



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador | Sede
Ambato

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

**El rendimiento cognitivo en el adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado.
Estudio comparado**

Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico

Línea de Investigación:

SALUD Y GRUPOS VULNERABLES

Autor:

MIGUEL ANGEL POMAQUERO VILLALOBOS

Director:

PS. MG. MARIO SANTIAGO POVEDA RÍOS

**Ambato–Ecuador
Marzo 2021**

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

“El rendimiento cognitivo en el adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado.
Estudio comparado”

Línea de Investigación:

Salud y Grupos Vulnerables

Autor:

MIGUEL ANGEL POMAQUERO VILLALOBOS

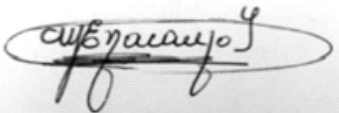
Mario Santiago Poveda Ríos, Ps, Mg
CALIFICADOR

f. 

Ana del Rocío Martínez Yacelga, Dra. Mg.
CALIFICADORA

f. 

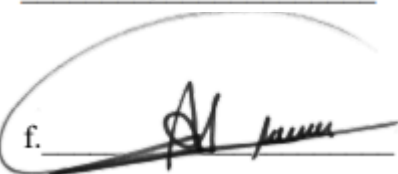
Mercedes Eloisa Naranjo Yopez, Dra, Mg.
CALIFICADORA

f. 

Varna Hernandez Junco, PhD.
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGIA

f. 

Hugo Rogelio Altamirano Villaroel, Dr.
SECRETARIO GENERAL PUCESA

f. 

**Ambato—Ecuador
Marzo 2021**

DECLARACION Y AUTORIZACION

Yo: **MIGUEL ANGEL POMAQUERO VILLALOBOS**, con **CC. 180439127-2**, autor del trabajo de graduación intitulado: **“EL RENDIMIENTO COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO Y NO INSTITUCIONALIZADO. ESTUDIO COMPARADO”**, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGO CLÍNICO**, en la escuela de **PSICOLOGÍA**.

- 1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
- 2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad

Ambato, marzo 2021



MIGUEL ANGEL POMAQUERO VILLALOBOS
CC. 180439127-2

AGRADECIMIENTO

A mis padres por darme la oportunidad de continuar con este camino académico.

A mi hermano por ser fuente de inspiración y ejemplo.

A todos los Docentes de la PUCE Ambato que impartieron su conocimiento con gusto por su profesión, especialmente a Santiago Poveda, quien con su amplio conocimiento y experiencia enseña a cada estudiante de manera correcta y eficaz.

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a mis padres y hermano, quienes siempre esperan que dé lo mejor de mi persona.

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo principal comparar el rendimiento cognitivo entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, puesto que, las actividades cotidianas entre los individuos de ambos grupos difieren. La muestra de la población considerada para el estudio fueron adultos mayores de 65 años en adelante que residen en asilos de ancianos, viven con sus familiares o solos. La pregunta a responder fue ¿Cuál es la diferencia en cuanto al rendimiento cognitivo en el adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado? Se trató de un estudio cuantitativo, descriptivo y comparado de corte transversal que utilizó los instrumentos: Montreal Cognitive Assesment (MoCA); Mini Mental State Examination (MMSE) e Índice de Barthel: Actividades de la vida diaria (ABVD), donde bajo interpretaciones generales las evaluaciones: MoCA, reportó concentraciones similares en deterioro cognitivo moderado (Institucionalizados 52,9%; No Institucionalizados 41,7%), en tanto, en MMSE la concentración difiere (Institucionalizados = Deterioro Moderado 41,2%; No Institucionalizados = normal 31,7) y ABDV señaló concentración distintas en cuanto a funcionalidad (Institucionalizados = Dependencia Leve 62,7% ; No Institucionalizados = Normal 61,7%).

Palabras Clave: Rendimiento Cognitivo; Deterioro Cognitivo; Institucionalización; Adulto Mayor

ABSTRACT

The main objective of this study is to compare the cognitive performance between institutionalized and non-institutionalized elderly, since the daily activities between both groups differ. The population sample considered for the study was elders over 65 years of age who live in nursing homes, live with their relatives or alone . The question was: What is the difference in terms of cognitive performance among institutionalized and non-institutionalized elderly? The study was quantitative, descriptive and cross-sectional comparative that used tools: Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Mini Mental State Examination (MMSE) and Barthel's Activities Index (ABVD). Which in general interpretations: MoCA instrument reported similar concentrations in moderate cognitive damage (institutionalized 52.9%; non-institutionalized 41.7%), while in MMSE, the concentration differs in (Institutionalized = Moderate Damage 41.2%; Non-institutionalized = Normal 31.7) and ABDV indicated different concentration in terms of functionality (Institutionalized = Slight Dependency 62.7%; Non Institutionalized = Normal 61.7%).

Keywords: Cognitive performance; Cognitive Damage Institutionalization; Elderly

ÍNDICE DE CONTENIDO

DECLARACION Y AUTORIZACION	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
DEDICATORIA	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I. ESTADO DEL ARTE Y PRÁCTICA	6
1.1. Rendimiento cognitivo en la adultez mayor.....	6
1.1.1. Perspectivas desde el perfil neuropsicológico.....	6
1.1.2. Conceptualización	6
1.1.3. Envejecimiento cerebral	7
1.1.4. Velocidad de procesamiento	8
1.1.5. Reserva cognitiva	8
1.1.6. Funciones cognitivas en la adultez mayor.....	9
1.1.7. Niveles de deterioro cognitivo	17
1.2. Institucionalización	18
1.2.1. Conceptualización	18
1.2.2. Proceso de institucionalización en Adultos mayores	18
1.2.3. Centros geriátricos.....	19
1.2.4. La cara opuesta de la institucionalización.....	19
1.2.5. Adulto mayor.....	21
1.2.6. Envejecimiento.....	21
1.2.7. Cambios biológicos	22
1.2.8. Cambios Psicosociales	23
CAPITULO II. DISEÑO METODOLÓGICO.....	25
2.1. Paradigma, Modalidad y Alcance de investigación.	25
2.2. Técnicas y Herramientas de investigación	26
2.2.1. Ficha Ad Hoc de Recolección Sociodemográfica	26
2.2.2. Mini Mental State Examination (MMSE).....	26
2.2.3. Escala de la Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA)	28
2.2.4. Escala de Actividades de la Vida Diaria de Barthel.....	28
2.3. Población y Muestra.....	29
2.3.1. Población.....	29
2.3.2. Muestra.....	29
2.3.3. Caracterización de la muestra.....	30
2.4. Procedimiento metodológico.....	36

CAPITULO III. RESULTADOS	38
3.1. Análisis de Montreal Cognitive Assesment (MoCA) respecto a condición de institucionalización.	38
3.2. Análisis de Minimental State Examination (MMSE) respecto a condición de institucionalización	41
3.3. Análisis Índice de Barthel Actividades Básicas de la Vida Diaria respecto a condición de institucionalización	43
3.4. Análisis de Montreal Cognitive Assesment (MoCA) respecto al Género.....	45
3.5. Análisis de Minimental State Examination (MMSE) respecto al género.....	48
3.6. Análisis Índice de Barthel Actividades Básicas de la Vida Diaria respecto al género.....	51
3.7. Análisis de Montreal Cognitive Assesment (MoCA) respecto a la edad	52
3.8. Análisis de Minimental State Examination (MMSE) respecto a la edad	56
3.9. Análisis Índice de Barthel Actividades Básicas de la Vida Diaria en función de la edad	58
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES	63
BIBLIOGRAFÍA.....	64

INTRODUCCIÓN

El siguiente estudio se sostiene en investigaciones relacionadas al rendimiento cognitivo en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. Dentro de los siguientes párrafos se describen estudios donde se analizan aspectos metodológicos y resultados obtenidos referentes al tema que recopilan datos relevantes de carácter positivo, para generar la pregunta científica de esta exploración.

En una investigación realizada en San José, Costa Rica, con 110 adultos mayores no institucionalizados, sin niveles altos de escolaridad, que participaban en grupos organizados y mantenían un envejecimiento activo. Se examinó el rendimiento de funciones ejecutivas y memoria, y evidenció un resultado esperable para su edad y nivel educativo, en cuanto al cribaje intelectual global; En el funcionamiento ejecutivo y memoria, el rendimiento fue el esperado (“normal-bajo”); además se comprobó un enlentecimiento de velocidad de procesamiento. Por tanto,, “un patrón de rendimiento cognitivo con puntajes medios o bajos en ciertas funciones parece no ser un elemento decisivo que impida el funcionamiento independiente y autónomo, con participación activa en grupos sociales” (Castro & Salazar, 2014, p. 51). A partir de lo cual, se establece como conclusión que el adulto mayor no institucionalizado, presenta un adecuado rendimiento cognitivo que le permite mantener autonomía.

Por otra parte, en Santiago de Cali, Colombia se investigó a 36 adultos mayores no institucionalizados en fase inicial de proceso de envejecimiento con nivel escolar completo, el objetivo fue establecer diferencias entre el rendimiento cognitivo y calidad de vida entre adultos mayores que participan y no participan en grupos de tercera edad mediante una batería neuropsicológica (test Neuropsi) y escala de calidad de vida (Fumat), la muestra se dividió en dos grupos (A y B) Los resultados denotan que ambos grupos preservan los procesos de percepción, habilidad viso motriz, lenguaje, funciones ejecutivas y atención, una similitud en lentitud de la velocidad de procesamiento y declive de memoria normativa. Así “los adultos mayores participantes en el estudio cuentan con un proceso de envejecimiento sin déficit en el desempeño cognoscitivo y calidad de vida” (García, Moya & Quijano, 2015, p.402). De lo cual, se concluyó que ambos grupos mantienen estándares de rendimiento normativo, así como su autonomía.

En cuanto a la ciudad de Ambato, en un estudio realizado en el 2019 con 65 adultos mayores institucionalizados, se investigó el nivel de deterioro cognitivo, la muestra fue evaluada a través del Mini mental State Examination y Montreal Cognitive Assessment y la escala de funcionalidad índice de Barthel, los resultados obtenidos muestran un tipo de deterioro cognitivo medio (36,9% en MMSE) y leve (41,5% en MOCA), con un nivel de dependencia funcional leve del 47,7% por otra parte entre el 12,3% y el 16,9% de la muestra se encuentran en un estado cognitivo normal y el 23% de los sujetos obtienen un nivel de independencia total. En cuanto al deterioro cognitivo Urrutia (2019) menciona que “perjudica el nivel de independencia y autonomía en las actividades de la vida diaria” (p.130) En resumen en los adultos mayores institucionalizados prevalece un deterioro cognitivo medio, que está asociado a una dependencia funcional leve, su grado dependerá en función del tiempo, redes de apoyo y autonomía en el proceso de envejecimiento.

Un estudio de prevalencia de deterioro cognitivo en Cádiz, España con 55 adultos mayores institucionalizados, a través de test de cribaje Mini mental, los resultados expusieron “la necesidad de identificar precozmente tal alteración para iniciar, programas de intervención dirigidos a preservar las funciones cognitivas del anciano el máximo tiempo posible, al implementar distintas medidas de reforzamiento y ejercicio de dichas funciones, para así retrasar la dependencia”(Vallejo & Sánchez,2010, p. 155). En síntesis el rendimiento cognitivo dentro del centro de institucionalización no fue el adecuado para mantener autonomía por lo cual, buscan intervenir en la preservación de funciones cognitivas para retardar dependencias.

En Santander Colombia con una población de 165 adultos mayores institucionalizados, nivel de escolaridad primaria, se buscó determinar el grado de deterioro cognitivo, se aplicaron el Examen Cognoscitivo Mini-Mental y ficha socio demográfica, los resultados recabados exponen un 41,7 % en adultos mayores con deterioro grave , 23% deterioro moderado, 1.7 % probablemente con deterioro y 33,3 % probablemente sin deterioro Camargo y Laguado (2017) señalan que “Los adultos mayores son catalogadas como personas vulnerables, debido a todos los cambios que se presentan en la dimensión física, social y psicológica, la cual, es notable en aquellos adultos mayores que se encuentran institucionalizados(p.168).En consecuencia se infirió que dentro de la institución existe una

prevalencia de un deterioro grave, se vería asociado a diferentes factores tales como la salud física y calidad de vida.

Situación Problémica y Planteamiento del Problema

Durante las prácticas realizadas en el periodo 2019-2020, en el centro de atención geriátrica Vida a los años, se ha detectado que el rendimiento cognitivo de la población adulta mayor se ve asociada a la poca estimulación a causa de la institucionalización, esto se refleja en el desempeño de tareas básicas de la vida cotidiana y actividad funcional que difiere de los adultos mayores que no pertenecen a este grupo. Se han encontrado investigaciones donde la población muestra un grado leve de dependencia debido al apoyo familiar que los impulsa a mantener conductas saludables (Laguado, Camargo, Campo, Martín, 2017), también, la prevalencia superior en deterioro cognitivo dentro de instituciones (Vallejo & Rodríguez, 2010).

Por otro lado el rendimiento cognitivo de adultos no institucionalizados se muestra bajo estándares normativos y adecuados a nivel global, estrechamente relacionados a un envejecimiento activo y saludable (Castro & Salazar, 2014) que permite mantener roles y actividades sociales. Sin embargo, dentro del envejecimiento existen diferentes factores que se relacionaran al rendimiento cognitivo, como el estado de salud, apoyo familiar, estimulación cognitiva, entre otras.

Esto resulta en la pregunta científica de ¿Cuál es la diferencia en cuanto al rendimiento cognitivo en el adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado? Con la finalidad de aportar una perspectiva más cercana al contexto se realiza este sondeo, pues los factores ya expuestos conjeturan que los adultos mayores que aún mantiene sus roles y funcionalidad poseerían un mejor rendimiento cognitivo aparente.

Objetivo General

Comparar el rendimiento cognitivo en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

Objetivos específicos

- Revisar bibliografía relacionada al rendimiento cognitivo e institucionalización en el adulto mayor.

- Evaluar el rendimiento cognitivo actual en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados mediante test psicométricos.
- Caracterizar las diferencias del rendimiento cognitivo del adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado.
- Elaborar un informe de hallazgos principales.

La siguiente investigación es de tipo no experimental, cuantitativo pues busca relacionar y analizar estadísticamente variables, es de carácter descriptivo de corte transversal sobre el rendimiento cognitivo en adultos mayores no institucionalizados e institucionalizados, con una muestra seleccionada por conveniencia debido a la facilidad que las instituciones brindan al estudio, se utilizarán herramientas que miden el estado de funciones cognitivas, Montreal Cognitive Assessment (MoCA), que mide atención y concentración; funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, habilidades visuoespaciales, razonamiento conceptual, cálculo y orientación; también, el instrumento Mini mental State Examination Folstein 1975 (MMSE), que mide Orientación Temporal, Orientación Espacial, Memoria de Fijación, Atención, Cálculo, Memoria de Evocación, Lenguaje Praxias y Habilidad viso constructiva y un instrumento que mide actividades de la vida diaria que otorga una estimación cuantitativa de dependencia e independencia ,Índice de Barthel. El método general de la investigación corresponde al método científico aplicado a las ciencias sociales, específicamente comparativo de grupos independientes.

La investigación tiene como objetivo comparar el rendimiento cognitivo entre el adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado, puesto que, se ha visto reflejada una diferencia en cuanto actividades que realizan estos dos grupos, el segundo grupo se desenvuelve de manera autónoma en el tareas básicas de la vida cotidiana y actividad funcional en tanto, el primer grupo recibe ayuda de cuidadores para realizarlo lo que resulta en una menor estimulación física y cognitiva, lo que perjudica la calidad de vida y vuelve proclive a la persona a padecer patologías neuropsiquiátricas como depresión o demencia (OMS, 2017). Por lo que compone un problema de salud pública y social.

Por ello la presente investigación buscó brindar un enfoque hacia esta población con la finalidad de proporcionar conocimiento científico sobre la asociación de la institucionalización y el desempeño cognitivo en el adulto mayor para promover una

intervención psicológica en los centros geriátricos y a su vez prevenir las patologías asociadas al deterioro cognitivo.

CAPITULO I. ESTADO DEL ARTE Y PRÁCTICA

1.1.Rendimiento cognitivo en la adultez mayor

1.1.1. Perspectivas desde el perfil neuropsicológico

La población adulta mayor se encuentra sujeta a cambios que alteran de manera gradual la vida diaria, autonomía e identidad del sujeto, con el pasar del tiempo ciertas funciones cognitivas muestran declive de forma paulatina, como la atención y enlentecimiento en el procesamiento de la información, pese a existir quejas subjetivas, sin que afecte la funcionalidad de manera abrupta (Gamba, et al., 2017). Por lo que, se trata de un transcurso adaptativo a causa de un cambio cognitivo normativo.

Las funciones cognitivas, afectadas varían en función del individuo, no obstante,, existen patrones similares en estos, la atención, memoria a corto plazo, memoria de trabajo, funciones visoespaciales, visoperceptivas, visoconstructivas, toma de decisiones en funciones ejecutivas, fluencia verbal y comprensión en lenguaje son áreas en común que cambian durante el proceso de envejecimiento (Lapiente & Sánchez, 1998). Sin embargo,, cada individuo presenta un esquema distinto en su proceso de envejecimiento, esto influenciaría ciertos aspectos individuales como la demanda cognitiva durante su vida.

Ante el declive de funciones en la vejez, la estimulación cognitiva que se ha llevado a cabo durante la vida influye en el rendimiento. Pedraza (2013), manifiesta que “aunque la edad conlleva de forma inherente una disminución en numerosas funciones cognitivas [...] este deterioro resulta menor cuanto mayor haya sido la formación académica alcanzada y la demanda cognitiva en el trabajo desempeñado durante la vida laboral” (p.2). Así, todo trabajo, demandante de actividad cognitiva interviene en el curso del envejecimiento cognitivo.

1.1.2. Conceptualización

El término rendimiento cognitivo se refiere a “Las aptitudes o capacidades del individuo para hacer algo” (Virumbrales, 2009, p.18). Por lo que, este se ve medido en cuanto a la eficacia que tiene para el cumplimiento de demandas cognitivas del entorno. Este rendimiento se manifiesta en las funciones cognitivas que establecen “procesos mediante los cuales las personas reciben, almacenan y utilizan información de la realidad para sí

mismas” (Virumbrales, 2009, p.23). Estas funciones se alterarían debido a distintos factores, como el consumo de sustancias psicoactivas, enfermedades, y envejecimiento.

En cuanto al rendimiento cognitivo debido al proceso de envejecimiento, el nivel empieza a declinar. Ruiz (2008) señala que “se dan efectos diferenciales sobre los sistemas cerebrales de los que dependen tales sistemas y procesos mnemónicos” (p.269). Además, surgirían distintas enfermedades neurodegenerativas que afectan el desenvolvimiento cognitivo, no obstante, también, existen funciones que se mantienen conservadas como tareas de vocabulario, conocimiento semántico, tareas que impliquen a la memoria implícita, hábitos que son útiles para compensar este declive (Belon & Soto, 2015).

1.1.3. Envejecimiento cerebral

Existen cambios morfológicos en el proceso de envejecimiento, “en la adultez tardía se observan disminuciones graduales del volumen y peso del cerebro, sobre todo en la corteza frontal, la cual, controla las funciones ejecutivas” (Papalia, Sterns, Duskin y Camp, 2012, p.550). Lo que afectaría la planificación, organización, control y regulación de las conductas orientadas a una meta. Además, existen cambios asociados a la declinación de la velocidad de procesamiento, Papalia et al. (2012), menciona que “a partir de los 55 años empieza a adelgazarse la capa de mielina que permite que los impulsos neuronales viajen con rapidez entre las regiones del cerebro” (p.550), por otra parte, el sistema de neurotransmisores disminuye su eficacia lo que genera cambios en el patrón de sueño, humor, apetito y funciones neuroendocrinas de la actividad motora y memoria (Gil et al., 2002).

Gracias a la capacidad plástica del cerebro, según su necesidad existe una compensación frente al cambio de la cantidad neuronal, se ponen en acción: “sistemas compensatorios a nivel bioquímico, a través de la producción de neurotransmisores por las neuronas indemnes y a nivel morfológico, con el aumento del árbol dendrítico de las neuronas intactas y la generación de nuevas neuronas” (Tirro, 2016, p.74). Además, la formación de nuevas neuronas en el cerebro adulto se da a nivel del bulbo olfatorio e hipocampo (Kolb y Whishaw, citado por Tirro, 2016). Por lo que, el cerebro responde en función al requerimiento del contexto, ante mayor demanda cognitiva, este genera mayor número de conexiones neuronales.

1.1.4. Velocidad de procesamiento

Se trata del intervalo de respuesta hacia una actividad cognitiva, Ardila y Ostrosky (2012), manifiestan que se refiere al tiempo que ocupa el individuo para desarrollar una actividad cognitiva, dentro de este proceso se encuentra la captación y reacción ante la información recibida, existen distintas hipótesis que justifican el enlentecimiento de velocidad de procesamiento de información, de la misma forma dicen que “un enlentecimiento de esta velocidad subyace de déficits atencionales” (p.198). No obstante,, existen diferentes modelos que explican este fenómeno.

En el proceso de envejecimiento la lentitud a nivel cognitivo, motor y sensorial es característico, se han propuesto distintas explicaciones sobre esta cuestión, el modelo de enlentecimiento general señala que todos los procesos cognitivos presentan un mismo grado de tardanza al envejecer, mientras el modelo de dominio específico indica que, este es igual para todas las tareas dependientes de un dominio y por otra parte el modelo de proceso específico explica que los procesos se ven controlados por funciones distintas, que difieren o no entre dominios.(Lapuente & Sánchez, 1998).

1.1.5. Reserva cognitiva

El envejecimiento progresivo implica una disminución de funciones cognitivas, que decantan en un cuadro patológico según del caso, al hablar de reserva cognitiva, se refiere a “la habilidad del cerebro para tolerar mejor los efectos de la patología asociada a la demencia, es decir,, para soportar mayor cantidad de neuropatología antes de llegar al umbral donde la sintomatología clínica comienza a manifestarse” (González, Facal & Yaguas, 2013, p.35). Por tanto,, la reserva cognitiva es el soporte que frena el deterioro de manera desmedida de las funciones cognitivas.

Esta reserva cognitiva es potenciada por diversos factores a lo largo del periodo vital del sujeto, se deberían a capacidades innatas, educación, ocupación laboral, aspecto socioeconómico, calidad de redes sociales (García, 2015). El nivel educativo aporta de manera primordial a esta reserva. González et al. (2013) explica que “una mayor escolarización llevaría a una mayor conectividad neuronal en las primeras etapas de la vida

que persista durante el resto de la vida; o bien se relacionaría con la estimulación mental y el crecimiento neuronal durante toda la vida” (p.35).

1.1.6. Funciones cognitivas en la adultez mayor

La capacidad cerebral de procesar información y generar respuestas se da gracias a las funciones cognitivas que realizan distintas áreas del encéfalo, Feuerstein, las cataloga como prerequisites de la inteligencia que permiten un tratamiento de información y autorregulación del organismo para adaptarse a un contexto (Citado en Avedaño, Paz y Rueda, 2017). Además, Fuenmayor y Villasmil, mencionan que “Los procesos cognitivos son imprescindibles para el proceso constructivo e interpretativo de la comprensión” (2008, p.13). Dicho esto, estas funciones se encargan de la adaptación del ser humano ante un ambiente mediante un discernimiento de información recibida, interpretada y respondida hacia el entorno.

Las funciones cognitivas para la interpretación y manejo en el entorno se basan en procesos cognitivos básicos como percepción, atención y memoria, se dan sin la intervención consciente del individuo y procesos cognitivos complejos como pensamiento, lenguaje e inteligencia, que se valen de procesos básicos para su funcionamiento (Fuenmayor y Villasmil, 2008). Es así, mediante procesos y subprocesos conscientes e inconscientes que el ser humano se desenvuelve en el entorno en donde se sitúa para sobrevivir.

En el adulto mayor la estabilidad de las funciones cognitivas depende del contexto y estimulación. Benavides (2017), señala que existen “cambios morfológicos, bioquímicos, metabólicos y circulatorios que según de la plasticidad cerebral y de la actividad redundante de muchas funciones cerebrales llevan a presentar alteraciones cognitivas o continuar su función normal” (p.108). Por lo que, la funcionalidad de estos procesos depende de factores biológicos del envejecimiento y externos como la estimulación cognitiva.

1.1.6.1. Orientación

Es una función básica del ser humano, permite situarse a si mismo dentro de un contexto, es un elemento invariable respecto a la percepción del espacio, formas, colores y

percepción del paso del tiempo (Vallejo-Ruiloba, 2011). Por lo que, permite la “posibilidad de ubicar una situación en un tiempo y espacio determinado” (Puig, 2012, p.13). Se subdivide en auto psíquica, sobre el propio cuerpo y alopsíquica sobre el espacio que lo rodea. Para efectuar esta función cognitiva el desarrollo sensoriomotor y la etapa de formación de conceptos son relevantes mientras que neuroanatómicamente el hipocampo es la estructura encargada de consolidar las imágenes topográficas del exterior (Vallejo-Ruiloba, 2011).

El envejecimiento normal no altera la orientación en el adulto mayor, sin embargo, Urrutia (2019) señala que “la falta de reforzadores ambientales y de actividades ocupacionales serían una causante para generar confusión en el reconocimiento de fechas presentes y pasadas” (p.29). Por lo que según Pérez y García (2006), las actividades de estimulación de orientación estarán alineadas en favorecer y activarla para mantenerla el mayor tiempo posible en conjunto con la memoria.

1.1.6.2. Conciencia

Esta función cognitiva es “la que permite que un individuo tenga conocimiento de sí mismo e interactúe con el ambiente” (García, Sauri, Meza, Villagómez, 2013, p.57). Además, Murillo (2005), explica que la conciencia permite “la habilidad para discriminar, categorizar y reaccionar ante los estímulos ambientales, así como la integración de la información [...] la descripción verbal de estados mentales, la habilidad de un sistema para acceder a sus propios estados mentales” (p.2). Por ende, esta función facilita la discriminación de fenómenos que percibe el individuo, y le permite reaccionar a ellos. Neuroanatómicamente, el mecanismo de sueño-vigilia depende del sistema activador reticular ascendente, dispuesto desde los primeros segmentos cervicales hasta el diencefalo, que permite el proceso de despertar y entrar en el sueño fisiológico, por otro lado, el mecanismo de conciencia reside en los hemisferios cerebrales y sus conexiones en el sistema nervioso (García, et al., 2013).

En la conciencia del adulto mayor se dan ciertos cambios, la conciencia de sí mismo aumenta en contraste a la conciencia del entorno, debido a un aumento en el ensimismamiento (Asili, 2006). Dicho esto, la memoria y percepción interna toman mayor relevancia si el adulto mayor interactúa en su vida diaria. En cuanto al ciclo de sueño-

vigilia D'Hyver (2018), resalta la importancia de la melatonina y serotonina como neurotransmisores reguladores del ciclo, estas disminuyen con el envejecimiento, lo que ocasiona probablemente una alteración en el sueño.

1.1.6.3. Atención

Denominada así a aquella función que “implica seleccionar cierta información para procesarla con detenimiento e impedir que otra información se siga procesando” (Smith & Kosslyn, 2008, p.108). Además, Rosello (2017), menciona que “es un fenómeno de origen diverso que se origina en la puesta en marcha de una pluralidad de mecanismos selectivos que, en función de factores estimulares y factores subjetivos facilitan el procesamiento de la información necesaria para guiar la acción.” (p.5). También, se menciona que “la atención no es un proceso unitario, sino un sistema funcional complejo, dinámico, multimodal y jerárquico que facilita el procesamiento de la información” (Ramos, Paredes, Andrade, Santillán, González, 2016, p.34). Por tanto,, es una función que se encarga de la selección y focalización de información que se activa según la intensidad del estímulo que se presente.

El proceso atencional es el resultado de la interacción de tres sistemas neuroanatómicos, el primero corresponde al sistema de alerta conformado por el tálamo, sistema activador reticular ascendente, locus cerúleo, proyecciones del sistema límbico y neocorteza, se encarga de mantener un estado de vigilia adecuado. El segundo es de orientación-atencional, está constituido por el núcleo lateral pulvinar del tálamo, colículo superior y corteza parietal posterior, a cargo de la orientación espacial y ubicación del estímulo, el tercero compuesto por estructuras corticales frontales mediales y del cíngulo anterior y denominado atencional-ejecutivo (Ramos, Et al, 2016, p.2).

La atención en el adulto mayor se ve en declive, pues “se describe un enlentecimiento generalizado en el procesamiento de la información y una disminución en la capacidad de cambiar o alternar el foco de atención” (Salech, 2012, p.6). Además, al almacenar la información dentro del foco de atención, la precisión es significativamente menor para los adultos mayores que para los adultos más jóvenes (Basak & Verhaeghen, 2011, p.525). Por tanto,, tras el envejecimiento existen dificultades en el almacenamiento y foco de atención.

1.1.6.4. Memoria

Función cognitiva enfocada en el almacenamiento y evocación de información previamente aprendida, Fuenmayor y Villasmil (2008), acerca de la memoria mencionan que “es la facultad por medio de la cual, se retiene y recuerda el pasado, es la facultad por la cual, se almacena el conocimiento que se tiene sobre algo y las interpretaciones que se hacen de ello” (p. 193). Así mismo, “La memoria es, un proceso psicofisiológico localizado en el sistema nervioso central (SNC), que permite la capacidad de adquirir, de forma consciente o inconsciente, retener y utilizar, con esfuerzo o de forma automática, una experiencia” (Vallejo-Ruiloba, 2011, p.1166). En pocas palabras, la memoria es un proceso cognitivo que retiene información pasada para un uso posterior.

Neuroanatómicamente, el funcionamiento de la memoria estriba en el sistema límbico cuya función es la integración de información a través del aprendizaje y diencéfalo, con influencia en la memoria a través de los núcleos anteriores y dorsomediales del tálamo, los cuerpos mamilares, el haz mamilotalámico, la vía amigdalofugal, que conecta la amígdala con los núcleos dorsomediales (Snell citado en Gramunt, 2008).

Vallejo-Ruiloba-Ruiloba menciona distintos tipos de memoria, construidos a propósito del presente estudio de manera sintetizada en la siguiente tabla (Tabla 1.1):

Tabla 1.1
Tipos de Memoria

<i>Tipo</i>	<i>Definición</i>
Memoria a corto plazo	Memoria de capacidad limitada, que se corresponde con el análisis de la información sensorial en áreas cerebrales específicas (p. ej., áreas visuales, auditivas o sensitivas) y su reproducción inmediata durante un tiempo muy breve.
Memoria a largo plazo	Permite la conservación duradera de la información gracias a la codificación, seguida del almacenamiento de esta información en distintas localizaciones anatómicas multifocales, organizada en forma de engramas o trazos de memoria.
Memoria de trabajo	Es un sistema de capacidad limitada por medio del cual, el sujeto retiene, pero también, manipular, la información, lo que le permitirá realizar una serie de tareas cognoscitivas, entre las que incluimos la comprensión, el razonamiento y la resolución de problemas.
Memoria episódica	Memoria autobiográfica que permite al sujeto recordar hechos de su propia historia personal, familiar o social y está inscrita en un marco temporoespacial.
Memoria semántica	Se refiere al conocimiento de las cosas que tiene un individuo, sin que se inscriba en un marco temporoespacial definido.
Memoria procedimental	La memoria procedimental permite adquirir distintas habilidades perceptivas, motoras o cognoscitivas

Fuente: Vallejo-Ruiloba,2011,Psicopatología de la memoria

De la misma manera, en el envejecimiento ciertos tipos de memoria tienen un cambio, por

ejemplo, en la memoria de recuerdo se produce un decrecimiento, con incapacidad de reconstruir un contexto del pasado que se quiere recordar; también, la memoria prospectiva y operativa se ven afectadas; por otra parte, se manifiesta estabilidad en la memoria de reconocimiento, conocimiento semántico, procesamiento emocional de eventos, memoria autobiográfica, destrezas cognitivas y motrices (Ruiz, 2008). El mismo autor menciona que existen diferentes causas de la caída de la memoria asociada con la edad, que tienen que ver con:

cambios estructurales y funcionales en la corteza prefrontal (en adultos sanos, se produce una reducción volumétrica significativa sobre todo en las regiones laterales); cambios funcionales en regiones del lóbulo temporal medial (si bien el envejecimiento normal parece tener unos efectos mínimos en la estructura del hipocampo, a nivel funcional parece que resultan afectados circuitos hipocampales y del lóbulo temporo-medial responsables de la interacción entre el córtex prefrontal y el hipocampo), y alteraciones en el volumen total de la sustancia blanca (Ruiz, 2008, p.269).

En definitiva, la memoria es una función cognitiva que se deteriora de manera parcial en distintas áreas a consecuencia del envejecimiento cerebral.

1.1.6.5. Lenguaje

Función enfocada en la comunicación social, permite el intercambio comprensible de ideas y promueve la expresión del pensamiento (Arrufat citado en Vallejo-Ruiloba, 2011). Denominar objetos, definir palabras, corregir frases de forma sintáctica, son capacidades que no se ven afectadas de manera significativa en la vejez, no obstante, los procesamientos que requieren mayor esfuerzo decaen con la edad, procesar estructuras sintácticas complejas, inferir en la comprensión de frases o discursos son tareas que aumentan de dificultad conforme se envejece (Custodio, Herrera, Lira, Montesinos, Linares & Bendejú, 2012). A sí mismo, otro autor menciona que en el componente sintáctico se genera un ligero agramatismo a causa de alteraciones en la comprensión, repetición y uso espontáneo de oraciones complejas, mientras que, en el componente discursivo, existe cambio en la organización de estructura de un discurso a causa de comprensión de noticias complejas y pérdida de hilo conductor de la narración (Santiuse, 2007). Este mismo autor clasifica las modificaciones de lenguaje presentadas en la siguiente tabla (Tabla 1.2):

Tabla 1.2
Modificaciones del lenguaje en el adulto mayor

<i>Área</i>	<i>Modificación</i>
Cambios en la comprensión	Disminuye la capacidad para entender enunciados complejos. Dificultades en entender oraciones de doble objeto potencialmente ambiguas, también, en oraciones en las que el orden de la mención difiere del orden de acontecimiento del suceso: “se fue después de desayunar”) frente a (“desayunó antes de irse”) Dificultades en hacer inferencias a partir de textos hablados. Los ancianos tienen más dificultades en responder cuestiones inferenciales acerca de los textos (pero no preguntas directas), sobre todo si aumenta la velocidad de emisión del texto.
Cambios en la producción	Mayor número de difluencia que los jóvenes. (Interjecciones, conjunciones, etc.) Que atestiguan que necesitan mayor tiempo para procesar la producción de enunciados. Utilizan menos cláusulas coordinadas. No hay pérdida en la elaboración de un discurso conectado.

Fuente: Santiuste, 2007, El lenguaje en la vejez eugenésica

Como se aprecia, el declive del lenguaje ligado al envejecimiento manifiesta alteraciones en la producción y comprensión, sumado a la lentitud de la velocidad de procesamiento hacen que la comunicación para el adulto mayor requiera más esfuerzo y tiempo.

1.1.6.6. Razonamiento

Función cognitiva que brinda la capacidad de resolver problemas en base a un análisis de información, “permiten organizar, categorizar y ordenar en un tiempo-espacio lo que se conoce mediante distintas formas de estructurar la realidad, distinguiendo lo esencial de lo accesorio y manteniendo la capacidad para ordenar las ideas” (Puig, 2012, p. 13). Después, Pachon, Parada & Chaparro (2016), expresan que es “una actividad mental, que se ejecuta en determinadas situaciones en las que una persona asocia conocimientos previos a los que se le presentan como nuevos para luego sacar conclusiones al respecto; es decir,, construir nuevo conocimiento” (p.225).

En el adulto mayor el razonamiento es apoyado en experiencias y aprendizajes previos, predomina la intuición, puesto que las vivencias de esta etapa son en gran parte situaciones que prescinden de procesos analíticos, en cuanto al razonamiento numérico, no se ve afectado por el factor etario (Urrutia, 2019). Por otra parte, la sabiduría también, es un componente para el desenvolvimiento cotidiano, Papalia et al. (2012) manifiesta “como

una extensión del pensamiento postformal, una síntesis de la razón y la emoción” (p.568).

1.1.6.7. Praxias

En palabras de Puig (2012), se refiere al ámbito motriz adquirido por aprendizaje del individuo, que permite el manejo corporal y de instrumentos; y las define como “habilidades motoras adquiridas, movimientos intencionados, en donde se requiere la coordinación ojo-mano” (p.14). Como se menciona, las praxias dependen de la coordinación viso espacial para su ejecución, en este sentido, la percepción espacial, visualización espacial, rotaciones mentales, relaciones espaciales, y orientación espacial son componentes fundamentales de la habilidad espacial (Villa, 2016).

En el adulto mayor se observa un declive en esta función debido al envejecimiento, se habla de una retrogénesis psicomotora, donde la evolución implica involución hasta desintegrarse, teniendo un desgaste fragmentado de los sistemas (Di Domizio, 2004). Sumado a esto, Urrutia (2019) señala que se “presenta un descenso en la cognición espacial y en la velocidad de procesamiento que perjudica su rapidez en actividades prácticas”. (p.36). Es así, que la involución biológica motora y envejecimiento cerebral predisponen a un declive de las praxias.

1.1.6.8. Funciones Ejecutivas

Término que recoge a una serie de procesos cognitivos superiores, y permiten conducir una conducta hacia objetivos, y emitir ante situaciones complejas, respuestas adaptativas para el individuo (Bausela, 2014). Además, Verdejo y Bechara (2010), indican que “son un conjunto de habilidades implicadas en la generación, la supervisión, la regulación, la ejecución y el reajuste de conductas adecuadas para alcanzar objetivos complejos, especialmente aquellos que requieren un abordaje novedoso y creativo” (p. 227). Por lo cual, estas funciones son complejas y desarrollan un papel importante en la resolución de problemas que requieren un mayor esfuerzo mental.

Las metas que implican las funciones ejecutivas tienden a ser de ámbito cognitivo o socioemocional, coordinan información de percepciones sensoriales, procesamiento cognitivo y otorgan respuestas motoras, por lo que se responsabilizan de la regulación de conducta, pensamientos, recuerdos y afectos, además se coordinan para la recuperación de información almacenada y estimar posibles resultados a futuro (Verdejo & Bechara, 2010).

Las funciones ejecutivas abarcan distintos procesos y tienen su base neuroanatómica en la zona prefrontal del cerebro, que se detallaran a continuación, (Tabla 1.3):

Tabla 1.3

Resumen que ilustra los distintos componentes que conforman las funciones ejecutivas, sus bases cerebrales

<i>Tipo</i>	<i>Definición</i>	<i>Bases Cerebrales</i>
Actualización	Actualización y monitorización de contenidos en la memoria de trabajo.	Corteza prefrontal lateral/dorsolateral izquierda Corteza parietal
Inhibición	Cancelación de respuestas automatizadas, predominantes o guiadas por recompensas inminentes que son inapropiadas para las demandas actuales.	Corteza cingulada anterior Giro frontal inferior derecho Área pre-suplementaria Núcleo subtalámico
Flexibilidad	Habilidad para alternar entre distinto esquemas mentales, patrones de ejecución, o tareas en función de las demandas cambiantes del entorno.	Corteza prefrontal medial superior Corteza prefrontal medial inferior Corteza orbitofrontal lateral. Núcleo estriado
Planificación/Multitarea	Habilidad para anticipar ensayar y ejecutar secuencias complejas de conducta en un plano prospectivo	Polo frontal. Corteza prefrontal dorsolateral derecha Corteza cingulada posterior
Toma de decisiones	Habilidad para seleccionar la opción más ventajosa para el organismo entre un rango de alternativas disponibles	Corteza prefrontal ventromedial. Amígdala/ Núcleo estriado anterior Ínsula

Fuente: Verdejo y Bechara (2010). Neuropsicología de las funciones ejecutivas.

Aguilar, Arrabal y Herrera (2014), señalan que las funciones ejecutivas abarcan “la capacidad de proporcionarnos autocrítica, proyectos, conductas activas y autónomas que dependen de procesos cognitivos superiores, evolutivamente desarrollados y genuinamente humanos” (p.8). Se marca que “los cambios cognoscitivos asociados con la edad se reflejan principalmente en una disminución en la rapidez y eficiencia del procesamiento mental que se acentúa después de la quinta década de vida.” (p.8). Por lo que, los procesos complejos que permiten mantener autonomía en el ser humano en actividades de la misma índole se verán afectados de manera gradual en el tiempo o tipo de respuesta, según el caso.

Las funciones cognitivas del lóbulo frontal padecen más afección conforme transcurre el envejecimiento cerebral, en una investigación correspondiente a los cambios neurológicos asociados al envejecimiento normal, se mostró que los procesos inhibitorios de sujetos mayores eran similares a los pacientes con lesiones corticales prefrontales dorsolaterales

(Lapiente y Sánchez, 1998). Además, estos mismos autores con respecto a la pérdida neuronal en su distribución topográfica señalan que el área 10 de Brodman del polo frontal y el área 6 de corteza premotora, presentan pérdida neuronal de hasta 60% en los 90 años, mientras que la corteza frontal orbital a los 80 años se ve reducido un 80%. Lo que, promulga en un declive en la planeación, la introspección, disociación de la atención, solución de problemas.

Este declive afecta la funcionalidad del individuo y por ende su autonomía dentro del entorno, pues surge un déficit inhibitorio que propende a mayor distractibilidad, que genera respuestas inapropiadas; también, tras el envejecimiento surge una lentificación cognoscitiva, déficit en la memoria de trabajo, dificultad en la planeación, flexibilidad cognitiva, inteligencia fluida (Roselli, Matute & Jurado, 2008). Estas alteraciones promueven una mayor dificultad en la adaptación hacia un ambiente nuevo y labores cotidianas.

1.1.7. Niveles de deterioro cognitivo

Dentro de las patologías asociadas al envejecimiento existe un cuadro que afecta las funciones cognitivas del individuo, el deterioro cognitivo leve (DCL), es “una condición patológica, [...] para referirse a un grupo de individuos que presentan cierto grado de déficit cognitivo cuya severidad resulta insuficiente para cumplir criterios de demencia” (Pose & Manes, 2010, p.7). Por ende, es una afección que está entre el envejecimiento normal y demencia.

El DCL, afectaría a uno o varios dominios cognitivos, a esto se le denomina, DCL unidominio y multidominio respectivamente, estudios señalan que las personas con multidominio tienen mayor dificultad para completar tareas en contraste con las personas con unidominio, cuyo rendimiento es similar a adultos mayores sin compromisos cognitivos (Cancino & Rehbein, 2016). Esta patología se clasifica en: amnésico dominio único; amnésico dominio múltiple; no amnésico dominio único y no amnésico dominio múltiple (Pose & Manes, 2010).

1.2. Institucionalización

1.2.1. Conceptualización

La institucionalización se define como el “proceso complejo y multideterminado, que plantea al adulto mayor una serie de desafíos que involucran la movilización de una gran cantidad de recursos psíquicos y emocionales en pos de la adaptación a un contexto que se revela como un microcosmos pautado por una legalidad y ritmicidad propias” (Alves, 2013, p.17). Además, se menciona que frente a la vulnerabilidad del proceso de envejecimiento la institucionalización aparece como respuesta a la necesidad de atención y cuidado en condiciones adecuadas regidas por reglas implantadas para garantizar dicho objetivo (Tizoc, Esquivel, Cruz & Gonzales, 2018). Por lo que, es un proceso que implica un cambio adaptativo para el adulto mayor a nivel ambiental y psicológico con el fin de buscar una vida armoniosa.

1.2.2. Proceso de institucionalización en Adultos mayores

La institucionalización es una decisión por la que optan familiares con la finalidad de brindar cuidado al adulto mayor, brinda servicios de asistencia en condiciones óptimas (Tizoc, et al., 2018). El residente se ve inmerso en un entorno donde se les ofrece un ambiente adecuado a sus necesidades, como alimentación, movilización, higiene, nutrición, entre otras, “estas organizaciones son de carácter privado o público, ambas con perfiles de salud diferentes, dado que en los últimos, confluyen factores de vulnerabilidad económica, social, psicológica y ambiental” (Laguado, Camargo, Campo & Martin, 2017). Es así que, existirán diferencias en cuanto a la atención y cuidado entre instituciones.

Existen distintas razones para que una persona se traslade a dichas instituciones, el adulto mayor frente a los cambios del envejecimiento es proclive a poseer una demanda de atención especial que no es provista debido a factores personales y psicológicos, por lo que, se opta por las instituciones de retiro. Las razones por las cuales se generaría la dependencia hacia un cuidador sería por un creciente deterioro físico, incapacidad o falta de voluntad de las personas para brindar cuidados o falta de servicios comunitarios que ayuden a mantener una vida independiente (Bazo, 1990).

En cuanto al sentido de pertenencia con respecto al nuevo contexto, dependerá de la identificación con el grupo, lugar y colectividad formal, cuyos valores son compartidos, de

esto dependerá la cohesión (Brea, 2014). Así, en la institucionalización en un sentido adecuado contará con interacción, aceptación de valores y normas, aceptación del grupo (Monroy & Samoya, 2018). Por otra parte, la adaptación al lugar depende de factores como el área física del asilo, apoyo económico, contacto familiar, en un estudio realizado sobre la opinión del adulto mayor con relación a su estancia en un asilo, se manifiesta que las instalaciones no influyen de manera significativa en la estancia, mientras que existe desmotivación debido a la monotonía en la rutina, no ser escuchados por el personal, poco contacto con familiares (Becerra, Godoy, Pérez & Moreno, 2007).

Esto último depende de cada contexto, Bazo, indica que el ingreso a una institución no significa el aislamiento de la sociedad, pese a la percepción que se tenga de estas, la imagen de residencia fue asociada a la pobreza, y abandono familiar, por lo que, la visión negativa de estas instituciones se ve internalizada en la sociedad, no obstante,, tal imagen no es suficiente para provocar aislamiento social, pues existen roles y relaciones comunicacionales entre el personal cuidador y pacientes internos (1990).

1.2.3. Centros geriátricos

Los centros geriátricos son instituciones que ofrecen atención integral de salud, albergue, y ayuda para la realización de actividades de la vida diaria, para centrarse en la búsqueda de un ambiente de descanso, son necesarios si por distintas condiciones el adulto mayor necesita cuidado de un tercero; para la garantía de una atención óptima es necesario cumplir con normativas reguladoras del funcionamiento de instituciones, que dependen de las leyes dictadas por una nación (Gutiérrez, Nieves & Ruiz, 2016).

En torno a lo anterior, el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), define tres ejes para la atención a la población adulta mayor: Inclusión y participación social; Protección social; Atención y cuidado, estos tienen como objetivo en el adulto mayor, mantener la capacidad funcional mental, otorgar una alimentación adecuada, brindar un ambiente seguro y digno dentro de las instituciones geriátricas (MIES, 2018).

1.2.4. La cara opuesta de la institucionalización

El adulto mayor corresponde a una población vulnerable que conforme envejece requiere cuidados o apoyo según la necesidad individual y su contexto, por lo que se dan arreglos

en la vivienda, existen adultos mayores que prefieren envejecer en su hogar o comunidad, Papalia et al. (2012) menciona que esto:

“tiene sentido para quienes pueden manejarse por sí solos o con ayuda mínima, cuentan con un ingreso adecuado o la hipoteca pagada, pueden manejar los gastos de mantenimiento, se sienten contentos en el vecindario y quieren ser independientes, tener privacidad y estar cerca de sus amigos, hijos adultos o nieto” (p.586).

En cuanto en el adulto mayor exista autonomía e independencia, física y económica, es más probable que la persona envejezca en su mismo entorno.

Así mismo la autora dice que los adultos mayores no institucionalizados, por lo general viven en hogares multigeneracionales, puesto que “De acuerdo con sus tradiciones, los ancianos pertenecientes a grupos minoritarios, en especial los de origen asiático e hispano, son más propensos que los ancianos blancos a vivir en hogares de familia extensa” (p.586). Por lo que, una razón de la convivencia entre adultos mayores y descendientes tiene matices culturales, no obstante, existen adultos mayores que viven solos. También, añade que los adultos mayores que viven solos poseen una aparente salud y bienestar en contraste a los institucionalizados, “vivir solo no necesariamente implica la falta de cohesión familiar y apoyo, sino que reflejaría la buena salud, autosuficiencia económica y deseo de independencia de la persona mayor” (p.586). Por lo que, buscan mantener su autonomía y libertad en el desarrollo de labores cotidianas, un estudio de adultos mayores no institucionalizados reveló que estos pasaban por procesos de envejecimiento saludable que implica que las personas mayores experimentan estados afectivos positivos, cuentan con redes sociales de apoyo y participan de manera regular en procesos grupales (Castro & Salazar,2014).

El adulto mayor no institucionalizado mantiene su funcionalidad a través de un envejecimiento saludable que según la OMS (2015) es el “proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” (p.30). Esta capacidad funcional comprende la combinación de capacidades físicas, mentales, el bienestar y satisfacción del individuo. Por ende, se mantiene en condiciones adecuadas para su desenvolvimiento dentro de la sociedad y el ambiente que lo rodea.

1.2.5. Adulto mayor

Se trata de una etapa del desarrollo evolutivo que empieza a partir de la edad de 60 años según la OMS, 65 años en base a la Constitución de la República del Ecuador y esta etapa se caracteriza por el deterioro del funcionamiento corporal que varía de acuerdo a la genética de cada individuo. También, está caracterizada por distintas percepciones sociales, entre estas ver al adulto mayor como sinónimo de sabiduría, experiencia o enfermedad, lo que genera reacciones distintas por parte de quienes los observan (Ruano, 2013). Todo esto a causa del envejecimiento biológico que conlleva cambios, que irían en función de ciertos factores, para un envejecimiento exitoso, Papalia destaca 3 componentes, la evitación o discapacidad relacionada con la enfermedad; el mantenimiento de un elevado funcionamiento físico y cognoscitivo y participación constante en actividades sociales y productivas (2012).

1.2.6. Envejecimiento

La vejez es una etapa que involucra cambios biológicos, sociales y psicológicos que se dan de manera gradual en el individuo, generalmente este proceso incluye una disminución en el desempeño de las áreas mencionadas, no obstante, “estos cambios no son lineales ni uniformes y solo se asocian vagamente con la edad de una persona en años” (OMS, 2015, p.27). Por otro lado, Melgar y Montenegro (2012), manifiestan que “No se limita al declive de las estructuras y funciones corporales y a las secuelas en el funcionamiento y la participación social, también, involucra aspectos como procesos patológicos previos, ganancias psicológicas y sociales en las etapas avanzadas de la vida” (p. 27). Así, la vejez pese a tener cambios que varían en función a diversos factores, también, envuelve destrezas y experiencia a causa del tiempo y vivencias del individuo.

El envejecimiento genera cambios que influenciarían en la autonomía del individuo, Gil, Pastor, De Paz, Barbosa, Macías, Maniega, Álvarez, y Rami (2002), caracterizan este proceso de la siguiente manera:

“El andar de una persona es más lento y a paso corto, la postura menos recta, los reflejos posturales son a menudo lentos haciendo que el individuo sea más susceptible a la pérdida de equilibrio y cae. Estos cambios motores incluyen mecanismos tanto en el sistema nervioso central, como del periférico, tales como reducción en la sensación de posición, debilidad muscular y cambios esqueléticos”

(p. 262).

Otros cambios asociados al envejecimiento son la piel con tendencia a palidecer, arrugarse y perder elasticidad conforme se reduce la grasa y la masa muscular, además, venas varicosas en las piernas, cabello gris y delgado, atrofia en los discos vertebrales (Papalia et al, 2012). Por lo que, esta etapa de desarrollo evolutivo involucra tendencia a la vulnerabilidad física ante las enfermedades y entorno.

La vulnerabilidad y declive físico, caracterizan el punto de vista de la sociedad hacia el adulto mayor, no obstante, la realidad es ajena a la percepción social y se ve más asociada al entorno y estrato social del individuo, así las conductas que este mantenga en su vida diaria serán un factor en el declive orgánico, “es menos probable que los adultos que viven en la pobreza practiquen conductas saludables como realizar actividad física en el tiempo libre, evitar el tabaquismo y mantener un peso corporal apropiado” (Papalia et al., 2012, p.554). Las conductas saludables que el individuo practique promueven un envejecimiento exitoso, asociado a la edad funcional que es “la medida de la capacidad de una persona para funcionar de manera efectiva en su ambiente físico y social en comparación con otras personas de la misma edad cronológica” (Papalia, 2012, p.556).

1.2.7. Cambios biológicos

Surgen cambios en el funcionamiento orgánico y sistémico de manera variable, algunos sistemas se deterioran con rapidez, mientras otros se mantienen estables, uno de los factores asociados a estos cambios es el estrés que afectaría al sistema inmunológico, lo que genera susceptibilidad a infecciones e inflamaciones. En cuanto al ritmo cardiaco se vuelve más irregular, lo que propicia tendencia a enfermedades cardiacas (Papalia, et al. 2012). Sumado a ello, se produce un deterioro del sistema nervioso que provoca lentitud de movimiento y pérdida de actos reflejos, aumenta la posibilidad de manifestar enfermedades, disminuye la elasticidad pulmonar, se producen déficits sensoriales y del sistema urinario (Gonzales & Anuncinbay, 2014).

Los cambios responden a la edad cronológica del individuo, no obstante,, estos no serian considerados como una enfermedad; se distinguen dos tipos de envejecimiento, el normal donde existe sincronismo en proceso de edad y declive, y por otro lado el

patológico, donde este proceso es prematuro y afecta distintas esferas del individuo, a continuación, la siguiente tabla describe lo ya mencionado (Tabla 1.4):

Tabla 1.4
Comparación entre envejecimiento normal y patológico

Envejecimiento normal Biológicos	Envejecimiento Patológico Biológicos
<ul style="list-style-type: none"> • Sincronismo en el envejecimiento de órganos • Procesos patológicos o precursores diagnosticados y controlados periódicamente. • Hospitalización no frecuente 	<ul style="list-style-type: none"> • Envejecimiento prematuro y no sincrónico de órganos. • Procesos patológicos o precursores descompensados. • Hospitalización frecuente.
Psicológicos	Psicológicos
<ul style="list-style-type: none"> • Desintegración o deterioro en algunos procesos. • Buen afrontamiento del estrés y auto concepto. • Sentido optimista de la vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida progresiva o irreversible de procesos. • Mal afrontamiento al estrés y deterioro en el auto concepto y autovaloración. • Desesperanza, pérdida del deseo de hacer y sentido pesimista
Social	Social
<ul style="list-style-type: none"> • Sustitución o evolución de roles. • Apoyo social, autonomía. • Discrepancias generacionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida total de roles, pérdida de vínculos. • Mala o nula red de apoyo social. • Dependencia, inactividad, conflictos generacionales

Fuente: Miliani (2014), *Atención gerontológica, Sociedad mexicana de psicología geriátrica, diap.8*

El envejecimiento normal, no presenta cambios desfavorables para el individuo en contraste al envejecimiento patológico que es proclive a alterar el funcionamiento normal del adulto mayor.

1.2.8. Cambios Psicosociales

Se orientan a eventos que exigen resiliencia en el adulto mayor, los cambios se ven caracterizados por, “pérdida total de roles sin sustitución, ausencia de apoyo social, hay dependencia, soledad, conflictos generacionales e inactividad” (Fernández, Almuiña, Chil & Blanco, 2001, p.78). Sumado a los cambios biológicos, se generaría desestabilidad en el área emocional y social de la persona, aparece el conflicto de integridad del yo, frente a la desesperanza.

El conflicto de integridad del yo frente a la desesperanza es un término acuñado por Erikson donde menciona que dentro de la etapa de adulto mayor, aparece la necesidad de evaluar la vida y aceptar la muerte, con base de las siete etapas previas del desarrollo psicosocial, en esta se busca un sentido de coherencia y plenitud en la etapa actual, frente a

ceder a la desesperanza de incapacidad de cambiar el pasado, si se logra pasar esta prueba de manera favorable, se desarrolla la sabiduría , esta es, un interés desapegado a la vida, al encararse a la muerte (Papalia, 2012).

CAPITULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1.Paradigma, Modalidad y Alcance de investigación.

Esta investigación se basa en el paradigma post-positivista, que en palabras de Catalán y Jarillo (2010) indican que, “Los resultados son considerados probablemente verdaderos, siempre sujetos a la falsación”, esto debido a que “La realidad es aprehensible, pero de manera imperfecta y sólo de forma probabilística” (p.167). Así, es adecuado dicho paradigma para el estudio puesto que existen factores psicológicos y ambientales que varían de acuerdo a las circunstancias en las que se encuentra el sujeto.

El nivel de la investigación es no experimental, no se manipularán variables, ni se intervendrá sobre ellas, Hernández, Fernández y Baptista (2010) indican que en este nivel “no se genera ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza”. Así, la investigación se limita a la recolección de información y análisis de variables de manera independiente, “las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas, no se tiene control directo sobre dichas variables ni se influye sobre ellas, porque ya sucedieron, al igual que sus efectos” (p.149). Este tipo de investigación es adecuada puesto que se sustenta en una observación del rendimiento cognitivo en adultos mayores sin intervención de variables artificiales que generan un cambio en los resultados obtenidos.

La modalidad es cuantitativa, la recolección de datos se traduce en resultados numéricos que permitirán ser analizados a posterior para cumplir con la pregunta del estudio, Bar (2010), señala que la modalidad cuantitativa presenta características como, asumir la regularidad de eventos o hechos, acentuar la explicación y predicción, y abogan por los resultados de los procesos. Por ello este enfoque facilita el desarrollo de respuestas para la pregunta del estudio con la medición de las variables.

Es de alcance descriptivo, se caracterizó los elementos a investigar, sobre el adulto mayor institucionalizado, no institucionalizado y rendimiento cognitivo, por medio de la recolecta de información y fundamentación teórica, Hernández, Fernández y Baptista (2010), especifican que este alcance de estudio “únicamente pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan estas” (p.80). Por lo que se

especificará características cuantitativas relevantes sobre las variables con la finalidad de entender el fenómeno.

2.2. Técnicas y Herramientas de investigación

2.2.1. Ficha Ad Hoc de Recolección Sociodemográfica

La siguiente ficha es una adaptación de la utilizada por Karina Urrutia (2019) en el estudio “Severidad del deterioro cognitivo de los adultos mayores que asisten a centros geriátricos de la ciudad de Ambato. Análisis en función a la edad y el sexo”, esto debido a las necesidades del estudio. Se busca recolectar información básica personal, para los adultos mayores institucionalizados hay una sección que infiere en el tiempo de permanencia en el asilo, razones de internamiento, mientras que, para los no institucionalizados, nombre del centro gerontológico ambulatorio si llegase a asistir a uno, en tanto, para ambos grupos se indaga en su ocupación actual, hábitos que infieren en la salud, niveles de satisfacción vital.

2.2.2. Mini Mental State Examination (MMSE)

Instrumento de evaluación cognoscitiva creado por Marshal Folstein, Susan Folstein y Paul McHugh publicado en 1975, aplicable para la población adulta mayor y adultos, sus autores lo definieron como un apoyo del examen clínico en el estado mental cognoscitivo que promete una medición breve y cuantitativa, utilizado para medir déficits cognoscitivos, evaluar la gravedad, seguir el curso de sus cambios y evaluar respuesta al tratamiento (citado en Lobo, Sanz y Marcos, 2002). Además, el instrumento generalmente se usa como prueba de tamizaje de enfermedades neuropsiquiátricas, evaluación de pacientes con diferentes tipos de demencia, delirium, retardo mental, depresión, esquizofrenia además para estudios clínicos como epidemiológicos o terapéuticos (Gonzales, Aguilar, Oporto, Aranda Vasquez & Von Bernhardi, 2009).

El MMSE con la finalidad de evaluar el estado mental del adulto mayor, utiliza 30 ítems que miden los procesos cognitivos repartidos de la siguiente forma (Tabla 2.1):

Tabla 2.1

Calificación mínima y máxima en dominios cognitivos de MMSE

<i>Dominio</i>	<i>Valor mínimo</i>	<i>Valor máximo</i>
Orientación temporal	0 puntos	5 puntos
Orientación espacial	0 puntos	5 puntos
Recuerdo Inmediato	0 puntos	3 puntos
Atención - Cálculo	0 puntos	5 puntos
Recuerdo Diferido	0 puntos	3 puntos
Lenguaje	0 puntos	8 puntos
Praxias	0 puntos	1 punto

Nota: *Elaboración Propia*

La puntuación total es de 30 puntos, y el punto de corte estándar es 24 a 23. Las interpretaciones varían según la puntuación obtenida, de la siguiente forma: 30-27=normal, 26-24=sospecha patológica, 23-18=deterioro cognitivo medio, 17-7=deterioro cognitivo moderado, 6- 0= demencia severa (Folstein, et al., 1975). Su tiempo aproximado de aplicación es de 10 a 15 minutos, en cuanto a su confiabilidad consistencia interna en la investigación posee un 0.74.8 en alfa de Cronbach, y el autor menciona que tiene una sensibilidad del 42% y especificidad de 93.3% (Ramírez, et al., 2011). Así, ofrece resultados en rendimiento de distintas áreas de dominio cognitivo, y una validez adecuada para la exploración del estudio.

La traducción al español del instrumento fue una adaptación de Lobo et al. en el año de 1979. Por parte de la normalización del instrumento se ha realizado en diversos países, se ha tomado en cuenta los puntos de corte de una adaptación dada en Buenos Aires Argentina, por parte de Butman (2010) y su equipo de trabajo, tomaron en cuenta aspectos relevantes dentro de la puntuación tales como edad y años de escolaridad, así, resultó en distintos puntos de corte en orden a lo ya mencionado (Tabla 2.2):

Tabla 2.2

Tabla de puntuaciones estratificadas por edad y nivel educacional MMSE

Educación	Edad:	<45años	46-55 años	58-65 años	66-75 años	>75 años
< 5 años	Media	n/a	n/a	27,5 (1,5)	26,6 (1,2)	26,7 (2,4)
	Pje de corte	n/a	n/a	24	24	22
5 a 7 años	Media	28,8 (1,0)	29,2 (0,6)	28,6 (1,1)	28,4 (1,2)	27,6 (1,8)
	Ptje de Corte	27	27	26	26	25
8 a 12 años	Media (DE)	29,1 (0,8)	29,2 (0,8)	28,8 (0,9)	28,8 (0,9)	28,1 (1,3)
	Ptje de corte	27	27	27	27	25
>12 años	Media (DE)	29,2 (0,7)	29,2 (0,8)	28,0 (0,9)	28,7 (0,9)	28,6 (0,9)
	Ptje de corte	27	27	27	27	26

Fuente: *Butman et al, 2001. El "Mini - Mental State Examination" en español. Normas para Buenos Aires, p.13*

2.2.3. Escala de la Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA)

Montreal Cognitive Assessment, se trata de un test de tamizaje de deterioro cognitivo leve y demencia, creado por Nasreddine, en el año 2005, con una sensibilidad estimada del 90%, Delgado, Araneda y Behrens (2019) mencionan que, “Existen numerosos estudios de contraste del MoCA con el MMSE, que demuestran su superioridad para la detección de DCL, lo que lo hace altamente confiable en validaciones internacionales” (p.378). El puntaje máximo es de 30 puntos, con un punto de corte de 25/26 para deterioro cognitivo leve y 17/18 para demencia, Rodríguez et al. (2014), establece los siguientes valores interpretativos: 30-26 sin deterioro; 25-18 deterioro leve; 17-10 deterioro moderado; menor a 9 deterioro grave. Mediante ítems repartidos, cierto número de puntuaciones por cada área evalúa 8 dominios cognitivos (Tabla 2.3).

Tabla 2.3

Puntaje mínimo y máximo de las áreas de dominio cognitivo MoCA

<i>Dominio Cognitivo</i>	<i>Puntaje Mínimo</i>	<i>Puntaje Máximo</i>
Función Visoespacial	0 puntos	2 puntos
Función Ejecutiva	0 puntos	3 puntos
Denominación	0 puntos	3 puntos
Atención	0 puntos	6 puntos
Lenguaje	0 puntos	3 puntos
Abstracción	0 puntos	2 puntos
Recuerdo Diferido	0 puntos	5 puntos
Orientación	0 puntos	6 puntos

Nota: *Elaboración Propia*

Su administración dura aproximadamente 10 minutos. La prueba requiere una considerable escolarización, no obstante,, el mismo creador menciona que si la persona tuviese menos de 12 años de escolaridad, se añade un punto, con la finalidad de equiparar valores. Dentro de la investigación se denotó una consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.695, por otra parte los autores señalan que posee una sensibilidad del 80% y especificidad del 75%. Por lo que esta prueba es adaptable para evaluar funciones cognitivas independiente del grado de escolaridad.

2.2.4. Escala de Actividades de la Vida Diaria de Barthel

Escala diseñada por Mahoney y Barthel en 1995 con el propósito de valorar el nivel de autonomía en actividades básicas de la vida diaria, con una puntuación tipo escalar en intervalos de 5 valora las actividades de comer, lavarse, vestirse, arreglarse, trasladarse del

sillón o silla de ruedas a la cama, subir y bajar escaleras, su puntuación máxima es de 100 puntos y su mínima de 0, con las interpretaciones de (Tabla 2.4):

Tabla 2.4

Interpretación de resultados en Índice de Barthel actividades de la vida diaria

<i>Puntaje</i>	<i>Interpretación</i>
100	Independencia
60-90	Dependencia Leve
40-55	Dependencia Moderada
25-35	Dependencia Grave
Menor de 20	Dependencia Total

Fuente: *Elaboración Propia*

Su aplicación es por medio de un cuidador (interobservador) o la misma persona (intraobservador), con respecto a su fiabilidad, “resultó con buena fiabilidad interobservador, índices de Kappa entre 0.47 y 1.00, y con respecto a la fiabilidad intraobservador se obtuvieron índices de Kappa entre 0.84 y 0.97” (Barreno, García & Ojeda, 2005, p.82). Mientras en la consistencia interna, posee un alfa de Cronbach de 0.89.3 para la investigación. Algunos autores mencionan que la escala es ideal para medir el grado de dependencia en la población adulta mayor, por lo cual, resulta idóneo utilizarlo en una correlación con el rendimiento cognitivo.

2.3.Población y Muestra

2.3.1. Población

El siguiente estudio se sustenta en la valoración de la población adulta mayor institucionalizada y no institucionalizada, que comprende la edad de 65 a 95 años. Esta población proviene de dos nichos: Por una parte, participantes que residen en el Hogar Sagrado Corazón de Jesús y San Joaquín Hogar de Ancianos, considerados como asilos. En segundo lugar, no institucionalizados ubicados en: Centros de Día del Adulto Mayor, clubs municipales o adultos mayores que viven con sus familias. Todos pertenecientes a la provincia de Tungurahua, y que, dentro del conglomerado zonal según los datos del INEC, pertenecen a los 42.105 adultos mayores, según el último censo nacional (INEC, 2010).

2.3.2. Muestra

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico por voluntariado para este muestreo Otzen y Manterola (2017), mencionan que “Permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador” (p.228). Se aplicaron criterios de inclusión y exclusión,

dentro de los de inclusión se consideró tanto hombres como mujeres mayores de 65 años de edad, sin impedimentos físicos que dificulten la evaluación psicométrica (ceguera, falta de audición, enfermedad de Parkinson o demencia), que se encuentren o no en condición de asilados, en tanto, los criterios de exclusión son personas que padecerían las dificultades o patologías mencionadas. Por lo cual, se obtuvo una muestra total de 111 adultos mayores, 51 casos de institucionalización y 60 casos sin institucionalización.

2.3.3. Caracterización de la muestra

Tal como se indicó anteriormente la muestra está constituida por 111 adultos mayores, de los cuales 51 se encuentran en condición de institucionalización y 60 no lo están. El primer grupo reside en el Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús y en San Joaquín Hogar de Ancianos; mientras que el segundo grupo está compuesto por participantes que sin ser residentes de un asilo asisten a centros ambulatorios o bien no lo hacen.

Los siguientes datos corresponden a las características sociodemográficas individuales de la muestra, dentro de las cuales se ha considerado datos informativos (edad, sexo, estado civil, entre otras), lugar de asilo/centro geriátrico, ocupación y actividades extras, antecedentes personales y niveles de satisfacción.

Los resultados se encuentran distribuidos de acuerdo a las variables ya establecidas con anterioridad, las de tipo cualitativas se presentan con la frecuencia (f) y la presentación porcentual (%), mientras que las cuantitativas (edad) se expresan a través de la media (M) y la desviación estándar (Ds). (Tabla 2.5)

Tabla 2.5
Análisis Sociodemográfico

Variables	Institucionalizados		No Institucionalizados	
	M	Ds	M	Ds
Edad	80,39	7,032	78,78	6,09
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Rango de edad				
Entre 65 a 74 años	11	21,6	12	20,0
Entre 75 a 85 años	22	43,1	39	65,0
Mayores de 85 años	18	35,3	9	15,0
Sexo				
Masculino	11	21,6	22	36,7
Femenino	40	78,4	38	63,3
Estado Civil				
Soltero	7	13,7	1	1,7
Casado	5	9,8	14	23,3
Divorciado	6	11,8	7	11,7
Separado	5	9,8	4	6,7
Viudo	28	54,9	34	56,7

Nota: Adultos mayores institucionalizados $n= 51$; Adultos mayores no institucionalizados $N= 60$

La edad de los adultos mayores institucionalizados se sitúa en una media de $M= 80,39$ años de edad con una desviación estándar $Ds = 7,032$; se subdividió ambos grupos en 3 subcategorías etarias, por lo que la mayor concentración muestral se encuentra entre 75 a 85 años, institucionalizados $43,1\%$; no institucionalizados 65% (Gráfico 1); con respecto al sexo la mayoría de participantes son mujeres, institucionalizados $78,4\%$ y no institucionalizados 63% (Gráfico 2). Por otro lado, en cuanto al estado civil se presentan 5 categorías donde en ambos grupos se observan frecuencias similares en viudez $54,9\%$ y $56,7\%$; divorcio $11,8\%$ y $11,7\%$; mientras que la menor concentración del segundo grupo se encuentra soltero $1,7\%$.

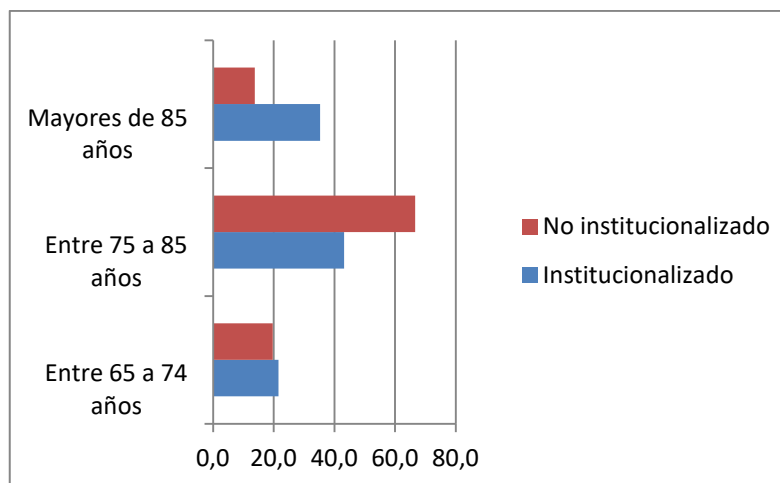


Gráfico 2.1. Representación Gráfica de grupos según el rango de edad

Como se aprecia, adultos mayores entre 75 y 85 años no institucionalizados forman gran parte de la muestra, posiblemente esto sea un reflejo de la sociedad, Papalia menciona que es común encontrar hogares multigeneracionales en la cultura hispana a diferencia la población blanca (2012), así mismo, Muñoz (2015) y su equipo de trabajo declaran que la institucionalización es una solución a problemas de personas con edad avanzada que no poseen soporte familiar y no se cuidan por sí mismos, recalca que serian el último recurso, por ser un factor que reduce la autonomía. También, será indicativo de una buena calidad de vida, que promueve mantener autonomía e independencia.

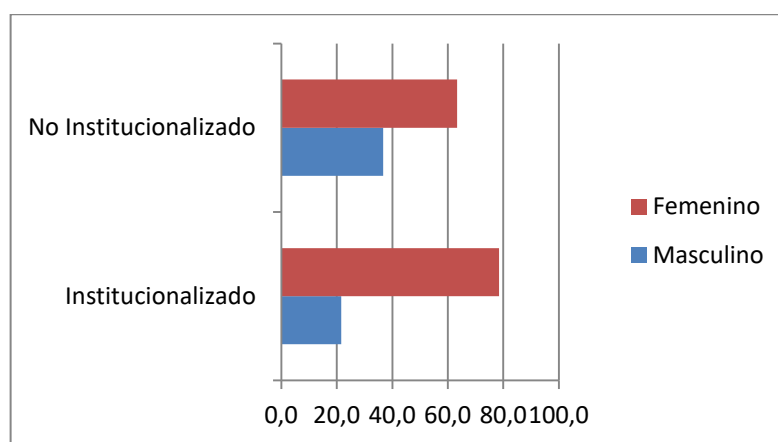


Gráfico 2.2 Representación Gráfica de grupos según el género

El género femenino predomina en ambos grupos, los factores son diversos, En el último censo a la población el INEC determinó que la esperanza de vida promedio para el sexo femenino es de 78 años y masculino 72 años, por lo que se denota la superioridad numérica en femenina en la población, en cuanto a la mayor prevalencia de institucionalización del mismo género se debe al nivel de dependencia. En un estudio comparativo sobre salud en adultos mayores menores de 70 años, Gallardo determinó que en cuanto nivel de dependencia no se encontró estadísticas significativas entre hombres y mujeres, pero resalta estudios que confirman lo contrario, a nivel internacional donde la mujer es más propensa a la dependencia, por lo que constituye un factor para la institucionalización.

Dentro de la Ficha Socio demográfica se propinó un apartado exclusivo para los participantes en condición de institucionalización, donde se analiza variables tales como Nombre de Asilo, Tiempo de Asilo y Razón de internamiento a Asilo, por ende, la

siguiente tabla presenta únicamente datos de esta muestra (Tabla 2.6).

Tabla 2.6

Distribución de Grupos en función de asilamiento

<i>Variables</i>	<i>Institucionalizados</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Nombre de Asilo</i>		
Hogar Sagrado Corazón de Jesús	20	39,2
San Joaquín Hogar de ancianos	31	60,8
<i>Tiempo de Asilo</i>		
Menos de un año	24	47,1
Más de 2 años	16	31,4
Entre 3 y 5 Años	7	13,7
Más de 5 años	4	7,8
<i>Razón de internamiento a Asilo</i>		
Decisión Propia	9	17,6
Decisión de Familiares	33	64,7
Comodidad	1	2,0
Mejor Atención	8	15,7

Nota: *Adultos mayores institucionalizados n= 51; Adultos mayores no institucionalizados n= 60*

El 60% de los participantes provienen de San Joaquín Hogar de Ancianos, en cuanto al tiempo de asilo el 47,1% se encuentra menos de un año y solo el 7,8 por más de 5 años, a su vez la decisión de familiares es la principal razón de internamiento en los participantes, Toribio (2018) remarca que la estancia en instituciones son justificadas por la necesidad de atención prolongada que este necesita, la perspectiva social de la familia nuclear no incluye al adulto mayor por lo que familiares tienden a tomar la decisión sin consultar con la persona, lo que lo obliga a desarraigarse de su entorno.

- **Variables sociodemográficas relacionadas con el rendimiento cognitivo**

En esta sección se describen las variables sociodemográficas asociadas en el rendimiento cognitivo de los participantes, por lo que este apartado incluye las variables de escolaridad, actividad ocupacional, hábitos que influyen en la salud y nivel de satisfacción del entorno. En base al análisis comparativo entre institucionalizados y no institucionalizados, los resultados de las variables cualitativas se explican por la frecuencia (*f*) y la representación porcentual (%), de acuerdo a los grupos establecidos (Tabla 2.7)

Tabla 2.7

Distribución de grupos en función de nivel de escolaridad y ocupación

Variable	Institucionalizados		No Institucionalizados	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Grado de Escolaridad				
Ninguno	8	15,7	0	0,0
Primaria	29	56,9	36	60,0
Secundaria	14	27,5	12	20,0
Tercer Nivel	0	0,0	10	16,7
Cuarto Nivel	0	0,0	2	3,3
Ocupación				
Jubilado	17	33,3	29	48,3
Trabajo Independiente	0	0,0	9	15,0
Oficio	0	0,0	1	1,7
Ninguno	34	66,7	21	35,0

Nota: Adultos mayores institucionalizados n= 51; Adultos mayores no institucionalizados n= 60

Por el grado de escolaridad, el grupo institucionalizado se presenta en las categorías de ninguno, primaria, secundaria, con una mayor concentración en primaria 56% (Grafico 3), el segundo grupo realizó sus estudios hasta primaria en 60% , en cuanto a la ocupación el primer grupo debido a su condición de institucionalización no realiza actividad laboral 66,7% ; por otro lado, el 48,3% son jubilados en los no institucionalizados , mientras que el 15% se presenta activo en un trabajo independiente.

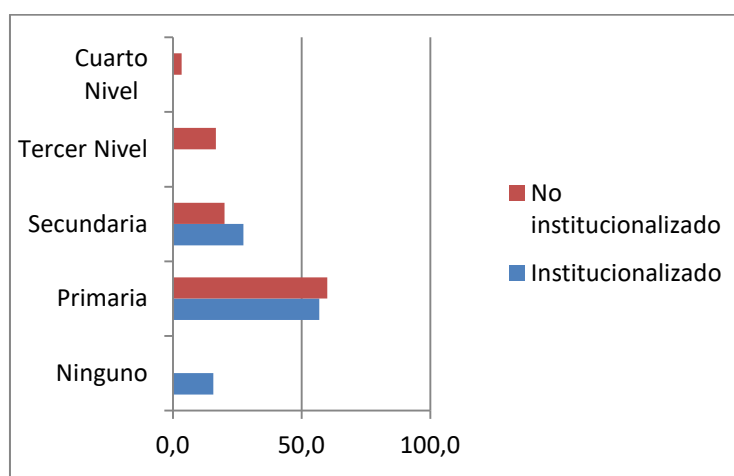


Gráfico 2.3 Representación Gráfica de grupos según el nivel de estudio

Estas variables son relevantes en el estudio pues son indicativos del grado de educación y estimulación cognitiva que han tenido los participantes, Sánchez indica que los factores como la educación, la ocupación laboral y la ocupación se ven asociados con la tasa de

progresión de los déficits cognitivos en la vejez, además recalca una relación inversa entre grado de escolaridad y deterioro cognitivo (2010) (Tabla 2.8).

Tabla 2.8

Distribución de grupos en función de hábitos asociados a la salud

<i>Variables</i>	<i>Institucionalizados</i>		<i>No Institucionalizados</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Actividades de Ocio				
Si	20	39,2	31	51,7
No	31	60,8	29	48,3
Lectura				
Nunca	22	43,1	10	16,7
Ocasionalmente	15	29,4	20	33,3
Con Frecuencia	10	19,6	14	23,3
Siempre	4	7,8	16	26,7
Practica Deporte				
nunca	51	100,0	50	83,3
ocasionalmente	0	0,0	9	15,0
con frecuencia	0	0,0	1	1,7
Fuma Tabaco				
Si	0	0	4	6,7
No	30	100	56	93,3
Consume Alcohol				
Si	0	0	10	16,7
No	51	100	50	83,3
Horas de Sueño				
Más de 6 Horas Diarias	45	88,2	60	100,0
Menos de 6 Horas Diarias	6	11,8	0	0,0
Alimentación Saludable				
Si	51	100	50	98,0
No	0	0	1	2,0

Nota: *Adultos mayores institucionalizados n= 51; Adultos mayores no institucionalizados n= 60*

En cuanto a hábitos relacionadas a la salud en el primer grupo se encontró que en cuanto actividades de ocio alrededor del 60,8% no las realiza, en relación el 43% nunca lee y el 100% no realiza actividad deportiva, por parte del segundo grupo se presenta un porcentaje equiparable entre quienes realizan actividades de ocio y quien no, como resultado de esto notamos porcentajes similares en cuanto al hábito de lectura, mientras que en deporte un porcentaje mínimo lo realiza con frecuencia 1,7% y ocasionalmente 15%. Autores como Rey, Canales y Taboa, señalan que la actividad física además de atenuar el declive físico está asociado a la salud mental, prevención de depresión, funcionamiento cognitivo y estado anímico (2010). Por ende, existiría relación entre el rendimiento cognitivo y

actividad física. En cuanto a hábitos de consumo los institucionalizados presentan un 100% en contraste con el segundo grupo que en una cantidad menor al 20% lo realiza, si consume tabaco 6,7%; si consume alcohol 16,7%. Por el sueño, ambos grupos en gran parte duermen más de 6 horas (Tabla 2.9).

Tabla 2.9

Distribución de grupos en función de niveles de satisfacción con el entorno

<i>Variables</i>	<i>Institucionalizados</i>		<i>No Institucionalizados</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Satisfacción con la Salud				
Satisfecho	39	76,5	51	100,0
Insatisfecho	12	23,5	0	0,0
Satisfacción con la Sociedad				
Satisfecho	40	78,4	59	98,3
Insatisfecho	11	21,6	1	1,7
Satisfacción con los Familiares				
Satisfecho	39	76,5	60	100,0
Insatisfecho	12	23,5	0	0,0
Satisfacción con la Economía				
Satisfecho	41	80,4	56	93,3
Insatisfecho	10	19,6	4	6,7

Nota: *Adultos mayores institucionalizados n= 51; Adultos mayores no institucionalizados n= 60*

En grado de satisfacción el grupo de los no institucionalizados muestra una tendencia positiva, en los 4 ámbitos existe una cantidad mayor al 90% de satisfacción mientras que el grupo de institucionalizados en la insatisfacción con la salud, así como con los familiares se observa un 23,5%.

2.4.Procedimiento metodológico

La investigación se llevó a cabo a partir de la revisión bibliográfica y recolección de información de distintas fuentes académicas, artículos científicos, libros, revistas indexadas con la finalidad de adquirir fundamentos y desarrollar argumentos teóricos sobre las variables de perfil cognitivo en el adulto mayor e institucionalización. Seguidamente se procede a seleccionar los instrumentos de evaluación adecuados para la medición de las variables estudiadas, dentro de la población de adultos mayores de edad comprendida entre 65-95 años sin impedimento cognitivo o físico significativo que le impida desarrollar la evaluación.

Para instaurar los lugares de trabajo se tomó en cuenta la población y lugares estratégicos

para buscar apertura, así se seleccionaron, el asilo “Hogar Sagrado Corazón de Jesús” y “San Joaquín – Hogar de ancianos”, “Centro de día para el Adulto Mayor – Vida a los Años”, “Club de Adultos Mayores Santa Rosa”, en cada institución se hizo un primer acercamiento a sus autoridades y posterior a ello se tramitó oficios pertinentes para contar con su apertura, cabe destacar que a su vez se sumaron a la investigación adultos mayores no pertenecientes a una organización ni en condición de institucionalización, que cumplieran con las características ya expuestas.

Posteriormente se dio la presentación y socialización del estudio con el grupo seleccionado, quienes decidían participar de manera voluntaria, para aplicar la evaluación en un lugar proporcionado por la institución que cumpla con las normas adecuadas para la evaluación. Se procedió a presentar la carta de consentimiento informado para garantizar la autorización de participantes, seguido se dio una entrevista para recoger los datos de la ficha sociodemográfica y continuar con los test: “MMSE”, “MOCA”, y “Escala de Barthel de las Actividades de la Vida Diaria” para medir los dominios cognitivos y nivel de dependencia del adulto mayor.

Tras la calificación de los test, se realizó el traspaso de puntuaciones a matrices de los programas, Excel y SPSS versión 25 para tabular dato, realizar gráficos, análisis e interpretación de resultados. La discusión de resultados se generó en base a la revisión teórica de las variables de estudio. Por lo que se expone posibles razones del rendimiento cognitivo en base estadística y teoría con la finalidad de responder la pregunta científica y a futura direccionar otros estudios similares. Para terminar, se realizan las conclusiones y recomendaciones de los objetivos planteados.

CAPITULO III. RESULTADOS

3.1. Análisis de Montreal Cognitive Assesment (MoCA) respecto a condición de institucionalización.

Los resultados de los ocho dominios dentro de MoCA se expresan en medidas de media (*M*) y desviación estándar (*Ds*), estadígrafo U de Mann Withney (*U*) y grado de significación (*Dif*) dividida en dos grupos, adultos mayores institucionalizados y adultos mayores no institucionalizados.

Tabla 3.1

Análisis de dominios cognitivos de MoCA en función de institucionalización

Subdominio	Institucionalizados		No Institucionalizados		U	Dif
	M	Ds	M	Ds		
Visoespacial	0,94	0,645	1,53	0,650	-4,549	0,000
Funciones Ejecutivas	0,80	0,800	1,73	0,860	-5,113	0,000
Denominación	2,69	0,678	2,85	0,360	-1,247	0,212
Atención	3,90	1,389	4,63	1,248	-2,764	0,006
Lenguaje	1,96	1,019	1,88	1,059	-0,353	0,724
Abstracción	1,31	0,648	1,08	0,645	-1,879	0,060
Recuerdo Diferido	1,12	2,586	1,88	2,076	-1,591	0,112
Orientación	3,45	2,033	4,50	1,621	-2,789	0,005

Nota: Adultos mayores institucionalizados $n=51$; Adultos mayores no institucionalizados $n= 60$

En este sentido el rendimiento cognitivo en ciertos subdominios es diferente en cada grupo. Al tomar en cuenta el resultado U de la significancia negativa, señala que hay una relación inversamente proporcional entre ambas variables, esto se traduce en que mientras el adulto mayor este más tiempo institucionalizado, su rendimiento cognitivo será menor, en tanto, que, si disfruta de cierto grado de autonomía que le permita ser funcional (no institucionalizado) su rendimiento cognitivo será mejor. Estos resultados se relacionan con un estudio llevado a cabo en un asilo de España por Vallejo y Rodríguez (2010), donde la prevalencia de deterioro cognitivo era considerable y con el estudio de Castro y Salazar (2014), donde se midió el rendimiento cognitivo de adultos mayores que asisten a grupos, en donde los resultados fueron esperables a nivel global.

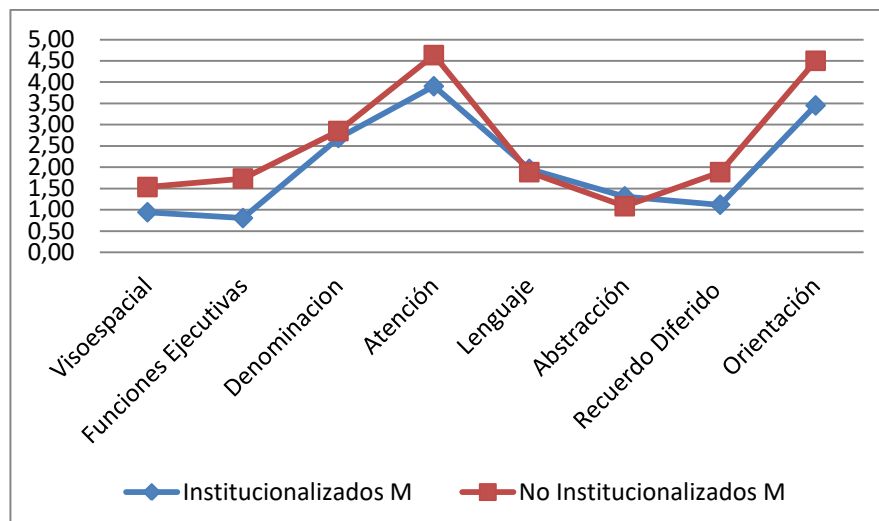


Gráfico 3.1. Análisis de dominios cognitivos MoCA en función de institucionalización

En el anterior gráfico se denota las medias similares en denominación, lenguaje y abstracción, esto se explica mediante autores como Vallejo-Ruiloba (2011) y Custodio (2012), quienes señalan que los procesos cognitivos que impliquen tareas como denominar, definir o corregir frases sintácticas son procesos que no se afectan de manera significativa por el proceso de vejez, pero también, recalcan que los procesos que requieren mayor esfuerzo decaen. En cuanto a las diferencias en los dominios de funciones ejecutivas, atención y recuerdo diferido, Mora (2004) menciona que el padecimiento de deterioro se influenciaría por la institucionalización geriátrica, al disminuir el nivel de autonomía y aumentar la dependencia funcional, aislamiento y sedentarismo; en contra parte añade que los adultos mayores que conviven con su familia se ven más participativos en tareas de la vida cotidiana, por lo que se refleja su independencia funcional y tienen menos riesgo de padecer un deterioro profundo.

- **Distribución de grupos en función de rendimiento cognitivo general respecto a condición de institucionalización MoCA**

El estado cognitivo de los participantes de ambos grupos se representa según su distribución en frecuencias y porcentajes respectivos, en las categorías diagnósticas correspondientes a: sin deterioro, deterioro leve, deterioro moderado y deterioro grave (Tabla 3.2).

Tabla 3.2

Distribución de grupos en función de rendimiento cognitivo general MoCA

Variable	Institucionalizado		No Institucionalizado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Deterioro Grave	5	9,8	0,0	0,0
Deterioro Moderado	27	52,9	25	41,7
Deterioro Leve	15	29,4	24	40,0
Sin Deterioro	4	7,8	11	18,3

Nota: Adultos mayores institucionalizados n= 51; Adultos mayores no institucionalizados n= 60

En cuanto al rendimiento cognitivo, se aprecia una mayor concentración en el Deterioro Moderado dentro de ambos grupos. Dentro de las interpretaciones de leve y moderado, en ambos grupos existe un número similar, por lo que el deterioro posiblemente no dependa de la condición de institucionalización y se vea asociado a otros factores como la edad, antecedentes genéticos etc.

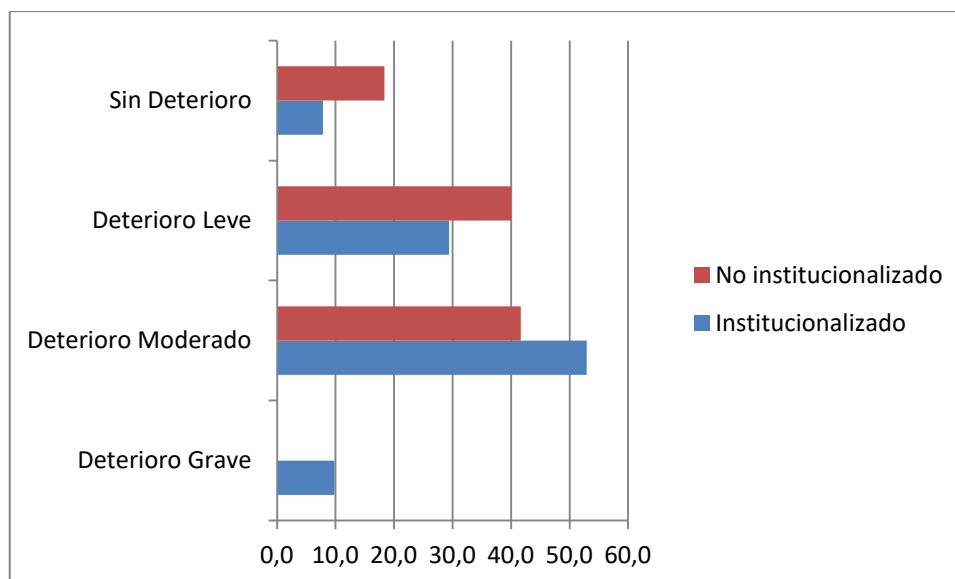


Gráfico 3.2. Representación Gráfica de grupos según el nivel de rendimiento cognitivo MoCA

En una investigación realizada por el equipo de trabajo de Camargo (2017), sobre el deterioro cognitivo en adultos mayores institucionalizados, la mayor concentración se encontró en deterioro grave 41,7%, sin embargo, cabe destacar que mayor parte de esta población era analfabeta en contraste con la población donde predomina la instrucción primaria, por lo que se constata lo que menciona García (2015), sobre la reserva cognitiva, la educación, ocupación laboral y actividades cognitivas son factores que la potencian. Por esta misma razón los participantes del segundo grupo de entre los cuales se ven más inmersos en actividades que se presentan en la vida diaria serían favorecidos.

3.2. Análisis de Minimental State Examination (MMSE) respecto a condición de institucionalización

Los resultados de los ocho dominios dentro de MMSE se expresan en medidas de media (M) y desviación estándar (Ds), estadígrafo U de Mann Withney (U) y grado de significación (Dif), divididos en dos grupos, adultos mayores institucionalizados y adultos mayores no institucionalizados (Tabla 3.3).

Tabla 3.3
Análisis de dominios cognitivos de MMSE en función de condición de institucionalización

Subdominio	Institucionalizados		No Institucionalizados		U	Dif
	M	Ds	M	Ds		
Orientación Temporal	2,65	1,659	3,57	1,466	-2,948	0,003
Orientación Espacial	3,33	1,583	4,20	1,054	-3,099	0,002
Recuerdo Inmediato	2,61	0,850	3,00	0,000	-3,575	0,000
Atención-Cálculo	2,10	1,879	3,43	1,320	-3,873	0,000
Recuerdo Diferido	1,25	1,214	1,20	1,299	-0,508	0,612
Lenguaje	6,78	0,832	7,50	0,676	-4,563	0,000
Praxias	0,35	0,483	0,65	0,481	-3,106	0,002

Nota: Adultos mayores institucionalizados $n= 51$; Adultos mayores no institucionalizados $n= 60$

Con respecto a las diferencias estadísticamente significativas $p < 0,05$ las áreas de orientación temporal, espacial, recuerdo inmediato, atención-cálculo, lenguaje y praxias las presentan, en tanto, no se hallaron diferencias en el recuerdo diferido $0,612$ $p < 0,05$. Sumado a ello el estadístico U al igual que en el anterior instrumento fue negativo, se nota la relación inversa entre institucionalización y rendimiento cognitivo.

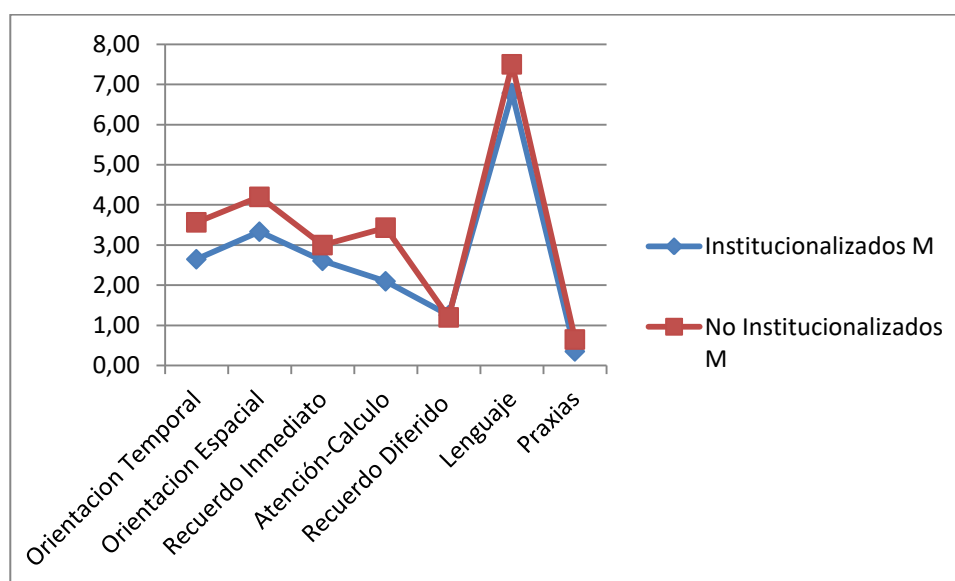


Gráfico 3.3. Análisis de dominios cognitivos MMSE en función de institucionalización

Dentro de los subdominios que evalúa este instrumento se observa un mejor desempeño en el segundo grupo en el área de orientación, atención-cálculo, mientras que las áreas de recuerdo inmediato, recuerdo diferido lenguaje y praxias no existen diferencias tan marcadas para ambos grupos. Urrutia (2019), señala que la falta de reforzadores ambientales como de actividades ocupacionales afectarían el reconocimiento de fechas, esto sería una razón para asociar la orientación con la institucionalización, puesto que se nota una clara diferencia entre actividades y estimulación cognitiva entre el adulto mayor asilado y no asilado. En cuanto a la atención si bien el segundo grupo se muestra con mejor desempeño, no quita que ambos grupos se vea un declive, se constata lo que menciona García et al. (2015), sobre la alteración de este proceso con dificultades de su control y lentificación de velocidad de procesamiento.

- **Distribución de grupos en función de rendimiento cognitivo general con respecto a institucionalización MMSE**

El estado cognitivo de los participantes de ambos grupos se representa según su distribución en frecuencias y porcentajes respectivos, en las categorías diagnósticas correspondientes a: normal, sospecha patológica, deterioro cognitivo medio, deterioro cognitivo moderado y deterioro cognitivo grave (Tabla 3.4).

Tabla 3.4

Distribución de grupos en función de rendimiento cognitivo MMSE

<i>Variable</i>	<i>Institucionalizado</i>		<i>No Institucionalizado</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Deterioro Cognitivo Grave	0	0,0	0	0,0
Deterioro Cognitivo Moderado	21	41,2	9	15,0
Deterioro Cognitivo Medio	20	39,2	15	25,0
Sospecha Patológica	6	11,8	17	28,3
Normal	4	7,8	19	31,7

Nota: Adultos mayores institucionalizados $n= 51$; Adultos mayores no institucionalizados $n= 60$

Los resultados de este reactivo presentan un porcentaje significativo del primer grupo en el área de Moderado y Medio en tanto, el segundo grupo la mayor parte se encuentra en Sospecha Patológica y Normal, de igual forma que en los resultados de MoCA, hay un incremento y decremento inversamente proporcional entre los dos grupos. Como se explicó uno de los posibles factores es la reserva cognitiva que aparentemente es mayor en adultos mayores que se ven enfrentados a constante estimulación debido a las actividades de la vida diaria.

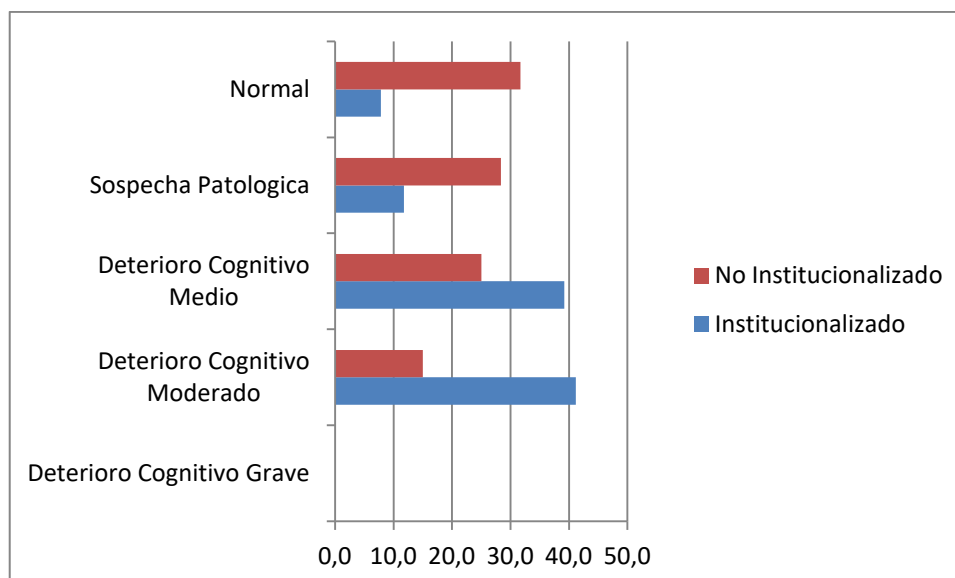


Gráfico 3.4. Representación Gráfica de grupos según el nivel de rendimiento cognitivo MMSE

Se encontraron resultados similares en adultos institucionalizados de Perú, Varela (2004), constató que el 50% de la institución padecía de algún tipo de deterioro y alrededor del 22% de gravedad moderada y severa, no obstante, se desconoce el tiempo que los participantes llevaban en la institución, al ser el deterioro una patología progresiva se especula que aumentará conforme el tiempo y nivel de dependencia funcional que tiende a presentarse en gran parte de los casos; en tanto, los adultos no institucionalizados también, tendrían deterioro si las condiciones de vida no favorecen para mantener el nivel de autonomía, no obstante, el grado de dependencia funcional que padecen suele ser ligero o nulo, lo que permite que estos realicen actividades estimulantes sin necesidad de terceros.

3.3. Análisis Índice de Barthel Actividades Básicas de la Vida Diaria respecto a condición de institucionalización

Este instrumento evalúa niveles de independencia funcional a través de actividades de la vida diaria, dentro del análisis de este instrumento se toman en cuenta las interpretaciones generales representadas por frecuencias y porcentaje, en relación a adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados (Tabla 3.5).

Tabla 3.5
Nivel de dependencia en función de condición de institucionalización

Variable	Institucionalizado		No Institucionalizado	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Dependencia Total	3	5,9	0	0,0
Dependencia Grave	7	13,7	0	0,0
Dependencia Moderada	8	15,7	0	0,0
Dependencia Leve	32	62,7	23	38,3
Independencia	1	2,0	37	61,7

Nota: Adultos mayores institucionalizados $n= 51$; Adultos mayores no institucionalizados $n= 60$

Basado en las puntuaciones obtenidas en el instrumento, los resultados se muestran en el primer grupo, mayor concentración de dependencia leve en tanto, el segundo grupo el 61,7% está en independencia, cabe destacar que existen diversos factores para estos resultados, de los cuales el más relevante serían las dificultades físicas que presentan los adultos mayores institucionalizados, puesto que como Bazo (1990), señaló una de las razones comunes por las cuales se opta por el asilamiento es debido a la necesidad de ayuda física, o falta de voluntad de los familiares para brindarla. Así en conjunto, el segundo grupo no muestra dependencia moderada grave o total, por lo que no se han visto en necesidad de asistir a un hogar de ancianos. En un estudio llevado a cabo por Herazo (2017), sobre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados resalta en el segundo grupo un mejor desempeño físico para su edad. Así, esto sería signo de mejor funcionalidad en la persona para mantener su autonomía.

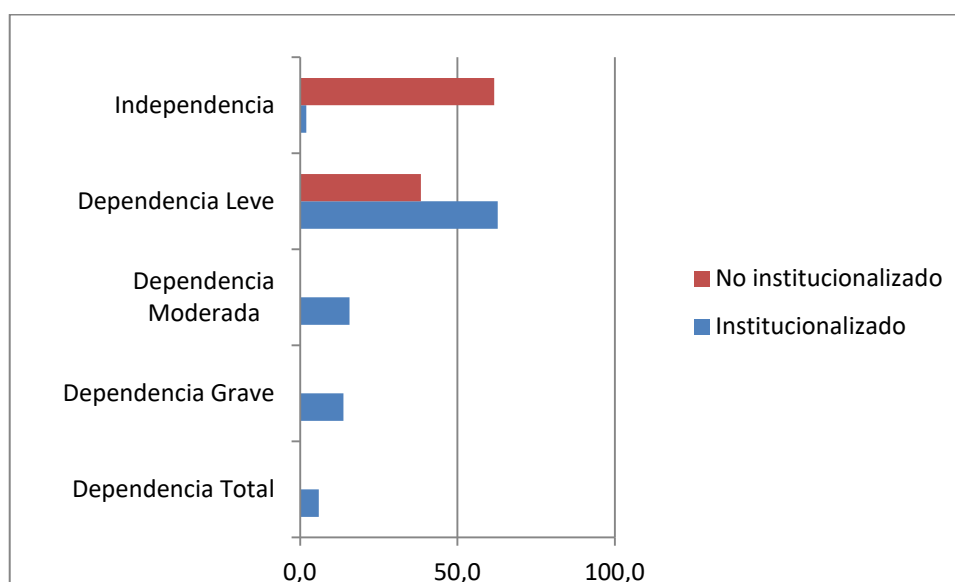


Gráfico 3.5. Representación Gráfica de grupos Índice de Barthel según condición de institucionalización

Existe mayor independencia en el grupo no institucionalizado en contraste con el otro grupo, las razones son diversas, los asilos de ancianos son hogares de quietud donde la

persona es tiende a disminuir su actividad física y cognitiva lo que se asocia a su salud, Muñoz (2015), y su equipo de investigación determinaron que el reposo prolongado genera efectos negativos en la salud del adulto mayor y la intensidad de estos efectos es proporcional al tiempo lo que genera complicaciones en la esfera cognitiva, física y psicosocial. Así, como se mencionó en párrafos anteriores, la dependencia funcional que presentan los institucionalizados se asociaría a la tendencia a disminuir el rendimiento cognitivo mientras que la independencia funcional influenciaría en mantener el estado cognitivo ante más actividades autónomas que el individuo realice.

3.4. Análisis de Montreal Cognitive Assesment (MoCA) respecto al Género.

Los resultados de los ocho dominios dentro de MoCA se expresan en medidas de media (M) y desviación estándar (Ds), estadígrafo U de Mann Withney (U) y grado de significación (Dif) divididos en dos grupos, adultos mayores del género masculino y femenino.

Tabla 3.6

Análisis de dominios cognitivos de MoCA en función del género

Subdominio	Masculino		Femenino		U	Dif
	M	Ds	M	Ds		
Visoespacial	1,64	0,653	1,10	0,676	-3,876	0,000
Funciones Ejecutivas	1,57	0,830	1,19	0,981	-1,991	0,046
Denominación	2,82	0,465	2,76	0,563	-0,627	0,531
Atención	4,55	1,348	4,19	1,359	-1,198	0,231
Lenguaje	2,15	1,064	1,82	1,016	-1,720	0,085
Abstracción	1,12	0,545	1,22	0,696	-0,884	0,377
Recuerdo Diferido	1,97	2,008	1,35	1,843	-1,459	0,144
Orientación	4,58	1,871	3,78	1,856	-2,311	0,021

Nota: Masculino $n= 33$; Femenino $n= 78$

El rendimiento cognitivo en ciertos subdominios es diferente en cada grupo, donde el género masculino muestra un mejor resultado, no obstante, no existen diferencias significativas en las áreas de denominación, atención lenguaje, abstracción, y recuerdo diferido $p<0,05$.; en tanto, las funciones visoespaciales ($p= ,000$), ejecutivas ($p= ,046$) y orientación ($p= ,021$) muestran una diferencia significativa $p<0,05$. Al tomar en cuenta el resultado U negativo, señala que hay una relación inversamente proporcional entre ambas variables. La no significancia de estos resultados se asociarían ante distintos factores, el principal sería el número de participantes de ambos géneros, dentro del estudio se observó una predominancia numérica de adultos mayores mujeres tanto en asilos como en viviendas propias, una razón plausible sería que las mujeres tienen mayor esperanza de

vida que los hombres, Bernales (2015), señala que las mujeres tienden a vivir 6 a 7 años más que los hombres debido al rol que cumple cada género.

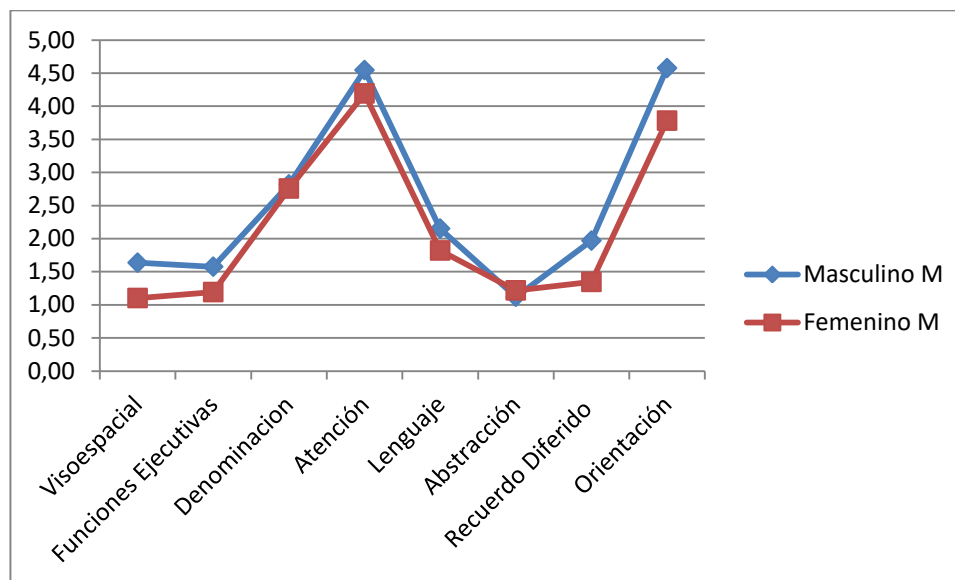


Gráfico 3.6. Análisis de dominios cognitivos MoCA en función del género

Se observa como el rendimiento cognitivo en el género masculino y femenino varía en menor manera en los subdominios, el primer grupo obtiene mejores puntuaciones en contraste al otro en el área visoespacial, funciones ejecutivas, atención, lenguaje y recuerdo diferido, mientras que las mujeres tienen una puntuación levemente alta en abstracción. Cabe resaltar que el área visoespacial, funciones ejecutivas y orientación muestran diferencias significativas; Echavarrí (2017), subraya estudios recientes donde explica que las mujeres tienden a tener un mejor rendimiento en resolución de test verbales mientras los hombres mostraban mejor dominancia en tareas visoespaciales. Además, otro estudio realizado por Ríos (2017), expone una ligera puntuación alta en funciones ejecutivas en hombres sobre mujeres y en cuanto a atención no se encontraron diferencias. Estos datos son ligeramente similares al estudio de Urrutia (2019), donde no se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre dominios, pero resalta la posibilidad de factores ambientales y culturales que posiblemente influyeron en los resultados.

- **Distribución de grupos en función de rendimiento cognitivo general MoCA respecto al género**

El estado cognitivo de los participantes de ambos grupos se representa según su distribución en frecuencias y porcentajes respectivos, en las categorías diagnósticas correspondientes a: sin deterioro, deterioro leve, deterioro moderado y deterioro grave

(Tabla 3.7).

Tabla 3.7

Distribución de grupos en función de rendimiento cognitivo general MoCA según el genero

Variable	Masculino		Femenino	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Deterioro Grave	1	3,0	4	5,1
Deterioro Moderado	11	33,3	41	52,6
Deterioro Leve	14	42,4	25	32,1
Sin Deterioro	7	21,2	8	10,3

Nota: Masculino n= 33; Femenino n= 78

En cuanto al rendimiento cognitivo, el primer grupo muestra un 3% en deterioro grave y el segundo 5,1% se aprecia una mayor concentración en el Deterioro Moderado en mujeres con el 52,6%, los hombres por su parte muestran un 33,3%; además para este mismo grupo existe mayor concentración en deterioro leve 42,4% las mujeres por su parte 32,1% y con respecto a sin deterioro los hombres presentan 21,2% y mujeres 10,3%.

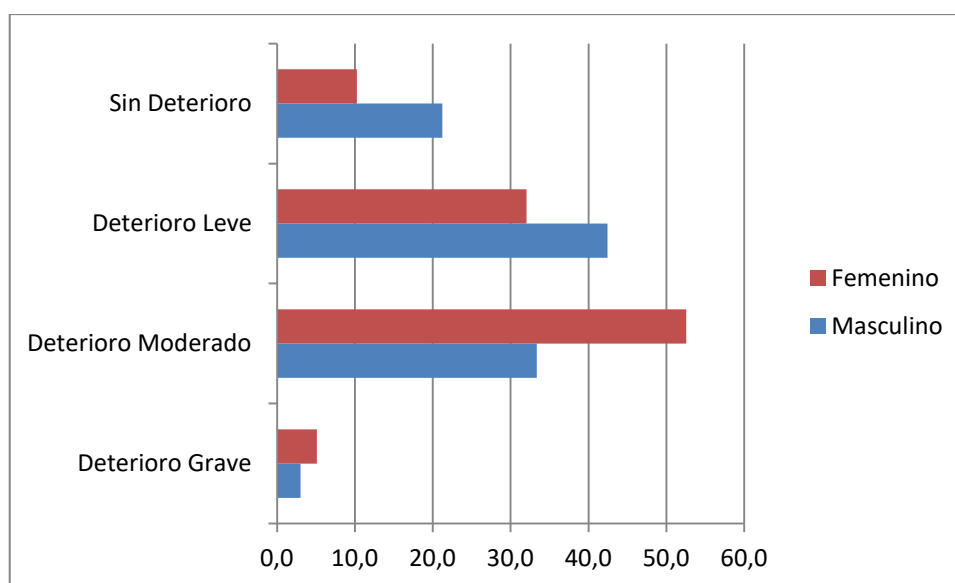


Gráfico 3.7. Representación Gráfica de grupos por género según el nivel de deterioro cognitivo MoCA

En el gráfico anterior, se observa como el mayor porcentaje de deterioro cognitivo prevalece en el género femenino y a su vez en un grado más alto en comparación al masculino. Estos datos se confirman con los del estudio de Urrutia (2019), Donde la prevalencia de deterioro estaba en el género femenino, no obstante,, difiere en cuanto a grado. Donde resultó que las mujeres presentaban un deterioro menos severo que los hombres, lo que infiere en que si bien el deterioro prevalece en mujeres, los hombres tienen a padecer un desarrollo más acelerado. Al contrario, en un estudio realizado por

Petersen (2010), y su equipo de trabajo concluyeron que los hombres muestran 1,5 veces el deterioro cognitivo leve en comparación con las mujeres, en mismo estudio especulan que la transición del género femenino de la cognición normal a la demencia sucede en una edad más tardía. Esto explica los resultados puesto que gran parte de los participantes femeninos se concentra en una edad entre 75 y 85 años, mientras que los participantes masculinos están distribuidos entre 60 a 85 años sin mayoría significativa.

3.5. Análisis de Minimental State Examination (MMSE) respecto al género

Los resultados de los dominios se expresan en medidas de media (*M*) desviación estándar (*Ds*), estadígrafo U de Mann withney (*U*) y grado de significación (*Dif*), divididos en dos grupos, adultos mayores del género masculino y adultos mayores del género femenino (Tabla 3.8).

Tabla 3.8

Análisis de dominios cognitivos de MMSE en función de género

<i>Subdominio</i>	<i>Masculino</i>		<i>Femenino</i>		<i>U</i>	<i>Dif</i>
	<i>M</i>	<i>Ds</i>	<i>M</i>	<i>Ds</i>		
Orientación Temporal	3,73	1,526	2,90	1,600	-2,605	0,009
Orientación Espacial	4,36	0,994	3,56	1,465	-2,874	0,004
Recuerdo Inmediato	3,00	0,000	2,74	0,711	-2,144	0,032
Atención-Cálculo	3,58	1,542	2,50	1,711	-2,968	0,003
Recuerdo Diferido	1,55	1,394	1,09	1,175	-1,627	0,104
Lenguaje	7,42	0,751	7,06	0,843	-2,132	0,033
Praxias	0,85	0,364	0,37	0,486	-4,572	0,000

Nota: *Masculino n= 33; Femenino n= 78*

Dentro de los resultados obtenidos se observa diferencias significativas en el área de orientación temporal, espacial, atención-cálculo, lenguaje y praxias, en tanto, el recuerdo inmediato, recuerdo diferido, no se observan diferencias significativas. Sumado a ello el estadístico *U* resultó negativo lo que resalta la relación inversamente proporcional entre variables.

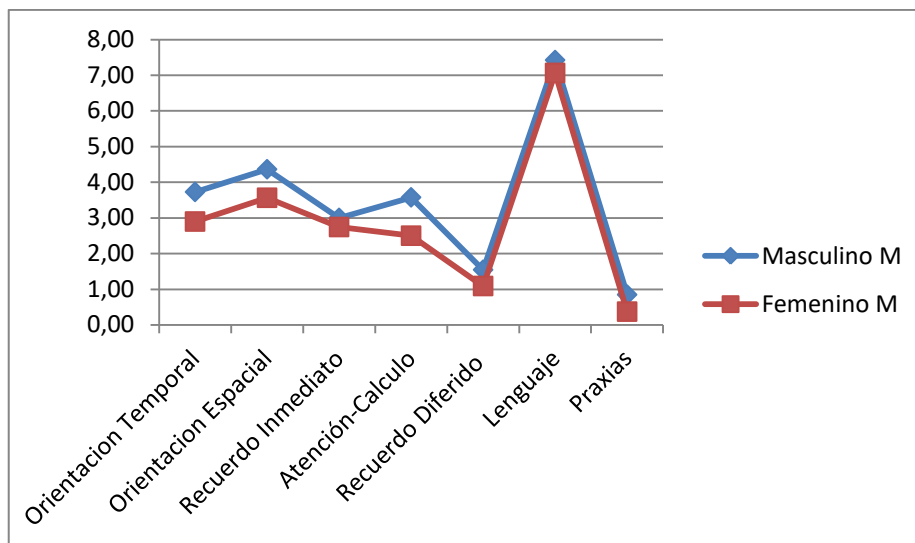


Gráfico 3.8. Análisis de dominios cognitivos MMSE en función de género

Dentro de los resultados por el instrumento se observa una superioridad marcada en el género masculino en las áreas de orientación temporal, espacial, atención- cálculo; mientras que no la hay en recuerdo inmediato, recuerdo diferido, lenguaje y praxias, Correia (2010), resalta ciertas diferencias en cuanto al rendimiento cognitivo con respecto al sexo, donde los hombres muestran una mejor desempeño en tareas visuales y espaciales mientras las mujeres mejor ejecución en tareas verbales, hay que tomar en cuenta que la prevalencia del deterioro está en el sexo femenino, por lo que, las puntuaciones obtenidas en cada subdominio son acordes a la interpretación general. Una posible explicación para este resultado es la asociación al rol de género en la cultura que predominaba en aquellas épocas, donde el hombre aparentemente tenía más privilegios que la mujer, desde la apertura a estudios académicos (uno de los factores que influenciarían en el rendimiento cognitivo), puesto que cumplían con el rol de proveedor de hogar, en tanto, las mujeres no tenían la misma apertura para el estudio, esta sería una de las razones por la cual, en el presente estudio las mujeres tengan dificultades en áreas como atención y cálculo, haber tenido menos oportunidades para desarrollar habilidades cognitivas desde temprana edad.

- **Distribución de grupos en función de rendimiento cognitivo MMSE respecto al género**

El estado cognitivo de los participantes de ambos grupos se representa según su distribución en frecuencias y porcentajes respectivos, en las categorías diagnósticas correspondientes a: normal, sospecha patológica, deterioro cognitivo medio, deterioro

cognitivo moderado y deterioro cognitivo grave (Tabla 3.9).

Tabla 3.9

Distribución de grupos en función de rendimiento cognitivo MMSE por género

Variable	Masculino		Femenino	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Deterioro Cognitivo Grave	0	0,0	0	0,0
Deterioro Cognitivo Moderado	4	12,1	26	33,3
Deterioro Cognitivo Medio	8	24,2	27	34,6
Sospecha Patológica	6	18,2	17	21,8
Normal	15	45,5	8	10,3

Nota: Masculino n= 33; Femenino n= 78

El rendimiento cognitivo del grupo masculino manifiesta una concentración superior en la categoría de normal 45,5%, por otra parte existe una concentración superior y similar para el grupo femenino en deterioro cognitivo moderado 33,3% y deterioro cognitivo medio 34,6%, en ambos grupos hay ausencia del grado mayor de deterioro.

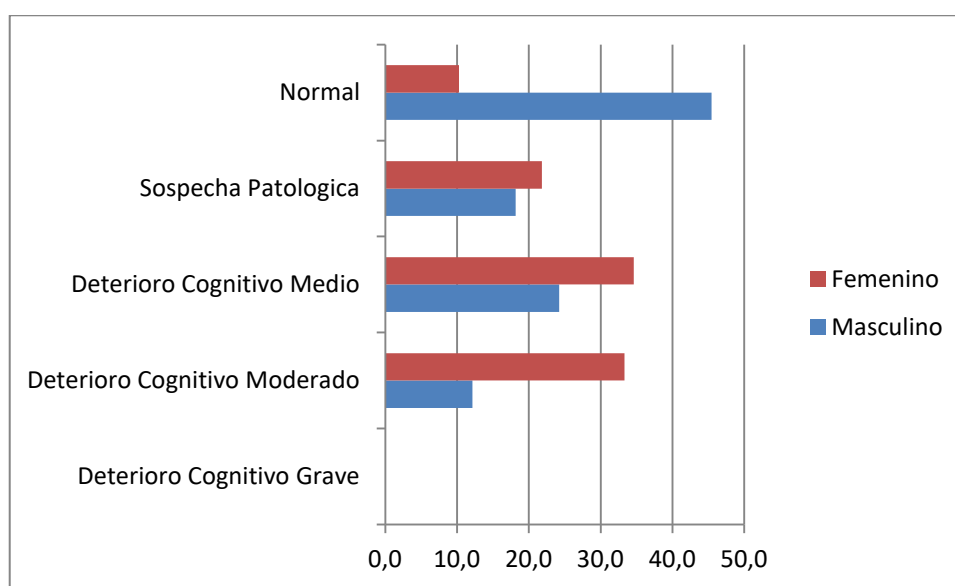


Gráfico 3.9. Representación Gráfica de grupos por género según el nivel de deterioro cognitivo MMSE

En cuanto a la prevalencia de deterioro que presentan se observa una mayor concentración en el nivel de normal por parte masculina, en tanto, el deterioro medio y moderado es mayor en el género femenino, por tanto, la prevalencia de deterioro es más alta en mujeres. Con respecto a la diferencia numérica entre participantes de ambos géneros, se interpreta que gran parte de los participantes femeninos tienen un desempeño cognitivo adecuado para la edad que en medida que transcurre el tiempo decrece y se estabiliza en un

deterioro medio o moderado, por otra parte sucede algo similar en el masculino pero de manera más abrupta, pues gran parte de los participantes muestran un desempeño mejor pero decrece rápidamente. No obstante, Correia (2010), en sus estudios resalta que los resultados en las investigaciones tienden a variar, donde la mayoría de tasa de deterioro se encuentra en el género masculino y otras donde no existen diferencias significativas en estas tasas. Por tanto, si bien existen diversos resultados, estos se deberían a otros factores como nivel educativo, ocupación, estado de salud. Con respecto a este último, la baja escolaridad es un factor de riesgo de progresión de deterioro, en el presente estudio gran parte de los participantes estudiaron hasta primaria o no la completaron, por lo que se reflejaría en los resultados obtenidos.

3.6. Análisis Índice de Barthel Actividades Básicas de la Vida Diaria respecto al género

Este instrumento evalúa niveles de independencia funcional a través de actividades de la vida diaria, dentro del análisis de este instrumento se toman en cuenta las interpretaciones generales representadas por frecuencias y porcentaje, en relación a adultos mayores del género masculino y femenino (Tabla 3.10).

Tabla 3.10
Nivel de dependencia en función de género

<i>Variable</i>	<i>Masculino</i>		<i>Femenino</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Dependencia Total	0	0,0	3	3,8
Dependencia Grave	1	3,0	6	7,7
Dependencia Moderada	3	9,1	5	6,4
Dependencia Leve	14	42,4	41	52,6
Independencia	15	45,5	23	29,5

Nota: *Masculino n= 33; Femenino n= 78*

Basado en las puntuaciones obtenidas en el instrumento, los resultados se muestran en el primer grupo, mayor concentración de independencia 45,5% y en el segundo grupo mayor concentración en dependencia leve 52,6%. En el siguiente gráfico se constata de mejor manera los resultados.

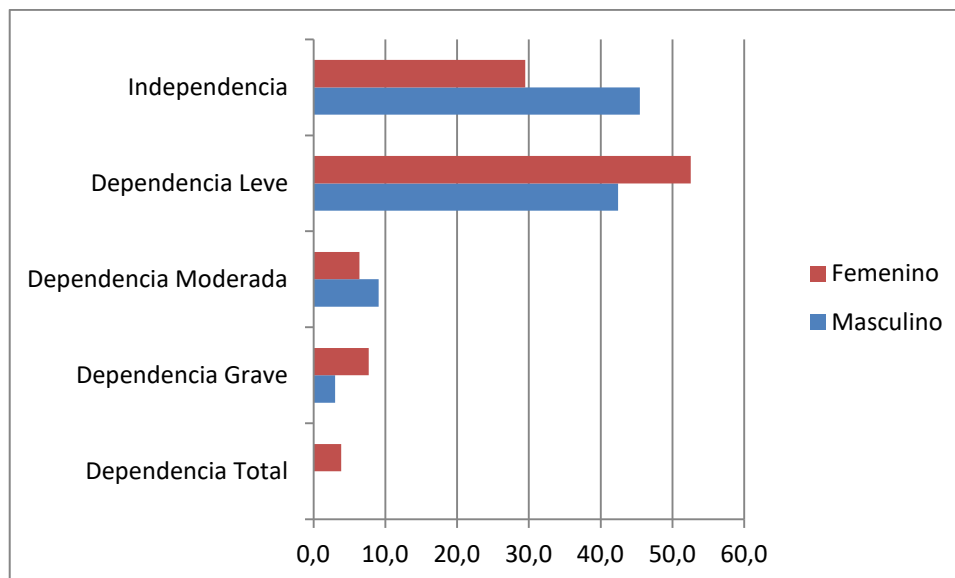


Gráfico 3.10. Representación Gráfica de grupos Índice de Barthel en función del género

En conjunto gran parte de hombres y mujeres llevan una dependencia leve, o independencia, en el estudio llevado a cabo por Laguado et al.(2017), donde los resultados exponen la predominancia de dependencia leve en adultos mayores masculinos, en tanto,, la independencia prevalece en el género femenino resalta la importancia del contacto familiar como componente amortiguador de la dependencia, por tanto, que promueve a que el adulto mayor mantenga conductas saludables y mantenerse activo física y psicológicamente; por lo que este sería un factor influenciante para que hombres y mujeres mantengan funcionalidad normal o leve, en un porcentaje similar, además, para reforzar el argumento de la autora, Urrutia (2019), señala que la ausencia de red de apoyo familiar, social, sentimiento de vulnerabilidad, estado de salud, serian promotores de un declive en el rendimiento cognitivo y consecuentemente en la autonomía. También, se presenta un mínimo porcentaje en dependencia grave y total, por lo que cabe destacar que en la recolección de información hubo participantes con limitadas capacidades de movilidad por cuestiones físicas y aptas para el estudio debido a que no impedía la toma de reactivos, por lo que, si bien existen personas con dependencia funcional moderada o grave, no necesariamente se debe a un deterioro cognitivo.

3.7.Análisis de Montreal Cognitive Assesment (MoCA) respecto a la edad

Los resultados de los ocho dominios dentro de MoCA se expresan en medidas de media (M) y desviación estándar (Ds), estadígrafo U de Mann withney (U) y grado de

significación (*Dif*), divididos en tres grupos etarios, de 65 a 74 años ; 75 a 85 años y mayores de 85 años (Tabla 3.11).

Tabla 3.11

Análisis de dominios cognitivos de MoCA en función de edad

<i>Subdominio</i>	<i>65 a 74 años</i>		<i>75 a 85 años</i>		<i>Mayores de 85</i>		<i>U</i>	<i>Dif</i>
	<i>M</i>	<i>Ds</i>	<i>M</i>	<i>Ds</i>	<i>M</i>	<i>Ds</i>		
Visoespacial	1,52	0,511	1,31	0,696	0,93	0,781	-2,759	0,006
Funciones Ejecutivas	1,43	0,787	1,37	0,933	1,03	1,091	-1,544	0,123
Denominación	2,87	0,344	2,84	0,454	2,56	0,751	-1,727	0,084
Atención	4,78	1,445	4,34	1,302	3,78	1,281	-2,729	0,006
Lenguaje	2,35	1,071	1,95	1,007	1,48	0,935	-3,124	0,002
Abstracción	1,39	0,499	1,07	0,704	1,30	0,609	-0,461	0,645
Recuerdo Diferido	2,43	2,041	1,38	1,890	1,11	1,625	-2,418	0,016
Orientación	4,17	1,969	4,11	1,664	3,67	2,287	-1,172	0,241

Nota: 65 a 74 años $n=23$; de 75 a 85 años $n=61$ Mayor de 85 $n=27$

En la tabla se observa cierta diferencia marcada en cada rango de edad, donde el área visoespacial (,006) atención (,006), lenguaje (,002) y recuerdo diferido (,016) muestran diferencias significativas, en tanto, las áreas de función ejecutiva, denominación, abstracción y orientación no muestran diferencias. Por parte del estadígrafo *U*, el resultado es negativo lo que marca la relación inversamente proporcional entre las variables de edad y rendimiento cognitivo.

En general, se observa cómo cada media en cada subdominio disminuye conforme avanza la edad, en el proceso de envejecimiento distintos sistemas empiezan a mostrar declive, Lapuente y Sánchez (1998), recalcan que las funciones cognitivas, en el proceso de envejecimiento se deterioran en patrones similares en el área de atención, memoria a corto plazo, memoria de trabajo, funciones visoespaciales, visoperceptivas, visoconstructivas, funciones ejecutivas, fluencia verbal y comprensión en lenguaje son áreas en común que cambian, por lo que sería normal observar una mejor media en adultos mayores más jóvenes.

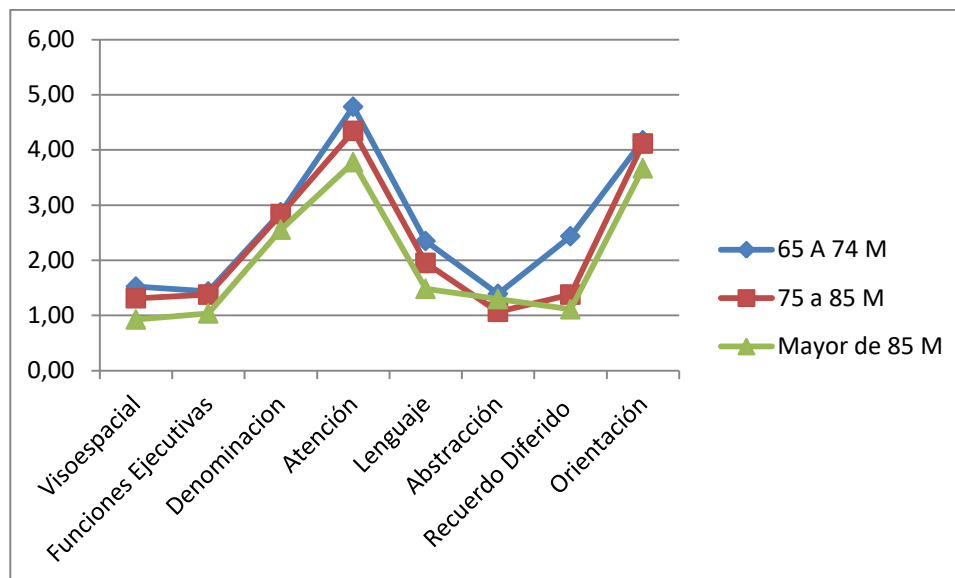


Gráfico 3.11. Análisis de dominios cognitivos MoCA en función de edad

Se aprecia como dentro de los subdominios el desempeño cognitivo va decaer conforme a la edad, Correia (2010), menciona la importancia de la velocidad de procesamiento, en tanto, el enlentecimiento que conlleva la edad, aumenta este al afectar a las funciones cognitivas en distintas varianzas, también, resalta que los cambios de la corteza cerebral, sustancia blanca y sustrato neural debido al envejecimiento influyen en el desempeño cognitivo. Lo llamativo sucede en el área de abstracción donde los adultos mayores de 85 años presentan un leve mejor desempeño que los de 75 a 85 años, no obstante, no existieron diferencias significativas. Aguilar (2014) y su equipo de trabajo, menciona que los cambios asociados a la edad presentan una disminución en la eficiencia del procesamiento mental, estos se verán afectados de manera gradual, conforme se envejece. Por tanto, este resultado en esta área es discutible, posiblemente factores externos lo influenciaron, como el realizar la prueba repetidas veces, puesto que, gran parte de los adultos mayores institucionalizados realizan los reactivos como evaluación cada semestre y las respuestas proclives al sesgo.

- **Distribución de grupos en función de rendimiento cognitivo general MoCA según la edad**

El estado cognitivo de los participantes de ambos grupos se representa en la categoría sin deterioro, deterioro leve, deterioro moderado y deterioro grave (Tabla 3.12).

Tabla 3.12

Distribución de grupos en función de rendimiento cognitivo general MoCA según la edad

<i>Variable</i>	<i>De 65 a 74 Años</i>	<i>De 75 a 85 años</i>	<i>Mayor de 85 años</i>
-----------------	------------------------	------------------------	-------------------------

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Deterioro Grave	0	0,0	1	1,6	4	14,8
Deterioro Moderado	8	34,8	31	50,8	13	48,1
Deterioro Leve	7	30,4	25	41,0	7	25,9
Sin Deterioro	8	34,8	4	6,6	3	11,1

Nota: 65 a 74 años n= 23; de 75 a 85 años n=61 Mayor de 85 n= 27

El deterioro grave se presenta en el primer grupo en un 0%, en el segundo en 1,6% y tercer grupo en 14,8%; por parte de deterioro moderado de 64 a 74 años 34,8% , de 75 a 85 años 50,8% y mayor de 85 años 48,1%; las personas que padecen deterioro leve en el primer grupo 30,4%, en el segundo grupo 41,0% y tercer grupo 25,9% y para finalizar los adultos mayores sin deterioro de 65 a 74 años 34,8% ; de 75 a 85 años 6,6 % y mayores de 85 años 11,1%.

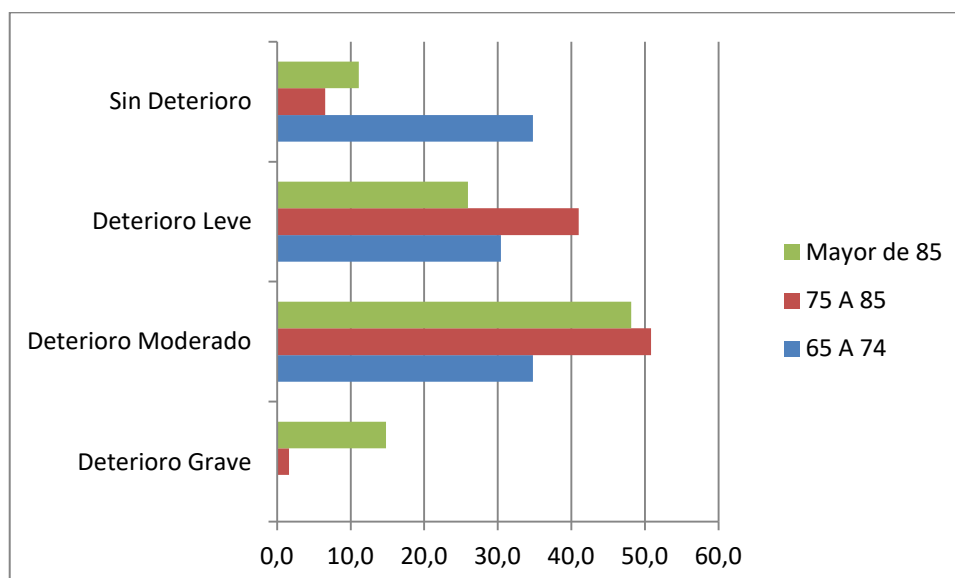


Gráfico 3.12. Representación Gráfica de grupos según el nivel de deterioro cognitivo MoCA según la edad

Como se observa en la gráfica a medida que el adulto mayor envejece es superior el porcentaje de deterioro, no obstante,, existe mayor concentración en los participantes de 75 a 85 años en cuanto a deterioro moderado y deterioro leve. En un estudio realizado por García (2015), define que la prevalencia del deterioro cognitivo se encuentra concentrada en adultos mayores de 85 años, por lo que estos resultados no estarían alejados, puesto que el grupo de 75 a 85 años se encuentra en transición a llegar a la mayoría de 85 años. Otro punto a destacar es que un porcentaje de adultos mayores a 85 años no poseen deterioro, existirían distintos factores para este resultado tales como el estado de salud, reserva cognitiva y nivel de estudios académicos o la razón ya mencionada en párrafos anteriores.

3.8. Análisis de Minimental State Examination (MMSE) respecto a la edad

Los resultados se presentan en siete dominios, que se expresan en medidas de media (M) y desviación estándar (Ds), estadígrafo U de Mann withney (U) y grado de significación (Dif), divididos en tres grupos etarios, de 65 a 74 años; 75 a 85 años y mayores de 85 años (Tabla 3.13)

Tabla 3.13

Análisis de dominios cognitivos de MMSE en función de la edad

Subdominio	65 a 74 años		75 a 85 años		Mayor de 85 años		U	Dif
	M	Ds	M	Ds	M	Ds		
Orientación Temporal	3,22	1,930	3,30	1,395	2,74	1,789	-1,334	0,118
Orientación Espacial	3,78	1,085	3,92	1,242	3,56	1,867	-0,306	0,760
Recuerdo Inmediato	3,00	0,000	3,00	0,000	2,26	1,059	-3,210	0,001
Atención-Cálculo	3,57	1,830	2,85	1,537	2,11	1,826	-2,689	0,007
Recuerdo Diferido	1,83	1,267	1,13	1,245	0,93	1,141	-2,444	0,015
Lenguaje	6,83	0,984	7,26	0,794	7,26	0,712	-1,533	0,125
Praxias	0,70	0,470	0,52	0,504	0,33	0,480	-2,528	0,011

Nota: 65 a 74 años n= 23; de 75 a 85 años n=61 Mayor de 85 n= 27

Se observa como dentro de las áreas los adultos mayores entre 65 a 74 años y 75 a 85 años tienen medias similares o con poca diferencia en contraste al grupo de mayores de 85 años donde se observa un claro decremento en cada subdominio, en el grado de significancia se encuentra en el subdominio de recuerdo inmediato (,001), Atención-Cálculo (,007) , recuerdo diferido(,015) y praxias (,011).

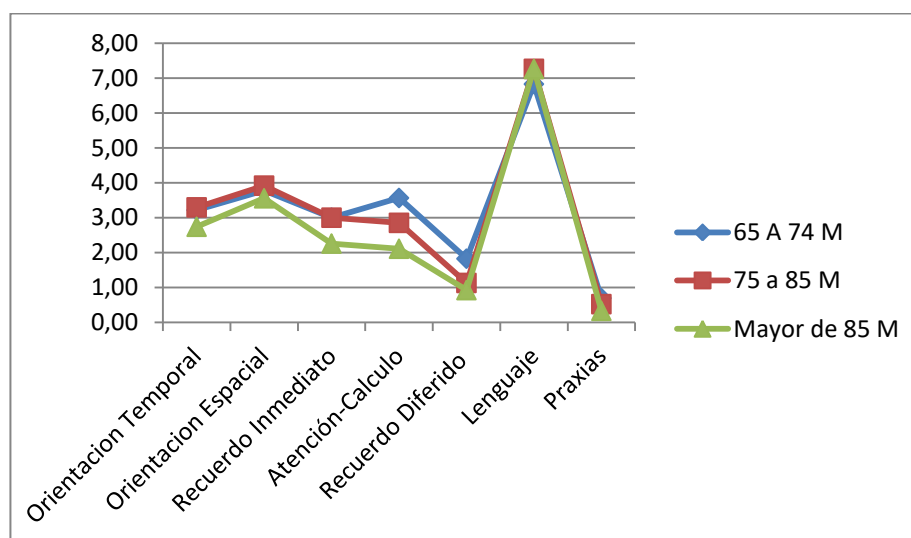


Gráfico 3.13. Representación Gráfica de grupos según el nivel de deterioro cognitivo MMSE según la edad

Se observa similitud en tanto, a las áreas de orientación, temporal, espacial recuerdo inmediato lenguaje y praxias con respecto al primero grupo y segundo grupo mientras hay una diferencia apreciable con el tercer grupo en los mismos subdominios, en tanto, a atención-cálculo, recuerdo diferido el grupo de 65 a 74 años expresa un mejor desempeño. Por lo que se evidencia como a medida que el envejecimiento avanza ciertas áreas van en declive mientras otras se mantienen en una diferencia mínima, como el lenguaje, en este sentido Correia (2010), menciona que estas funciones son las que menos se deterioran y aparentemente las capacidades semánticas como el vocabulario llegarán a aumentar conforme la edad, además destaca en su investigación que el deterioro de la agudeza y procesamiento perceptivo afectarían el rendimiento lingüístico de tal manera que al igualar la intelegibilidad de estímulos desaparecería la diferencia en rendimiento en cuanto a grupos de edad.

- **Distribución de grupos en función de rendimiento cognitivo MMSE por edad**

El estado cognitivo de los participantes los grupos se representa en la categoría normal, sospecha patológica, deterioro cognitivo medio, deterioro cognitivo moderado y deterioro cognitivo grave (Tabla 3.14).

Tabla 3.14

Distribución de grupos en función de rendimiento cognitivo MMSE por edad

Variable	65 a 74 años		75 a 85 años		Mayor de 85 años	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Deterioro Cognitivo Grave	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Deterioro Cognitivo Moderado	7	30,4	14	23,0	9	33,3
Deterioro Cognitivo Medio	4	17,4	19	31,1	12	44,4
Sospecha Patológica	2	8,7	18	29,5	3	11,1
Normal	10	43,5	10	16,4	3	11,1

Nota: 65 a 74 años n= 23; de 75 a 85 años n=61 Mayor de 85 n= 27

El deterioro grave se presenta en un 0% en todos los grupos, en tanto, hay una mayor concentración del primer grupo en el área de normal, en el grupo de 75 a 85 años la mayor concentración está en deterioro cognitivo medio y por último, los mayores de 85 años tienen una concentración superior en deterioro cognitivo medio.

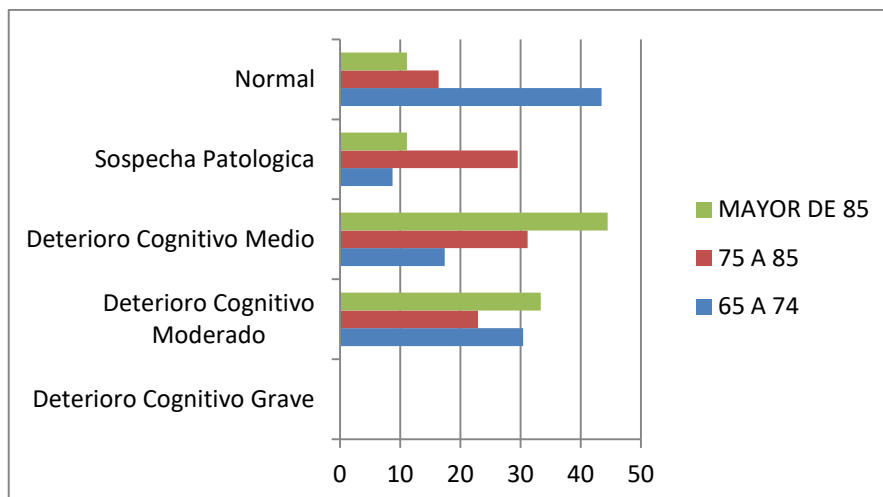


Gráfico 3.14. Representación Gráfica de grupos según el nivel de deterioro cognitivo MMSE según la edad

Estos resultados fueron contrastados con la investigación de Samper et al.(2011), marca la tendencia a que el deterioro se eleva conforme la edad, como se aprecia en el gráfico hay predominancia de un mejor rendimiento cognitivo en la edad de 65 a 74 años, mientras que los participantes entre 75 a 85 años ocupan parte considerable de las categorías de sospecha patológica, deterioro cognitivo medio y moderado, en tanto, hay predominancia de deterioro cognitivo medio en adultos mayores a 85 años.

Lo más llamativo sucede en los adultos mayores de 65 a 74 años con deterioro cognitivo moderado, el cual, difiere al argumento de Samper, uno de los posibles factores fue el envejecimiento patológico, donde ciertos sistemas del adulto mayor se deterioran con rapidez donde la pérdida de procesos psicológicos es progresiva sumado a ello aumenta el estrés y el estado anímico es desesperanzador (Miliani,2014) lo que también, es un factor que está asociado al deterioro prematuro del individuo.

3.9.Análisis Índice de Barthel Actividades Básicas de la Vida Diaria en función de la edad

Este instrumento evalúa niveles de independencia funcional a través de actividades de la vida diaria, dentro del análisis de este instrumento se toman en cuenta las interpretaciones generales representadas por frecuencias y porcentaje, en relación a adultos mayores en tres grupos etarios, de 65 a 74 años; 75 a 85 años y mayores de 85 años (Tabla 3.15).

Tabla 3.15
Nivel de dependencia en función de edad

Variable	65 a 74 años		75 a 85 años		Mayor de 85 años	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Dependencia Total	0	0,0	2	3,3	1	3,7
Dependencia Grave	0	0,0	2	3,3	5	18,5
Dependencia Moderada	2	8,7	4	6,6	2	7,4
Dependencia Leve	13	56,5	28	45,9	14	51,9
Independencia	8	34,8	25	41,0	5	18,5

Nota: 65 a 74 años n= 23; de 75 a 85 años n=61 Mayor de 85 n= 27

Basado en las puntuaciones obtenidas en el instrumento, los resultados se muestran en el primer grupo, mayor concentración de dependencia leve 56,5% en tanto, el segundo grupo el 45,9% está sobre la misma categoría, y por último, el tercer grupo en 51,9% también, padece de dependencia leve. En tanto, se observa en el siguiente grafico la ausencia de dependencia grave y total en el grupo etario de 65 a 74 años y la predominancia de dependencia grave en adultos mayores de 85 años.

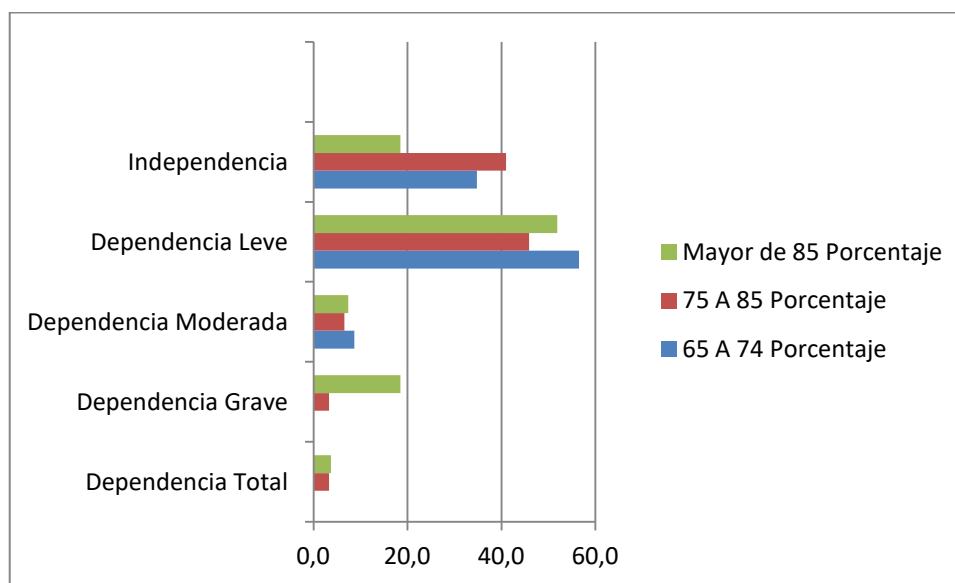


Gráfico 3.15. Representación Gráfica de grupos según el nivel de dependencia Índice de Barthel en función de la edad

Los factores que promueven a esta dependencia serían diversos como el estado cognitivo, pero una de las razones más cuerda, es el envejecimiento, Papalia (2012), recalca las características físicas del envejecimiento, donde existe debilidad muscular, deterioro esquelético y dificultad para movilización, por tanto, es proclive al adulto mayor a perder autonomía en gran parte de actividades de la vida cotidiana, ya sea por caídas, accidentes o

daños físicos irreversibles debido a la vulnerabilidad progresiva que conlleva la edad. Por otro lado, el estilo de vida del individuo durante su juventud y vejez está asociado a la progresión, la OMS (2015) recalca que mantener estados afectivos positivos, y realizar actividades físicas promueve el bienestar en la vejez y por ende un envejecimiento saludable para mantener la capacidad funcional. Por tanto,, esta sería la razón por la que existe una gran concentración de adultos mayores de 85 años en dependencia leve.

CONCLUSIONES

- La revisión bibliográfica relacionada con el rendimiento cognitivo e institucionalización en el adulto mayor, permitió determinar que el rendimiento cognitivo se ve asociado a factores como el envejecimiento cerebral, enfermedades, consumo de sustancias, neuroplasticidad, escolarización, reserva y actividad cognitiva; el nivel de funcionalidad de esta se estima por el desempeño de los subdominios cognitivos y velocidad de procesamiento ante las demandas del entorno, en tanto, la relevancia para la institucionalización de la persona depende del nivel de salud, autonomía e independencia física, puesto que el objetivo de las instituciones es brindar una atención integral a quienes no la poseen; la adaptación de la persona dependerá del área física del asilo, apoyo económico, contacto familiar y sentimiento de pertenencia al grupo.
- La evaluación del rendimiento cognitivo actual en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados mediante test psicométricos resultó en cuanto a la edad, los dos grupos de entre 65 a 85 años reportaron ausencia de deterioro grave, pero puntuaron dentro del perfil de leve y moderado con mayor porcentaje (50,8 %); aunque existió también, un porcentaje medio que reportó un rendimiento cognitivo normal, promediado entre el MMSE y MoCA. Ratificado mediante el índice de Barthel, sobre el nivel de dependencia en los tres grupos; lo que indicaría que la edad asociado a factores como el declive físico sería el factor más influyente en estos resultados. Mientras que, con relación al género, se identificó que existe una prevalencia de deterioro en el género femenino, para el deterioro moderado (52,6%) en contraste al masculino para el deterioro leve (42,4%), que en medida que transcurre el tiempo decae hasta estabilizarse en un rango, que depende de factores individuales de cada sujeto, en cuanto al nivel de autonomía física, se halló una concentración oscilante entre independencia y dependencia leve para ambos grupos, sin que se haya encontrado diferencias relevantes entre géneros en cuanto al declive físico.
- La caracterización de las diferencias del rendimiento cognitivo del adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado señaló diferencias s ambos grupos, bajo interpretaciones generales el instrumento MoCA, reportó concentraciones similares en deterioro cognitivo moderado (institucionalizados 52,9%; No Institucionalizados 41,7%), en tanto, en MMSE la concentración difiere (institucionalizados = Deterioro Moderado 41,2%; no institucionalizados = normal 31,7). Lo que da pie a analizar el grado de asociación entre institucionalización y rendimiento cognitivo, en tanto, a subdominios se observa diferencias estadísticamente significativas ($p <,005$) con respecto a las funciones

cognitivas: visoespacial ($M=1,53$), ($M=0,94$); funciones ejecutivas ($M=1,73$; $M=0,80$); atención ($M=4,63$; $M=3,90$); lenguaje ($M=7,50$; $M=6,78$) y orientación ($M=4,50$; $M=3,45$); en el grupo de adultos mayores no institucionalizados y de los institucionalizados, respectivamente.

- La elaboración de un informe de hallazgos principales, determinó que con respecto al nivel de funcionalidad, se reflejó en el grupo de no institucionalizados una ausencia de grado de dependencia mayor a la leve y una concentración superior en independencia 61,7% en cuanto al grupo de institucionalizados el porcentaje mayor se encontró en leve 62,7% y un mínimo porcentaje de dependencia grave 5,9%, por lo que la razón de asilamiento también, sería gracias a otros factores y no netamente a la dependencia física.
- En tanto, a la capacitación del personal de apoyo a los adultos mayores institucionalizados se apreció un trabajo integral entre médico, enfermeras y psicología, por otra parte respecto a la atención de centros ambulatorios y clubes del adulto mayor se reflejó falta de personal de atención debido probablemente debido a que es una actividad voluntaria de cada comunidad.

RECOMENDACIONES

- Promover la aplicación de programas o actividades de estimulación cognitiva con la finalidad de prevenir el deterioro de manera abrupta, a su vez, alentar al adulto mayor a continuar con tareas de la vida diaria para así evitar la dependencia de forma prematura.
- Ampliar el número de participantes de la muestra para así generar resultados mayormente significativos con otros instrumentos de medición más específicos para cada dominio cognitivo, además de uno que mida la velocidad de procesamiento.
- Realizar estudios longitudinales sobre la influencia de la calidad de vida sobre el rendimiento cognitivo en adultos mayores institucionalizado y no institucionalizado brindaría pautas más significativas sobre este fenómeno.
- Correlacionar porcentajes del rendimiento cognitivo con otros instrumentos de medición cognitiva con la finalidad de obtener resultados y asociarlos
- Indagar acerca de otros factores tales como enfermedades, estilo y calidad de vida en los participantes con la finalidad de ampliar más las variables.
- Promover la importancia del Adulto Mayor para así generar más apoyo a este segmento de población

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, K., Arrabal, M., & Herrera, L. (2014). Función ejecutiva en adultos mayores con patologías asociadas a la evolución del deterioro cognitivo. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 6(2), 7-14. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnl/v6n2/v6n2a02.pdf>
- Alves, R. (2013). Institucionalización del adulto mayor: análisis de la experiencia subjetiva a partir de la creación de un taller literario. *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-054/544.pdf>
- Ardila, A & Otrrosky, F. (2012). *Guía para el diagnóstico neuropsicológico*. Florida International University. Universidad Autónoma Nacional de México. Recuperado de http://ineuro.cucba.udg.mx/libros/bv_guia_para_el_diagnostico_neuropsicologico.pdf
- Arriola, E., Carneo, C., Freire, A., López, R., López, J., Manzano, S., & Olazaran, J. (2017). *Deterioro Cognitivo Leve en el Adulto Mayor*. España: Sociedad española de geriatría y gerontología. Recuperado de <https://www.segg.es/media/descargas/Consenso%20deteriorocognitivoleve.pdf>
- Asili, N. (2006). *Vida plena en la vejez*. (1ra. Ed.). México: Pax. Recuperado de: <https://bit.ly/2IDOfxq>
- Avedaño, W., Paz, L., & Rueda G. (2017). Dificultades en la escritura académica y funciones cognitivas: revisión de estudios. *Sophia*. 13(1), 132-143. doi: 10.18634
- Basak, C., & Verhaeghen, P. (2011). Aging and Switching the Focus of Attention in Working Memory: Age Differences in Item Availability But Not in Item Accessibility. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66(5), 519-526. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3155026/>
- Bausela, E. (2014). La atención selectiva modula el procesamiento de la información y la memoria implícita [Selective attention modulates information processing and implicit memory]. *Acción Psicológica*, 11(1), 21-34. doi: 10.5944
- Bazo, M (1990).Institucionalización de personas ancianas: Un reto sociológico. *REIS: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 53(s.d), 27-43. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/758587.pdf>

- Becerra, D., Godoy, Z., Pérez, N., & Moreno, M. (2007). Opinión del adulto mayor con relación a su estancia en un asilo. *Revista Enfermagem*, 15(1), 33-37. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim071f.pdf>
- Belon, V., & Soto, M. (2015). Perfil cognitivo del adulto mayor en Arequipa. *Revista de Psicología*. 17(2), 91-103. doi: 10.18050
- Benavides, C. (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista mexicana de anestesiología*, 40(2), 107-112. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172f.pdf>
- Brea, L. (2014). *Factores determinantes del sentido de pertenencia de los estudiantes de Arquitectura de la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, Campus Santo Tomás de Aquino* (tesis de pregrado). Universidad de Murcia, España.
- Cancino, M., & Rehbein, L. (2016). Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica. *Terapia psicológica*, 34(3), 183-189. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v34n3/art02.pdf>
- Castro, M., & Salazar, M. (2014). Rendimiento cognitivo de personas mayores que participan en grupos organizados en la provincia de San José. *Actualidades en Psicología*, 28(116), 41-53. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/apsi/v28n116/116a05.pdf>
- Correia, R. (2010). Cambios cognitivos en el envejecimiento normal: influencias de la edad y su relación con el nivel cultural y el sexo. *Humanidades y Ciencias Sociales*, 3(1), 1-302. Recuperado de <https://bit.ly/2QRlnDb>
- Custodio, N., Herrera, E., Lira, D., Montesinos, R., Linares, J., & Bendezú, L. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? . *Anales de la Facultad de Medicina*, 73(4), 321-330. Recuperado de <https://bit.ly/2KXh2ve>
- D'Hyver, C. (2018). Alteraciones del sueño en personas adultas mayores. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 61(1), 33-45. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2018/un181e.pdf>
- Di Domizio, D. (2004). *Aprendizaje motor en adultos mayores* (tesis de grado). Universidad Nacional de La Plata, Argentina.
- Echavarri, M., Godoy, J. & Olaz, F. (2007). Diferencias de género en habilidades cognitivas y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 6(2), 319-329. Recuperado de

<https://www.redalyc.org/pdf/647/64760211.pdf>

- Fuenmayor, G., & Villasmil, Y. (2008). La percepción, la atención y la memoria como procesos cognitivos utilizados para la comprensión textual. *Revista de Artes y Humanidades UNICA*, 9(22), 187-202. Recuperado de <https://bit.ly/2rE11SX>
- Gallardo, L., Córdova, I., Piña, M., & Urrutia, B (2018). Diferencias de género en salud y calidad de vida en personas mayores del norte de Chile. *Revista Latinoamericana*, 49(s.d), 153 - 175. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/polis/v17n49/0718-6568-polis-17-49-00153.pdf>
- Gamba, A., Páez, G., Domínguez, W., & Rincón, C. (2017). Desempeño neuropsicológico en adultos mayores. *Archivos de Neurociencia*, 22(4), 6-19. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2017/ane174a.pdf>
- García, L. (2015). *Reserva cognitiva una revisión* (tesis de pregrado). Universidad de la República Oriental del Uruguay, Montevideo.
- García, M.; Moya, L., & Quijano, M. (2015). Rendimiento cognitivo y calidad de vida de adultos mayores asistentes a grupos de tercera edad. *Acta Neurológica Colombiana*, 31(4), 398-403. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v31n4/v31n4a07.pdf>
- García, S., Sauri, S., Meza, E., & Villagomez, A. (2013). Estado de coma y trastornos de la conciencia: una revisión analítica desde un enfoque neurofuncional. Parte I. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 18(1), 55-68. Recuperado de <https://bit.ly/2rGjn5O>
- Gil, J., Pastor, J., De Paz, F., Barbosa, M., Macías, J., Maniega, A. Álvarez., & Rami, L. (2002). Neuropsicología de la involución y el envejecimiento cerebral. *Revista española de neuropsicología*, 4(4), 262-282. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1006796.pdf>
- González, F., Facal, D., & Yaguas, J. (2013). Funcionamiento cognitivo en personas mayores e influencia de variables socioeducativas - Resultados del Estudio ELES. *Escritos de Psicología*, 6(3), 32-42. doi: 10.5231
- Gutiérrez , J., Nieves, A., & Ruiz, L. (2016). *Percepción de los adultos mayores institucionalizados en un hogar geriátrico de la ciudad de Barrancabermeja* (tesis de grado). Pontificia universidad Javeriana. Bogotá.
- Herazo, Y., Quintero, M., Pinillos, Y., García, F., Núñez, N., & Suarez, D. (2017). Calidad de vida, funcionalidad y condición física en adultos mayores institucionalizados y

- no institucionalizados. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 12(5), 174-181. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1702/170254309009.pdf>
- Jara, M. (2007). Estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Revista Cúpula*, 4(2), 4-14. Recuperado de <https://bit.ly/2G9Ppf3>
- Jaume, M. (2004). Aspectos funcionales de la atención: selección para la percepción y selección para la acción. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 25(3), 34-38. Recuperado de <http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2017/05/Sistemas-atencion-focalizada-sostenida-selectiva-universitarios-quito-ecuador.pdf>
- Laguado, E., Camargo, K., Campo, E. & Martin M. (2019). Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Revista Gerokomos*, 28(3), 135-141. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n3/1134-928X-geroko-28-03-00135.pdf>
- Lapiente, F. & Sánchez J. (1998). Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal. *Anales de Psicología*, 4(1), 27-43. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/43775496_Cambios_neuropsicologicos_a_sociados_al_envejecimiento_normal
- MIES (2018). *Norma Técnica para la Implementación y Prestación de Servicios Gerontológicos de: Centros Gerontológicos Residenciales*. Ecuador: Quito.
- Miliani, R. (2014). Sociedad Mexicana De Psicología Geriátrica, A.C. Atención Gerontológica, diap. 8. Recuperado de <https://bit.ly/2CBNNOG>
- Monroy, M., & Samoya, T. (2018). *Sentido de pertenencia del adulto mayor que reside en el hogar San José de la montaña a causa de abandono o carencia familiar* (tesis de grado). Universidad San Carlos de Guatemala, Guatemala.
- Mora, M., Villalobos, D., Araya, G., & Ozols, A. (2004). Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. *MHSalud*, 1(1), 1-12. Recuperado de <https://bit.ly/2mOk4rb>
- Murillo, A. (2006). Conciencia, Cerebro y Neurociencia I. *Revista de estudiantes de filosofía*, 12(11), 1-9. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/315381095_Conciencia_Cerebro_y_Neurociencia_I
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe mundial sobre la salud y envejecimiento*. Ginebra. Suiza. Recuperado de

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1

- Pachón, L., Parada, R. & Zamir, A. (2016). El razonamiento como eje transversal en la construcción del pensamiento lógico. *Praxis & Saber*, 7(14), 219-243. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/prasa/v7n14/v7n14a10.pdf>
- Papalia, D., Sterns, H., Duskin, R., & Camp, C. (2012). Desarrollo del adulto y vejez. (Duodécima edición). México, D.F: McGraw-Hill.
- Pedraza, C. (2013). Neuropsicología del envejecimiento y las demencias. *Escritos de Psicología*, 6(3), 1-4. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092013000300001
- Penny, E & Melgar, F (2012). *Geriatría y Gerontología para el médico internista. Generalidades*. Bolivia, La paz: Grupo Editorial La Hoguera
- Pérez, M., & García, N. (2006). Estimulación cognitiva en el anciano dependiente hospitalizado. *Gerokomos*, 17(3), 125-131. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v17n3/125rincon.pdf>
- Petersen, R., Roberts, R., Knopman, D., Geda, Y., Cha, R., Pankratz, V., Boeve, B., Tangalos, E., Ivnik, R. & Rocca, W. (2010). Prevalence of mild cognitive impairment is higher in men. *American Academy Of Neurology*, s.d(75), 889-897. doi: 10.1212/WNL.0b013e3181f11d85
- Pose, M. & Manes, F. (2010). Deterioro cognitivo leve. *Acta Neurol*, 3(1), 7-12. Recuperado de https://www.acnweb.org/acta/acta_2010_26_Supl3_1_7-12.pdf
- Puig, X. (2012). Estimulación Cognitiva. Santiago de Chile: Caja Los Andes. Recuperado de <https://bit.ly/2Ge22po>
- Muñoz, C., Rojas, P. & Marzuca, G. (2015). Criterios de valoración geriátrica integral en adultos mayores con dependencia moderada y severa en Centros de Atención Primaria en Chile. *Revista médica Chile*, 143(5), 612-618. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v143n5/art09.pdf>
- Ramos, C., Paredes, L., Andrade, S, Santillán, W & González, L. (2016). Sistemas de Atención Focalizada, Sostenida y Selectiva en Universitarios de Quito-Ecuador. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 25(3), 34-38. Recuperado de <http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2017/05/Sistemas-atencion-focalizada-sostenida-selectiva-universitarios-quito-ecuador.pdf>

- Rey, A., Canales, I., & Taboas, M. (2011) Calidad de vida percibida por las personas mayores. Consecuencias de un programa de estimulación cognitiva a través de la motricidad Memoria en movimiento. *Revista española de Geriátría y Gerontología*, 46(2), 74-80. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X11000424>
- Ríos, J., Gurrola, A., Hernández, J., & Martínez, P. (2017). Análisis descriptivo por género de las funciones neurocognitivas en alumnos de la Licenciatura de Medicina de la Facultad de Medicina y Nutrición de la UJED. *Revista de Ciencias de la Salud*, 4(13), 1-13. Recuperado de http://www.ecorfan.org/bolivia/researchjournals/Ciencias_de_la_Salud/vol4num13/Revista_Ciencias_de_la_Salud_V4_N13_1.pdf
- Rodríguez, M., Cruz, F. & Pérez, M. (2014). Dependencia funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas. *Índex de Enfermeria*, 23(1), 36-40. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000100008
- Román, F. & Sánchez, J (1998). Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal. *Anales de psicología*, 14(1), 27-43. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/167/16714104.pdf>
- Rosselli, M., Beatriz, M., & Matute, E. (2008). Las Funciones Ejecutivas a través de la Vida. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1), 23-46. Recuperado de <https://bit.ly/2Nm1F3J>
- Ruano, E. (2013). Manifestaciones del duelo por abandono familiar en el adulto mayor (tesis de grado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ecuador, Quito.
- Ruiz, J. (2008). Envejecimiento y memoria: ¿cómo y por qué se deteriora la memoria con la edad?. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 43(5), 268-270. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X08735686>
- Salech, F., Jara, R., & Michea, L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento Physiological changes associated with normal aging. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(1), 19-29. Recuperado de <https://bit.ly/2xGdXdf>
- Sánchez, M., Moreno & G. García, L. (2010). Deterioro cognitivo, nivel educativo y ocupación en una población de una clínica de memoria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 3 (2), 347 - 361. doi: 10.1016

- Santiuste, V. (2007). El lenguaje en la vejez eugenésica. *INFAD Revista de Psicología*, *sd(2)*, 55-66. Recuperado de http://infad.eu/RevistaINFAD/2007/n2/volumen1/0214-9877_2007_2_1_57-66.pdf
- Smith, E & Kosslyn, S. (2008). *Procesos Cognitivos modelos y bases neuronales*. España, Madrid: Pearson Educación, S.A
- Tirro, V. (2016). La vejez y el cerebro. *Revista Nuevo Humanismo*, *4(1)*, 73-80. doi: 10.15359
- Tizoc, A., Esquivel, A., Cruz, M & González, A. (2018). Casa hogar-asilo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor. *SANUS*, *3(6)*, 32-41. doi: 10.36789
- Toribio, C. (2018). Percepción de los adultos mayores acerca de sus vivencias en una casa de reposo. *Revista de Enfermería Instituto Mexicano de Seguro Social*, *26(1)*, 16-22. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim181c.pdf>
- Urrutia, K. (2019). *Severidad del deterioro cognitivo de los adultos mayores que asisten a centros geriátricos de la ciudad de Ambato. Análisis en función a la edad y el sexo* (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato, Ambato, Ecuador.
- Vallejo, J, & Rodríguez, M. (2010). Prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados. *Gerokomos*, *21(4)*, 153-157. Recuperado de <https://bit.ly/2hz3wUyç>
- Vallejo-Ruiloba, J. (2002): *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Varela, L., Chávez, H., Galvez, M. & Mendez, F.(2004). Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. *Revista Sociedad Peruana de Medicina Interna*, *17(2)*, 37-42. Recuperado de: <https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v17n2/pdf/a02.pdf>
- Verdejo, A. & Bechara, A. (2010). Neuropsicología de las funciones ejecutivas. *Psicothema*, *22(2)*, 227-235. Recuperado de <https://bit.ly/2IvRVkP>
- Villa, M. (2016). *Desarrollo y evaluación de las habilidades espaciales de los estudiantes de ingeniería actividades y estrategias de resolución de tareas espaciales* (tesis doctoral). Universitat politècnica de Catalunya, España.
- Virumbrales, M. (2015). *Descripción del rendimiento cognitivo y rasgos de personalidad de pacientes con fibromialgia: relación del rendimiento cognitivo con la percepción del dolor*,

sintomatología depresiva e impacto de la enfermedad (tesis doctoral). Universidad Internacional de Catalunya, España.