

FUNCIONAMIENTO COGNITIVO GLOBAL EN UNA MUESTRA DE ADULTOS MAYORES CUBANOS

GLOBAL COGNITIVE FUNCTIONING IN A SAMPLE OF CUBAN OLDER ADULTS

Leidys Martínez Guzmán

Elaine Hernández Ulloa

Klency González Hernández

Facultad de Psicología, Universidad de La Habana, Cuba

Recibido: 19-04-2025

Aceptado: 29-04-2025

Publicado: 01-06-2026

Cómo citar este artículo:

Martínez L, Hernández E, González K. (2026). Funcionamiento cognitivo global en una muestra de adultos mayores cubanos. 8(13), 179-195. <http://www.psicocuba.uh.cu>

RESUMEN

El deterioro cognitivo en adultos mayores institucionalizados representa un reto prioritario en Cuba, dado el acelerado envejecimiento poblacional. Este estudio busca caracterizar el funcionamiento cognitivo global y específico en adultos mayores de un hogar de ancianos del municipio Diez de Octubre.

Con un enfoque cuantitativo y un diseño transversal, participan 28 hombres mayores de 60 años de edad. Se aplican los instrumentos: Montreal Cognitive Assessment (MoCA), el Free and Cued Selective Reminding Test (FCSRT), el Test de fluidez verbal semántica y fonológica (FAS) y el Trail Making Test (TMT). Se analizan variables sociodemográficas, clínicas y dominios cognitivos específicos.

Los resultados muestran que el 85 % de los adultos mayores presenta deterioro cognitivo. De ellos, el 46 % presenta deterioro cognitivo moderado y el 39 % presenta deterioro cognitivo leve. Los déficits más marcados afectaron la memoria (100 % con alteraciones en recuerdo diferido), lenguaje (68 % con fluidez verbal reducida) y habilidades visuoespaciales/ejecutivas (93 % con errores en tareas gráficas). Aunque la hipertensión (54 %) y el tabaquismo (57 %) fueron prevalentes, no mostraron asociación

estadística con la severidad del deterioro ($p > 0,05$). La escolaridad, en cambio, correlacionó positivamente con mejores puntuaciones en el MoCA ($p = 0,003$).

La educación emerge como factor protector clave, mientras que la ausencia de vínculo significativo entre hipertensión/tabaquismo y deterioro subraya la necesidad de modelos multifactoriales. Los hallazgos validan el uso del MoCA para la detección temprana del deterioro cognitivo en contextos geriátricos cubanos. Una intervención específica de memoria y lenguaje pudiera resultar muy útil en el futuro con estos pacientes.

Palabras clave: funcionamiento cognitivo global, adulto mayor, Test Montreal Cognitive Assessment, procesos cognitivos.

ABSTRACT

Cognitive decline in institutionalized older adults represents a priority challenge in Cuba, given the accelerated aging of the population. This study seeks to characterize overall and specific cognitive functioning in older adults living in a nursing home in the municipality of Diez de Octubre.

Using a quantitative approach and a cross-sectional design, the study included 28 men over 60 years of age. The following instruments were administered: the Montreal Cognitive Assessment (MoCA), the Free and Cued Selective Reminding Test (FCSRT), the Semantic and Phonological Verbal Fluency Test (FAS), and the Trail Making Test (TMT). Sociodemographic, clinical, and specific cognitive domain variables were analyzed.

The results show that 85 % of older adults presented cognitive impairment. Of these, 46 % presented moderate cognitive impairment, and 39% presented mild cognitive impairment. The most marked deficits affected memory (100 % with delayed recall), language (68 % with reduced verbal fluency), and visuospatial/executive skills (93 % with errors on graphic tasks). Although hypertension (54 %) and smoking (57 %) were prevalent, they did not show a statistical association with the severity of impairment ($p > 0,05$). Education, on the other hand, positively correlated with better scores on the MoCA ($p = 0,003$).

Education emerges as a key protective factor, while the lack of a significant link between hypertension/smoking and impairment underscores the need for multifactorial models. The findings validate the use of the MoCA for the early detection of cognitive decline in Cuban geriatric settings. Targeted memory and language interventions could prove very useful in the future for these patients.

Keywords: Cognitive impairment, Older adults, Cognitive functioning, Aging, MoCA.

INTRODUCCIÓN

El ser humano atraviesa diversas etapas a lo largo de su vida, desde su nacimiento hasta la vejez. En esta última etapa, múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales influyen en la salud cognitiva de los adultos mayores (OMS, 2021; Petersen, 2004). A medida que avanzan en edad, los individuos pueden experimentar un deterioro progresivo de las funciones cognitivas, lo que limita su capacidad para realizar actividades cotidianas de manera autónoma y puede generar la necesidad de asistencia a largo plazo.

A nivel global, el envejecimiento poblacional ha alcanzado un ritmo acelerado producto de la disminución de las tasas de fecundidad y mortalidad, fenómenos que alteran significativamente la estructura demográfica, incrementando la proporción de adultos mayores de 60 años de edad (OMS, 2021; Savige, Pérez, & González, 2021). Este cambio tiene implicaciones fundamentales para la planificación social y política de los países, pues las naciones con un envejecimiento más rápido deben adoptar estrategias para abordar los desafíos asociados, como el deterioro cognitivo en los adultos mayores.

Como característica de la edad o asociados al declive de determinados procesos mentales, algunos adultos mayores pueden sufrir trastornos como las demencias o el deterioro cognitivo (Petersen, 2004; American Psychiatric Association, 2013). Estos trastornos no solo afectan la memoria, sino también otras funciones cognitivas como la atención, el lenguaje y las habilidades ejecutivas, lo que puede limitar significativamente la autonomía y la calidad de vida de los adultos mayores (Petersen, 2004; OMS, 2021). En este sentido, el deterioro cognitivo leve (DCL) se ha identificado como una condición intermedia entre el envejecimiento normal y la demencia, caracterizada por una pérdida de memoria más allá de lo esperado para la edad, pero sin afectar gravemente las actividades diarias (Petersen, 2004). Sin embargo, de no intervenir a tiempo, el DCL puede progresar hacia formas más severas de demencia, como la enfermedad de Alzheimer, lo que subraya la importancia de una detección temprana y un manejo adecuado (American Psychiatric Association, 2013; Guerra *et al.*, 2024)

El aumento de la esperanza de vida ha conducido a que muchos países enfrenten una creciente población envejecida, lo que resalta la necesidad de crear nuevas políticas para atender el bienestar físico y mental de los adultos mayores, especialmente aquellos que sufren alteraciones cognitivas (OMS, 2021; Ministerio de Salud Pública de Cuba, 2007). En este contexto, el Gobierno cubano ha adoptado medidas estratégicas para promover un envejecimiento saludable, implementando políticas orientadas a la

atención integral de los adultos mayores, que incluyen la mejora de la salud mental y el manejo del deterioro cognitivo.

Desde 1996, Cuba ha desarrollado el Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor, cuyo objetivo es proporcionar una atención de salud adecuada a las necesidades de la población envejecida, favoreciendo una vejez activa y saludable (Ministerio de Salud Pública de Cuba, 2007; Savige, Pérez & González, 2021). Este programa se divide en tres subprogramas: Atención Comunitaria, Atención Institucional y Atención Hospitalaria, que abarcan los diversos entornos en los que los adultos mayores interactúan. En particular, el subprograma de atención comunitaria tiene un enfoque integral que contempla la evaluación de factores biológicos, psicológicos y sociales que impactan la salud de los adultos mayores, prestando especial atención a los trastornos cognitivos como la enfermedad de Alzheimer. En este sentido, se han actualizado las estrategias nacionales para abordar enfermedades cognitivas, incluyendo consultas de memoria en servicios especializados de hospitales psiquiátricos.

El sistema de salud cubano también cuenta con alrededor de 300 casas de abuelos, donde los adultos mayores reciben atención médica, nutrición adecuada y participan en actividades recreativas (Ministerio de Salud Pública, 2007; Fusté, Pérez, & Paz, 2018). Además, existen hogares para ancianos y programas como las Cátedras Universitarias del Adulto Mayor (CUAM), promoviendo la educación y el envejecimiento activo, con la Universidad de La Habana como centro de referencia nacional en este campo. Estos programas buscan no solo mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, sino también ofrecerles herramientas para enfrentar los desafíos del envejecimiento.

En nuestro país, las leyes también protegen a los adultos mayores en situación de vulnerabilidad, garantizando su bienestar ante la falta de recursos o familiares que los apoyen (Guerra *et al.*, 2024; Savige, Pérez, & González, 2021). No obstante, más allá de las políticas formales, los adultos mayores necesitan un entorno de apoyo familiar y social que favorezca su bienestar cognitivo y emocional. En este sentido, el deterioro cognitivo puede prevenirse o gestionarse. Por lo que su detección precoz es sumamente importante, dado a que, posibilita intervenciones oportunas (ejercicios cognitivos, estimulación neuropsicológica) que pueden enlentecer la progresión a demencia, es decir, ayuda a mitigar los efectos negativos de la pérdida de memoria, la confusión o la desorientación, preservar la autonomía y retrasar la dependencia.

Este estudio, en un contexto donde la prevención es clave, al no existir investigaciones precedentes relacionadas con este tema en el hogar de ancianos del municipio Diez de Octubre, aporta herramientas validadas para evaluar funcionamiento cognitivo global, memoria, atención y funciones ejecutivas,

complementando los índices funcionales ya utilizados (Katz y Lawton). Impulsando con esta investigación los esfuerzos de atención al envejecimiento que hace el Estado para que se logren producir efectos positivos en su salud psicosocial, física y emocional.

MATERIALES Y MÉTODOS

Muestra

Participaron 28 adultos mayores que cumplían los siguientes criterios de inclusión:

- ✓ Adultos mayores atendidos en un hogar de ancianos del municipio Diez de Octubre.
- ✓ Personas que decidan formar parte del estudio.

Criterio de exclusión

- ✓ Personas con discapacidad visual, auditiva o motriz que impida el intercambio con la investigadora.
- ✓ Adultos mayores con alteraciones diagnosticadas de los procesos psíquicos.

Métodos, técnicas e instrumentos

Análisis documental: técnica metodológica clave para investigaciones cualitativas y cuantitativas. Su aplicación permite explorar procesos mentales, la efectividad de intervenciones terapéuticas, comportamientos y fenómenos biopsicosociales a través de documentos generados en contextos clínicos, educativos o comunitarios. En psicología, estos documentos incluyen historias clínicas, registros terapéuticos, diarios personales, informes de evaluación psicológica, transcripciones de sesiones, e incluso material digital como correos electrónicos o redes sociales. Su análisis puede integrarse en estudios de casos únicos, investigaciones longitudinales o comparativas (Hernández, *et al.* 2018).

La Evaluación Cognitiva Montreal (Montreal cognitive assessment / MoCA) (Lozano *et al.*, 2009): test concebido para evaluar las disfunciones cognitivas leves; examina las siguientes habilidades: atención, concentración, funciones ejecutivas (incluyendo la capacidad de abstracción), memoria, lenguaje, capacidades visuconstructivas, cálculo y orientación.

Función ejecutiva: se evalúa a través de: la alternancia conceptual (Trail Making Test Parte B) (1 punto), la fluencia fonémica (1 punto) y las tareas de abstracción (2 puntos).

Capacidad visuoespacial: se valora a través del dibujo de un reloj (3 puntos) y la copia de un cubo (1 punto).

Memoria: presenta dos pruebas de aprendizaje de cinco palabras, las cuales, luego de aproximadamente 5 minutos, se preguntan de forma diferida. Brinda la opción del registro del recuerdo libre y del recuerdo facilitado (con pistas semánticas o de elección múltiple).

Atención: se evalúa a través de la tarea de atención sostenida (1 punto), la serie del 7 (3 puntos) y una de dígitos (2 puntos).

Lenguaje: se evalúa a través de la tarea de Identificación de tres animales (3 puntos), la repetición de frases complejas (2 puntos) y la tarea de fluencia fonémica anteriormente expuesta.

Orientación: se valora la orientación en tiempo y espacio (Lozano *et al.*, 2009).

Cualquier persona que comprenda y siga sus instrucciones puede administrar el MoCA, si bien únicamente un profesional de la salud especialista en el ámbito cognitivo podrá interpretar sus resultados. El tiempo de administración requerido es de aproximadamente diez minutos. La puntuación máxima es de 30; una puntuación igual o superior a 26 se considera normal.

Test de Memoria Libre y selectivamente (FCSRT) (Grober *et al.*, 2000): herramienta neuropsicológica diseñada para evaluar la memoria episódica mediante claves semánticas, específicamente la capacidad de recordar información verbal, diferenciando entre fallos de codificación (asociados al envejecimiento normal) y de recuperación (indicativos de patología). Este test se utiliza comúnmente para detectar alteraciones en la memoria, como las que se observan en enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer.

Test del Trazo (TMT) (Reitan, 1992): instrumento diagnóstico popular para muchos tipos de disfunción cerebral. Consiste en un ejercicio de “conectar los puntos” que contiene 25 objetivos y test de atención visual, velocidad motora, flexibilidad cognitiva y alternancia de tareas. Permite cuantificar la velocidad de procesamiento y la capacidad de alternancia mental.

Test de fluidez verbal semántica y fonológica (FAS) (Pineda, 1996): prueba de producción verbal controlada y programada, sensible a las alteraciones en el funcionamiento de las áreas pre-frontales izquierdas. Consta de dos partes: la fonológica y la semántica. Se mide mediante el número de palabras producidas dentro de cada categoría en un minuto. Analiza la generación léxica bajo restricciones fonéticas, revelando déficits en el acceso a redes semánticas.

Procedimiento

Se revisaron las historias clínicas de los adultos mayores internos y seminternados, con el fin de obtener información relevante sobre su estado cognitivo y salud general. Posteriormente se aplican los instrumentos de evaluación cognitiva: “Montreal Cognitive Assessment (MoCA)”, “Prueba de Recuerdo Selectivo Libre y con Claves (FCSRT)”, “Test de Trazo” y “Prueba de Fluidez Verbal (FAS)”. Los datos obtenidos a través de estas técnicas se registran en una base de datos, empleándose la aplicación Excel (Autores: Microsoft, versión. 14.0) para el procesamiento de datos cuantitativos.

Los datos estadísticos se procesan mediante el empleo del programa estadístico informático JAMOV 2.6.26. Inicialmente se analizan los supuestos de normalidad, se estima si los datos de la muestra se distribuyen de manera normal mediante la prueba de Shapiro Wilk. Luego se aplica la prueba de correlación de Pearson para determinar el grado de correlación entre el funcionamiento cognitivo global (deterioro cognitivo), las variables sociodemográficas y los índices de Katz (I-Katz) y Lawton (I-Lawton), seguido de una regresión lineal múltiple para predecir la cognición evaluada por el instrumento MOCA a partir de ambas escalas. Además, se obtienen las medias de puntaje y finalmente, utilizando la Prueba T se comparan las variables clínicas (Antecedentes patológicos personales, hábitos tóxicos y estilos de vida inadecuados) con el funcionamiento cognitivo global, definido por los puntajes obtenidos en la Evaluación Cognitiva Montreal (Montreal cognitive assessment / MoCA).

RESULTADOS

Funcionamiento cognitivo global.

Los resultados, sobre el funcionamiento cognitivo global en los adultos mayores, evidencian una heterogeneidad que oscila entre no deterioro cognitivo y el deterioro cognitivo severo. El 46 % de los adultos mayores, presenta un deterioro cognitivo moderado, el 39 % un deterioro cognitivo leve, mientras que el 7 % de la muestra no presentan deterioro cognitivo, coincidiendo con los que poseen deterioro cognitivo severo.

La variable funcionamiento cognitivo global en base al análisis de las puntuaciones del instrumento MoCA, según las variables sociodemográficas: edad, escolaridad, color de la piel y estado civil ($p = 0,670 > 0,05$) sigue una distribución normal, determinada mediante la prueba de Shapiro Wilk, por lo que no se rechaza la hipótesis nula de normalidad. Esto se demuestra mediante los residuos del modelo de regresión. El análisis de regresión lineal múltiple mostró que la escolaridad fue el único predictor estadísticamente significativo de la puntuación MoCA ($\beta = 2,75$), ($p = 0,003$), explicando el 34,3 % de la varianza ($R^2 = 0,343$). Por cada incremento en el nivel de escolaridad, se observó un aumento promedio

de 2,75 puntos en la puntuación MoCA. En contraste, la edad, el color de piel y el estado civil no presentaron asociaciones significativas (todos $p > 0,05$).

Con relación a los antecedentes patológicos personales, se puede indicar que la variable funcionamiento cognitivo global en base al análisis de las puntuaciones del instrumento MoCA, según la hipertensión arterial ($p = 0,823 > 0,05$), la enfermedad cerebro vascular ($p = 0,866 > 0,05$), la epilepsia ($p = 0,592 > 0,05$) y la insuficiencia cardiaca ($p = 0,619 > 0,05$), se distribuye de forma normal, no hay evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula debido a que no hay diferencias significativas en cada caso. Este resultado justifica el uso de la prueba t estándar.

Sin embargo, aunque la variable funcionamiento cognitivo global se distribuye de forma normal según la variable clínica antecedentes patológicos personales: diabetes mellitus ($p = 0,592 > 0,05$), trastorno del sueño ($p = 0,486 > 0,05$) y depresión ($p = 0,418 > 0,05$), el tamaño de la muestra en dichos grupos es desbalanceado ($n = 1$), lo que invalida la prueba paramétrica. Este resultado invalida el uso de la prueba t estándar, por lo que se opta por el análisis descriptivo cualitativo.

Respecto a la variable funcionamiento cognitivo global, se puede indicar que en base al análisis de las puntuaciones del instrumento MoCA, según hábitos tóxicos: tabaquismo ($p = 0,571 > 0,05$), alcoholismo ($p = 0,679 > 0,05$) y cafeína ($p = 0,684 > 0,05$) se distribuye de forma normal, no hay evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula debido a que no hay diferencias significativas en cada caso.

Por otra parte, según la variable inadecuados estilos de vida, el funcionamiento cognitivo se distribuye de forma normal: obesidad ($p = 0,611 > 0,05$), lo que justifica el uso de la prueba t estándar.

Sin embargo, aunque la variable funcionamiento cognitivo global se distribuye de forma normal según sedentarismo ($p = 0,449 > 0,05$), el tamaño de la muestra es desbalanceado ($n = 1$), lo que invalida la prueba paramétrica. Al no ser aplicable la Prueba t por lo antes expuesto, ni la prueba no paramétrica Mann-Whitney U por no contar con al menos 5 casos ($n = 1$), se opta por el análisis descriptivo cualitativo.

Se puede indicar que la variable Funcionamiento cognitivo global en base al análisis de las puntuaciones del instrumento MoCA, según los Índices de Katz y Lawton, resultan $W = 0,985$ y $p = 0,953$, lo que sugiere que los residuos no se desvían significativamente de la normalidad.

Análisis de la relación deterioro cognitivo-variables sociodemográficas

La Matriz de Correlaciones muestra que la escolaridad presenta una correlación positiva significativa con la puntuación del instrumento MoCA ($r = 0,539$, $p = 0,003$). Esto indica que, a mayor escolaridad,

mayor puntuación, en cambio color de la piel no muestra una correlación significativa ($r = -0,093$, $p = 0,638$), al igual que el estado civil ($r = 0,043$, $p = 0,827$) y la edad ($r = -0,085$, $p = 0,666$).

Análisis de la relación deterioro cognitivo-variables clínicas

Al comparar la variable funcionamiento cognitivo con la variable clínica antecedentes patológicos personales, los resultados muestran que no existen diferencias significativas entre los grupos de adultos mayores que padecen hipertensión arterial y los que no la padecen ($t(26) = -0,238$, $p = 0,814$). El tamaño del efecto, calculado mediante la d de Cohen ($d = -0,090$), no es significativo, considerando $[-0,2 \leq |d| < 0,5]$ como efecto pequeño (Cohen, 1988), lo que indica que la hipertensión arterial no está asociada a un deterioro cognitivo medido por el instrumento MoCA en esta muestra.

Con relación a la enfermedad cerebrovascular, no se muestran diferencias significativas entre los adultos mayores con y sin enfermedad cerebrovascular ($t(26) = 0,736$, $p = 0,468$). Con un tamaño de efecto pequeño ($d = 0,285$) indicando que la presencia de enfermedad cerebrovascular no se asocia con un peor deterioro cognitivo.

La prueba t de Student no muestra diferencias significativas entre los grupos de adultos mayores con y sin epilepsia ($t = 1,02$, $p = 0,318$), con un tamaño de efecto pequeño ($d = 0,19$), lo que sugiere un impacto mínimo de la epilepsia en el rendimiento cognitivo.

Respecto a la insuficiencia cardiaca, no se evidencian diferencias significativas entre los grupos de adultos mayores que la padecen y los que no ($t = -0,235$, $p = 0,816$), con un tamaño de efecto pequeño ($d = -0,173$), lo que sugiere un impacto mínimo de la insuficiencia cardiaca en el rendimiento cognitivo.

Por otra parte, al comparar la variable funcionamiento cognitivo con la variable clínica hábitos tóxicos, los resultados revelan que el tabaquismo ($t = -0,306$, $p = 0,762$) no se asocia con cambios significativos en la puntuación obtenida en el instrumento MoCa, alcanzando un tamaño del efecto muy pequeño ($d = -0,117$). El consumo de alcohol ($t = -0,450$, $p = 0,656$) no afecta significativamente la puntuación del instrumento MoCA, presentando un tamaño del efecto pequeño ($d = -0,197$). El consumo de cafeína ($t = -0,357$, $p = 0,724$) no muestra un impacto significativo en la cognición, obteniendo un tamaño de efecto pequeño ($d = -0,165$).

Respecto a la variable clínica inadecuados estilos de vida, al compararla con la variable funcionamiento cognitivo, los resultados muestran que no existen diferencias significativas entre los grupos de adultos mayores con y sin obesidad ($t = -1,23$, $p = 0,230$), no obstante, se evidencia un tamaño del efecto grande

($d = -0,902$) lo que sugiere que la obesidad podría influir en la puntuación obtenida del instrumento MoCA.

Análisis de la relación deterioro cognitivo-esfera funcional-psicológica

La Matriz de Correlaciones de Pearson no evidencia correlación lineal significativa entre la variable Funcionamiento Cognitivo Global y el Índice de Katz ($r = 0,048$, $p = 0,810$, en el caso del Índice de Lawton ($r = 0,251$, $p = 0,198$) se detecta una correlación débil y no significativa que sugiere una tendencia (no estadísticamente válida) a que mayor cognición se relacione con mejor desempeño en las actividades instrumentales de la vida. Sin embargo, entre ambos índices (Katz/Lawton) existe una correlación positiva fuerte y estadísticamente significativa ($r = 0,599$, $p < 0,001$), lo que indica que, a mayores puntuaciones en uno de los índices, tiende a corresponder mayores puntuaciones en el otro. Como ambos evalúan independencia funcional, pudiera sugerir que los adultos mayores que son más independientes en las actividades medidas por el índice de Katz, también lo son en las evaluadas por el Índice de Lawton. El Modelo de Regresión Múltiple, con la variable Funcionamiento Cognitivo Global (variable dependiente) y los índices de Katz y Lawton (predictores), indica un ajuste pobre de la varianza en la variable Funcionamiento Cognitivo Global ($R^2 = 0,0793$), explicando sólo el 7.93%. Además, no identifica predictores significativos (Katz: $\beta = -1,62$, $p=0,511$; Lawton: $\beta = 4,35$, $p = 0,161$), aunque en el Índice de Lawton su coeficiente es positivo y sugiere una posible tendencia, esta no se puede confirmar. La falta de asociación significativa sugiere que la cognición evaluada por el instrumento MoCA no es un determinante clave de la funcionalidad en los Índices de Katz y de Lawton en esta muestra.

Características de las capacidades cognitivas visuoespacial ejecutiva, identificación, atención, lenguaje, abstracción, memoria y orientación

Los resultados al evaluar las funciones ejecutivas y capacidades visuoconstructivas reflejan una dificultad en las habilidades relacionadas con la organización espacial y la planificación, sugiriendo que la mayoría de los evaluados enfrentan desafíos significativos en tareas que demandan coordinación visuoespacial o resolución de problemas ejecutivos

En la tarea de Identificación se evidencia que una proporción considerable de individuos demuestra competencia en tareas de reconocimiento y denominación, aunque existe un grupo relevante con limitaciones en procesos cognitivos asociados a la identificación de estímulos visuales o contextuales.

Errores comunes: confusión entre un rinoceronte y un búfalo, confusión entre un camello y una jirafa.

El análisis de la Atención sugiere, como se observa en la tabla 1, que la atención sostenida y la capacidad de alternancia cognitiva varían según la tarea específica evaluada.

Tabla 1. Comportamiento de la habilidad Atención

| Sub-variables | Ítem | Puntuación máx. por cada Ítem | Porcentaje de adultos mayores por puntuación obtenida | |
|---------------|-----------------------------|-------------------------------|---|-------------------|
| | | | Inferior a la Puntuación Máxima | Puntuación Máxima |
| Atención | Serie de números | 2 | 61% | 39% |
| | Vigilancia y administración | 1 | 43% | 57% |
| | Serie del 7 | 3 | 46% | 54% |

Con relación al dominio Lenguaje, se manifiesta una limitación generalizada en habilidades lingüísticas, como la fluidez verbal, la comprensión o la denominación, lo que podría asociarse a deterioros en áreas cerebrales vinculadas al procesamiento del lenguaje.

Por otra parte, la habilidad Abstracción refleja que, aunque un grupo mayoritario demuestra capacidad para conceptualizar ideas complejas o establecer analogías, una minoría presenta dificultades para operar con conceptos abstractos, posiblemente relacionadas con alteraciones en el razonamiento lógico.

En cuanto a la habilidad Recuerdo diferido, Estos resultados evidencian deficiencias críticas en la retención y recuperación de información a largo plazo, lo que podría asociarse a afectaciones en la memoria episódica o en procesos de consolidación neuronal.

Respecto a la habilidad Orientación, Esto indica que, mientras la mitad de los evaluados mantiene una adecuada conciencia temporal, espacial y personal, la otra mitad muestra alteraciones en la orientación, un hallazgo común en condiciones asociadas a desorientación cognitiva o confusión contextual.

La integración de estos datos permite identificar patrones específicos: dominios como visuoespacial ejecutiva y recuerdo diferido muestran déficits generalizados, mientras que en atención y lenguaje existen variaciones según la tarea evaluada. Estos resultados subrayan la importancia de diseñar intervenciones diferenciadas que aborden las áreas críticas identificadas.

En la figura 1 se muestra las puntuaciones promedio obtenidas en cada una de las habilidades que examina el instrumento MoCA, evidenciándose menor rendimiento en Recuerdo diferido (Memoria), Visuoespacial ejecutiva, Atención y Lenguaje.

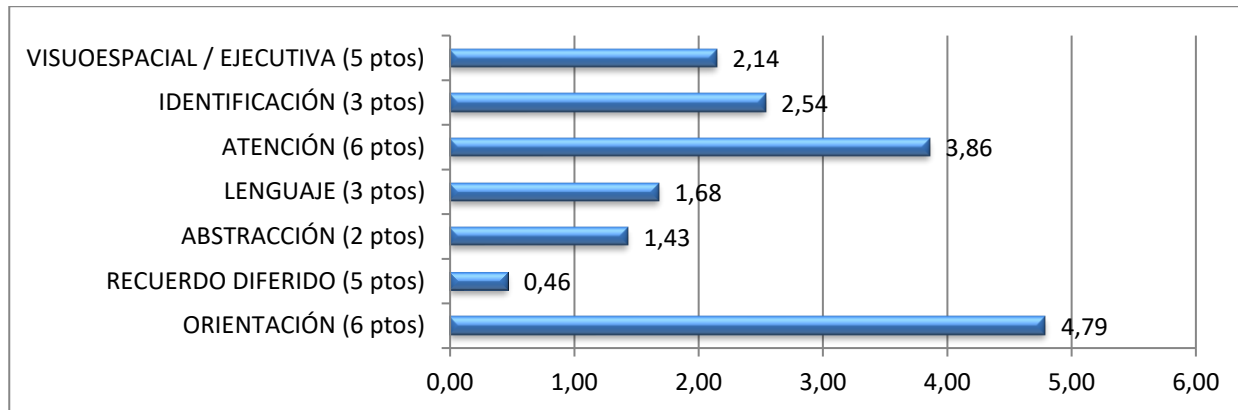


Fig. 1 Comportamiento de las capacidades cognitivas de la muestra.

Características del funcionamiento de los procesos de atención, memoria y lenguaje, de adultos mayores que presentan deterioro cognitivo leve (DCL)

En el Test de Trazo (Parte A) se evidencian resultados heterogéneos. Un grupo de los adultos mayores presentaron dificultades significativas en atención sostenida y velocidad de procesamiento, mientras que otro grupo manifestó dificultad en el seguimiento de instrucciones.

En la Parte B, se muestra una preservación relativa de estas habilidades en parte del grupo, aunque se manifiestan algunos errores de secuenciación.

Otros aspectos observados a tomar en cuenta son las estrategias de conexión, como el uso del dedo como guía, y de repetición, como repetir en voz alta las indicaciones de la investigadora, que utilizaron los participantes en el transcurso de las tareas.

En la fluidez fonológica, la mayoría presenta bajo rendimiento según los criterios establecidos. Mientras que, en la fluidez semántica, todos presentan dificultades en el acceso léxico-semántico (perseveraciones) y en la organización conceptual.

En el FCSRT (Evaluación de Memoria), los resultados sugieren que la mayoría de los adultos mayores no se encuentra dentro de los rangos esperados para adultos sanos ($RT \geq 40/48$ y $RDT \geq 12/16$). La mejora con pistas se manifiesta en los participantes indicando la capacidad de beneficiarse de apoyos externos.

El recuerdo libre total (RLT) muestra variabilidad, una parte significativa del grupo presenta indicadores de posible deterioro avanzado ($RLT < 24/48$ y $RLD < 6/16$), mientras la otra parte presenta rangos esperados para adultos sanos ($RLT \geq 24/48$ y $RLD \geq 6/16$).

Discusión de los resultados

En la muestra analizada, se evidencia una mayor prevalencia de la soltería (61 %) como estado civil, lo que discrepa con la investigación de Martínez Verdecia (2023) realizada con adultos mayores de Holguín, donde la mayor numeración se encontró en el estado civil unión consensuada (47 %).

Con relación a los hábitos tóxicos, el tabaquismo (57 %) tiene mayor incidencia, seguido por el alcoholismo (25 %), lo que es coincidente con la investigación de Valdés-Pino, (2024), realizada con adultos mayores de Pinar del Rio, por lo que se le asocia la propensión a presentar deterioro cognitivo a adultos mayores que incurran en ellos.

Los resultados muestran, en los adultos estudiados, una mayor prevalencia de la hipertensión arterial como antecedente patológico personal (54 %), lo que es coincidente con la investigación de R. Mejía (2021), donde el 35% de su muestra lo padece. Sin embargo, se observa mayor incidencia de diabetes mellitus (32 %) y de insuficiencia cardiaca (27 %) que en estudio actual.

Otro antecedente patológico personal que se destaca es la enfermedad cerebrovascular (ECV) (39 %). Al comparar los hallazgos con la investigación de Valdés-Pino, realizada en el año 2024, se evidencia, nuevamente, el predominio de la hipertensión arterial (32 %) como antecedente patológico personal, lo cual coincide con los datos obtenidos. Por otro lado, se observa menor incidencia de enfermedad cerebrovascular (8 %) que la resultante en el presente estudio.

Referente a la escolaridad, el nivel educativo medio superior (43 %), y nivel educativo medio (32 %) tienen mayor prevalencia en la muestra, lo que coincide con la investigación de Martínez Verdecia (2023), diferenciándose, en este caso, en que predomina más el nivel medio (41%) que el nivel educativo medio superior (32 %).

El grupo con educación primaria o inferior muestra una marcada asociación con el deterioro severo (7 %), mientras que el nivel universitario solo presenta un 4% en deterioro leve. Esto se evidencia en la investigación de R. Mejía (2021) en donde los adultos mayores con menos de 12 años de estudios, es decir, con una escolaridad inferior al nivel medio superior, son más propensos a presentar deterioro cognitivo.

La distribución por edad revela que la no presencia de deterioro cognitivo se presenta en los grupos de hasta 65 y de 66-70 años (4 % en ambos grupos), mientras que el deterioro cognitivo leve es predominante en mayores de 80 años (18 %,) y el deterioro severo se concentra en el grupo de 71 a 80 años (7 %). El deterioro moderado no se manifiesta en el rango de edad de hasta 65 años. En el estudio de Martínez Verdecia (2020), realizada con adultos mayores de Holguín, a diferencia de los resultados obtenidos,

predomina el rango de edad de 70 a 79 años en cada grado de deterioro cognitivo. Prevalen los adultos mayores con deterioro cognitivo leve, representando el 57 % de la muestra (donde el rango de edad de 70 a 79 años representa el 26 %). El 22 % de los adultos mayores participantes en su investigación no presentaron deterioro cognitivo, el 15 % poseía deterioro cognitivo moderado y solo el 7 % deterioro cognitivo severo. Sin embargo, se coincide en que, en adultos mayores de 85 años se evidencia un descenso en la frecuencia de deterioro cognitivo leve.

Por otro lado, al comparar este estudio con el resultado obtenido en la investigación de R. Mejía (2021), el mayor porcentaje de los adultos mayores tuvo un deterioro cognitivo leve (48 %), el 27 % no tuvo deterioro cognitivo, el 26 % presentó un deterioro moderado, y sólo el 0.5% severo, predominando en los dos últimos (deterioro cognitivo moderado o severo) los rangos de edades de 66 a 70 y 71 a 80 años, lo que corrobora que, a una edad avanzada aumenta el riesgo de desarrollar deterioro cognitivo o del progreso del mismo.

En el caso de la investigación de Chuquipul Mendoza, realizada en el 2018, los resultados coinciden con los del presente estudio, siendo el deterioro cognitivo moderado el predominante en la muestra, seguido por el deterioro cognitivo leve (26 %), y el cognitivo severo con el porcentaje más bajo (4 %). En su estudio, todos los adultos mayores presentan deterioro cognitivo, mientras que en la presente investigación se evidencia un porcentaje bajo de adultos mayores que no presentan este trastorno.

Las capacidades cognitivas como el recuerdo diferido, la habilidad visuoespacial/ejecutiva y la atención emergen como unos de los dominios con mayor compromiso en el estudio actual.

En evocación/recuerdo diferido, tanto el estudio actual como el de Hernández Ulloa coinciden en un 100% de alteraciones, indicando un deterioro marcado en la memoria a largo plazo. No obstante, en Chuquipul Mendoza, solo el 46 % de los casos con deterioro cognitivo leve (DCL) y el 8 % con deterioro severo presentan afectaciones en esta capacidad. La discrepancia entre el 100% de alteraciones (estudio actual y Hernández Ulloa) y los porcentajes menores en deterioro leve (46 %) y severo (8 %) de Chuquipul Mendoza, sugiere que este dominio actúa como marcador de gravedad: su deterioro es constante en fases avanzadas, pero su manifestación en etapas iniciales depende de mecanismos compensatorios o heterogeneidad patológica.

La habilidad visuoespacial/ejecutiva muestra alta prevalencia en el estudio actual (93 %), siguiéndole la atención (86 %), la cual mantiene una afectación elevada en todas las investigaciones, confirmando su rol como proceso transversalmente vulnerable en el envejecimiento, ligado a la disfunción de redes frontoparietales. La comparación de los resultados del estudio actual con la investigación de Hernández

Ulloa (2021) permite identificar patrones y divergencias en las alteraciones cognitivas de adultos mayores. En la dimensión visuoespacial/ejecutiva, el estudio actual, reporta alteraciones en el 93 % de los casos, mientras que en el de Hernández Ulloa se observa un 43%. Esta diferencia podría asociarse a variaciones en el perfil de la población, como el grado de deterioro cognitivo en las muestras evaluadas. En el lenguaje, se destaca que el 68% de los participantes del estudio actual presenta alteraciones, en contraste con Hernández Ulloa, quien no reporta afectaciones en la repetición (0 %). Esta discrepancia podría explicarse por la amplitud de los componentes evaluados: mientras el primer estudio analiza aspectos globales del lenguaje (como fluidez o nominación), el segundo se centra exclusivamente en la capacidad de repetición, lo que limita la detección de déficits en otras áreas lingüísticas.

Esta consistencia sugiere que estos procesos son vulnerables en etapas avanzadas de deterioro cognitivo, posiblemente debido a la degeneración de estructuras temporo-límbicas y frontotemporales asociadas a estas funciones.

Respecto a la orientación, la variabilidad entre estudios destaca diferencias contextuales: el estudio actual muestra un equilibrio entre casos con y sin alteraciones (50%), lo cual podría relacionarse, con la pérdida de referentes cronológicos. Mientras, en la investigación de Hernández Ulloa se identifica 57 % de afectaciones espacio-temporales. Por su parte, Chuquipul Mendoza revela que 100 % de los participantes presenta dificultades en orientación espacial y temporal. Estas diferencias podrían reflejar variaciones en factores contextuales, como la relevancia cultural de ciertos referentes temporales en la población estudiada.

Estos hallazgos subrayan la multifactorialidad del deterioro cognitivo, destacando la necesidad de intervenciones con abordajes personalizados, considerando la etapa del deterioro, los factores metodológicos y socioculturales, que prioricen el control de hábitos tóxicos, el manejo de enfermedades crónicas, el fortalecimiento educativo en poblaciones de riesgo.

En resumen, 85 % de los adultos mayores evaluados presentó deterioro cognitivo moderado y leve, con mayor afectación en quienes superan los 70 años de edad. La escolaridad mostró correlación positiva con mejores puntuaciones en el MoCA, confirmando su rol como factor protector clave. Las enfermedades crónicas identificadas no muestran asociación estadística significativa con la severidad del deterioro. Los adultos mayores con deterioro cognitivo muestran mayores déficits en memoria, lenguaje y habilidades visuoespaciales/ejecutivas, además muestran heterogeneidad en la atención sostenida y desempeños óptimo en vigilancia, pero 46 % falló en tareas de cálculo serial. El MoCA demostró sensibilidad para

detectar alteraciones sutiles en las capacidades cognitivas, lo que puede indicar su utilidad para ser usado en contextos institucionales cubanos como instrumento de screening o de pesquisaje.

De manera general, esta investigación caracteriza el funcionamiento cognitivo global de las personas mayores que asisten a un hogar de ancianos del municipio Diez de Octubre y aporta herramientas validadas para su evaluación. Es valiosa debido a que promueve la atención al envejecimiento en el contexto cubano, aunque presenta como limitación que la muestra se compone solo de adultos mayores del sexo masculino, lo que no permite explorar la relación causal entre factores clínicos y deterioro cognitivo entre ambos sexos. Investigaciones similares posteriores deben considerar en la muestra a hombres y mujeres para identificar patrones y/o desigualdades del envejecimiento cerebral.

El estudio de este tema es de gran importancia para el diseño de intervenciones con el objetivo de frenar el deterioro cognitivo leve de los pacientes diagnosticados, entrenando los procesos cognitivos con mayor afectación, y para contribuir a la superación del personal que trabaja en los hogares de ancianos en la aplicación de pruebas cognitivas validadas (ej. MoCA) para detección temprana de este trastorno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfonso L, Soto D y Santos N (2016). Tesis de Maestría: Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores en el Círculo de abuelos del consultorio 3 perteneciente al área de salud, 5 de septiembre en Consolación del Sur, Pinar del Río en el año 2014. *Revista Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 20 (1), 47-53. alzhaimers.org [Internet]. Reino Unido: Alzheimer's Society; 2022. Disponible:<https://www.alzhaimers.org.uk/about-dementia/symptoms-and-diagnosis/how-dementia-changes-perception#:~:text=A%20person%20with%20dementia%20may,a%20car%20or%20recognising%20objects>.
- Ardila A, Arocho M A, Labos E y Rodríguez W (2015). *Diccionario de Neuropsicología*. Florida International University.
- Bonilla A, Medina J A, Mora F y Sánchez N (2023). *Deterioro Cognitivo leve. Guía de actuación en farmacia comunitaria*. Madrid: SEFAC.
- Chorreño Parra J (2020). Abordaje diagnóstico del paciente con deterioro cognitivo en el primer nivel de atención. *Med Int Méx*, 36(6), 807-824.

Chuquipul P, Izaurirre C (2018). Deterioro Cognitivo y Calidad de vida del Adulto Mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa Los Reyes, Ventanilla 2018. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener.

Díaz E y Sosa A (2010). Intervención cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo ligero y demencia leve. MEDISAN, 14(6).

Erickson K I *et al.* (2011). Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. PNAS.

Estandarización y normalización de pruebas neuropsicológicas para países de Latinoamérica (2023). Manual del administrador. fpmaragall.org [Internet]. Barcelona: Fundación Pasqual Maragall; 2020. fpmaragall.org [Internet]. Barcelona: Fundación Pasqual Maragall. Disponible: <https://blog.fpmaragall.org/tipos-de-atencion>.

Fusté M, Pérez M y Paz L (2018). Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la Casa de Abuelos del municipio de Camajuaní, Cuba. Rev novedades en población [Internet]. enero-julio [citado: 2025 mayo 12]; 14(27). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1817-40782018000100012

González F, Facal D y Yaguas J (2013). Funcionamiento cognitivo en adultos mayores e influencia de variables socioeducativas - Resultados del Estudio ELES. Escritos de Psicología, 6(3), 34-42.

Dirección de Registros Médicos y Estadística de Salud del Ministerio de Pública de Cuba: Anuario Estadístico de Salud (2023). [Versión electrónica ISSN: 1561-4433] Ed 52. 2024. Octubre [citada: 2025 enero 16]; [aproximadamente 200 pp.]. <https://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/> o <https://temas.sld.cu/estadisticassalud/>

Harris S S, Link C L, Tennstedt S L, Kusek J W & McKinlay J B (2007). Care seeking and treatment for urinary incontinence in a diverse population. J Urol, 177(2), 680-684.

Hernández E (2022). Abordaje integral en adultos mayores con Alzheimer y sus cuidadores, desde un enfoque centrado en la persona. Revista Foro Cubano de Divulgación, ISSN. 2590-4833 [en línea]. 5(46).

Hernández E (2021). Intervenciones psicológicas en adultos mayores con deterioro cognitivo leve. Revista Alternativas cubanas en Psicología, 11(31).

Hernández P *et al.* (2018). Narrative Analysis in Trauma Recovery. Journal of Traumatic Stress.

Hölzel B K *et al.* (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. Psychiatry Research: Neuroimaging.

- Huntley J D *et al.* (2021). Cognitive training interventions for dementia and mild cognitive impairment in Parkinson's disease. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Jack C R *et al.* (2018). NIA-AA Research Framework: Toward a biological definition of Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*.
- Kuiper J S *et al.* (2015). Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis. *Aging Research Reviews*.
- Ledesma R *et al.* (2008). Tamaño del efecto: Revisión teórica y aplicaciones con el sistema estadística ViSTa. *Revista Latinoamericana de Psicología*, (3), 425-439.
- Livingston G *et al.* (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*.
- Lozano M *et al.* (2009). Validación del Montreal Cognitive Assessment (MoCA): test de cribado para el deterioro cognitivo leve. Datos preliminares. *Alzheimer. Real Invest Demenc*, (43), 4-11.
- Mander B A *et al.* (2013). Sleep and human aging. *Neuron*.
- Manzano M (2018). *Temas de Psicología Cognitiva 1: Selección de Lecturas*. La Habana, Editorial Universitaria Félix Varela.
- Martín I. *Guía Rápida Jamovi*. Universidad de Granada.
- Martínez E (2020). Prevalencia de deterioro cognitivo en adultos mayores. Área de salud Alex Urquiola, municipio Holguín. Tesis para optar por la condición de Especialista de Primer Grado en Psiquiatría de Adulto. Holguín: Universidad de Ciencias Médicas.
- Mejía C *et al.* (2021). Deterioro cognitivo en poblaciones urbanas y rurales de la mediana altura geográfica en Bolivia: Prevalencia y factores asociados. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 59(4).
- MoCA-8.1-Instructions-Spain/Spanish-Version of 19 Feb 2018. Mapi ID061021 / MoCA 8.1-Instructions_AU1.0_spa-ES.docx
- Morris M C *et al.* (2015). MIND diet associated with reduced incidence of Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*.
- Orosa T (2017). *La tercera Edad y la Familia, una mirada desde el adulto mayor*. La Habana: Editorial Universitaria Félix Varela.
- Piqueras M (2024). *Diferencias entre demencia y deterioro cognitivo leve*. Sanitas Mayores.
- Rabbitt P y Lowe C (2000). Patterns of cognitive ageing. *Psychological Research*, (63), 308-316.

Rodríguez A (2018). Apoyo Social en Adultos Mayores que pertenecen al Consultorio 14 del Policlínico Louis Pasteur. Trabajo para optar por el título de Master en Salud Mental Comunitaria. La Habana: Universidad de La Habana.

Savigne J, Pérez J y González Y (2021). El adulto mayor en Cuba y la calidad de vida. Revista Observatorio de las Ciencias Sociales en Iberoamérica, 1(6).

Stern Y (2012). Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. *Lancet Neurology*.

Tavares V *et al.* (2023). Efectos del ejercicio sobre el funcionamiento cognitivo en adultos con enfermedades mentales graves: una revisión meta-analítica. *Investigación en psiquiatría*, 321(115081).

Tung E *et al.* (2020). Abordaje del adulto mayor con nuevos síntomas cognitivos. Revisión Temática sobre El envejecimiento y la medicina geriátrica, 95(6), 1281-1292.

Valdés Pino M *et al.* (2024). Factores asociados al deterioro cognitivo en ancianos en un consultorio médico. *Revista Ciencias Médicas*, 28(1).

Xie L *et al.* (2013). Sleep drives metabolite clearance from the adult brain. *Science*.

Zaldívar D (2018). Entrenamiento cognitivo en adultos mayores con deterioro cognitivo. *Alternativas cubanas en Psicología*, 6(18).