una evaluación neuropsicológica completa. • Puntuaciones sesgadas por el estado psicológico del sujeto.

Self-Ecog (<i>Everyday Cognition</i> autoadministrado)	Tradicional o web	• Memoria • Lenguaje • Funciones ejecutivas • Atención dividida • Habilidades visoespaciales	• Altamente sensible al deterioro cognitivo leve. • Opción factible para recogida masiva de datos y cribado. • No validada su capacidad de diferenciación estadísticamente significativa entre DCL y personas sanas.
SP-Ecog (35ersión para informantes)	Tradicional o web (autoinforme)	Percepción del informante sobre el desempeño del paciente en tareas cotidianas.	• Mantiene sus propiedades psicométricas en su formato web. • Buena consistencia interna y consigue discriminar entre DCL y demencia de forma superior a la versión autoinforme.
IQCODE (<i>Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly</i>)	Tradicional (lápiz y papel)	Evaluación retrospectiva del declive cognitivo y funcional en los últimos 10 años.	• Sensibilidad del 76-100% y especificidad del 65-86%. • El resultado es independiente del nivel educativo o idioma del paciente, eliminando sesgos presentes en el MMSE, por ejemplo. • Alte heterogeneidad metodológica no permite consolidar puntos de corte para DCL.
AD8 (<i>Alzheimer's Questionnaire</i>)	Tradicional (papel y lápiz, entrevista)	Cambios cognitivos y funcionales inmediatos.	• Escala de cribado con 8 ítems de respuesta dicotómica. • Sensibilidad del 90% y especificidad del 68%.

QDRS (<i>Quick Dementia Rating System</i>)	Tradicional (escala para el informante)	• Memoria • Juicio/resolución de problemas • Actividades comunitarias • Hogar/hobbies • Cuidado personal	• Cuestionario rápido. • Permite determinar la gravedad y el estadio evolutivo del deterioro (DCL, demencia leve, moderada o avanzada).
Versión digital de pruebas de informantes (e-AD8, e-IQCODE)	Digital (remoto)	Monitorización del declive cognitivo y funcional diario por parte del informante.	• Elimina el sesgo de interpretación del examinador. • Aplica algoritmos, permite almacenamiento de datos longitudinal para trazar la trayectoria del declive. • Exige interfaces muy sencillas para facilitar su uso y comprensión.
DAD (<i>Disability Assessment for Dementia</i>)	Tradicional (informantes)	Medida de autonomía en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD): inicio, planificación y eficacia.	• Altamente utilizada para ver la progresión del deterioro. • Altamente sensible para registrar primeros signos de DCL.
Lawton IADL (<i>Escala de Lawton y Brody</i>)	Tradicional (entrevista a informante o paciente)	Autonomía en 8 AIVD: • Uso del teléfono • Compras • Cocina • Cuidado del hogar	• Instrumento de referencia en la medición de las AIVD. • Se utiliza como medida de resultados pre y post-test para evaluar la eficacia de las

		• Lavado de ropa • Transporte • Medicación • Finanzas	intervenciones sobre la funcionalidad del paciente.
TFLS (<i>Texas Functional Living Scale</i>)	Tradicional (prueba de ejecución directa)	Ejecución en: • Gestión de tiempo • Manejo de dinero • Teléfono • Habilidades de memoria en tareas prácticas	• Elimina sesgos del paciente y el informante al tratarse de la evaluación de tareas realizadas en consulta. • Evalúa tareas de alta demanda cognitiva, lo que proporciona gran sensibilidad a fallos sutiles en DCL.
DAFS (<i>Direct Assessment of Functional Abilities</i>)	Tradicional (prueba de ejecución directa)	Ejecución en: • Manejo de finanzas • Compras • Preparación de alimentos • Uso del teléfono	• “Efecto techo” para DCL por haber sido estructurada para evaluar la evolución en demencias avanzadas. Los ítems pueden resultar sencillos para DCL.
SR-IADL (<i>Self-Reported Instrumental Activities of Daily Living</i>)	Tradicional (autoinforme)	Percepción del paciente sobre su ejecución en las AIVD y actividades comunitarias.	• Tiende a subestimar el número y gravedad de los déficits al tratarse de un cuestionario subjetivo: puede presentar anosognosia o fallos en la memoria episódica.