

Estado Cognitivo en Adultos Mayores Institucionalizados: Comparación a Partir de la Red de Apoyo Disponible

Cognitive Status in Institutionalized Older Adults: Comparison Based on the Available Support Network

Daisy Katherine Pabón Poches^{1,2}, Jesús Armando Delgado Meza^{2,3}, Laura Juliana Barchelot Aceros^{1,3}, Yuliana Andrea Lara Gómez² y Andrea Margarita Nova Ardila²

¹ Programa de Doctorado en Psicología, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad Simón Bolívar sede Barranquilla

² Programa de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad de Investigación y Desarrollo campus Bucaramanga

³ Programa de Doctorado en Ciencias de la Educación, Escuela de Educación, Universidad Cuauhtémoc

La institucionalización de los adultos mayores es cada vez más frecuente, sin embargo, su estudio es bastante inferior respecto a los no institucionalizados. Aunque se han reportado tasas más elevadas de deterioro cognitivo en mayores institucionalizados, son pocos los datos que permiten entender las condiciones en las que se presenta este funcionamiento cognitivo, por ejemplo, la red de apoyo disponible: apoyo familiar o institucional. Por ello, se realizó un estudio cuantitativo de corte transversal y alcance correlacional, para describir las diferencias en el estado cognitivo entre adultos mayores institucionalizados con red de apoyo familiar y red de apoyo institucional o caridad. Se aplicó la escala MoCa a 84 adultos mayores institucionalizados, seleccionados por conveniencia en 4 hogares geriátricos de Bucaramanga, Santander. Se utilizó χ^2 de Pearson para el análisis de los datos, obteniendo una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos en el funcionamiento de la capacidad visoespacial, donde los mayores institucionalizados por caridad, reportaron un mejor funcionamiento. Los adultos mayores con red de apoyo familiar manifiestan más áreas de funcionamiento cognitivo afectadas. Se entiende que la red de apoyo institucional, los vínculos, relaciones y actividades propias de este contexto son importantes para el adulto mayor. Se recomienda que, para un cuidado óptimo del adulto mayor, se priorice la atención de las necesidades socioemocionales, favoreciendo la conservación de su funcionamiento cognitivo. También se sugiere trabajar con estimulación cognitiva, especialmente en el recuerdo diferido y la abstracción, pues suelen ser 2 de las funciones cognitivas más afectadas.

Palabras clave: capacidad cognitiva, adulto mayor, cuidado institucional, deterioro cognitivo

Institutionalization of older adults is increasingly frequent; however, the study of this population is much lower than that of the non-institutionalized. Although higher rates of cognitive /decline have been reported in institutionalized elderly, there is little data to understand the conditions under which this cognitive functioning occurs; for example, the available support network: family or institutional support can help to understand the conditions under which this decline occurs. Therefore, a quantitative cross-sectional study with correlational scope was proposed, in order to describe the differences in cognitive status between institutionalized older adults with family support network and institutional support network or charity. For this purpose, the MoCa scale was applied to 84 institutionalized older adults. The results indicate a statistically significant difference between the groups, in the visuospatial capacity functioning, the elderly institutionalized by charity present a better functioning; in addition, the elderly with family support network report more areas of cognitive functioning affected. It is understood that the institutional support network, the links, relationships and activities of this context are important for the older adult. In addition to this, it is recommended that for optimal care of the older adult, priority should be given to the attention of socioemotional needs, favoring the preservation of cognitive functioning. It is also suggested to work with cognitive stimulation, especially in delayed recall and abstraction, since these are usually the most affected cognitive functions.

Keywords: cognitive capacity, elderly, institutional care, cognitive decline

Daisy Katherine Pabón Poches  <https://orcid.org/0000-0002-0474-6462>

Jesús Armando Delgado Meza  <https://orcid.org/0000-0002-4850-1088>

Laura Juliana Barchelot Aceros  <https://orcid.org/0000-0002-4776-3721>

El artículo es parte de una tesis para Optar al Grado de Psicólogo de la Universidad de Investigación y Desarrollo. No existe ningún conflicto de intereses que revelar.

La correspondencia relativa a este artículo debe ser dirigida a Daisy Katherine Pabón Poches, Programa de Psicología, Universidad de Investigación y Desarrollo campus Bucaramanga, Calle 9 N° 23 - 55, Barrio la Universidad, Bucaramanga, Santander, Colombia. Email: dpabon1@udi.edu.co

El envejecimiento poblacional se ha convertido en un problema de orden mundial, debido al incremento de la esperanza de vida (Restrepo-Betancur & Rodríguez-Espinosa, 2014). Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), refiere que para el 2030 una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más, y para el 2050, las personas mayores de 80 años se triplicarán hasta alcanzar 426 millones; este envejecimiento poblacional empezó en países de ingresos altos ingresos, pero en la actualidad, los cambios más relevantes se observan en países de medianos y bajos ingresos.

En Latinoamérica, y específicamente en Colombia, se mantienen estas tendencias mundiales (Astorquiza Bustos & Chingal, 2019). La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017) indica que una persona que nace en el continente americano puede aspirar a vivir hasta los 75 años, casi 5 años más que el promedio mundial. Asimismo, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2018) estimó que para 2020 el porcentaje de personas con más de 60 años en Colombia correspondería al 13,5%, lo que contrasta con la estimación para 2070, cuando la participación de las personas de más de 60 años subiría a 32%, es decir, para el año 2070 Colombia tendría 183 adultos mayores por cada 100 jóvenes.

El envejecimiento es un proceso que presenta cambios inherentes, con transformaciones a nivel físico, psicológico y social, que aparecen con el transcurrir de los años (Muñoz Tortosa, 2001), pero, también, es frecuente encontrar enfermedades emergentes y no transmisibles, causantes de una buena cantidad de muertes anuales en personas mayores, siendo esto uno de los principales desafíos a enfrentar ante el envejecimiento de la población, sobre todo en aquellas regiones desiguales en el mundo (OPS, 2017). Así lo revelan diversos estudios (Huerta, 2019; Tello-Rodríguez et al., 2016; Varela-Pinedo, 2016), los cuales dan a conocer el impacto que esto genera en la salud pública, por los elevados costos en el tratamiento, lo que permite evidenciar que va a haber mayor dependencia e incapacidad de la mano del envejecimiento poblacional (Fernández-Daza & Martin Carbonell, 2019).

Considerando lo anterior, es necesario comprender que, los adultos mayores, por la naturaleza de su periodo de vida y los factores de riesgo a los que se ven expuestos, son una población vulnerable (Astorquiza Bustos & Chingal, 2019). Dentro de los factores de riesgo para este grupo etario se encuentran enfermedades médicas, alteraciones sensoriales, cambios en el estado de ánimo, inadecuada nutrición y secuelas de medicamentos para tratar enfermedades propias de la edad, pero, también, afectaciones en su estado cognitivo, como pérdida de fluidez verbal, alteraciones en la atención y memoria y disminución de la capacidad de análisis, entre otras (Álamo Vega et al., 2021). Esto implica, entonces, que, en la medida en que las personas mayores avanzan en edad, se encuentren con una mayor probabilidad de deterioro cognitivo y de dependencia funcional. Se ha encontrado que a menor función cognitiva mayor la dependencia funcional (Durán-Badillo et al., 2018).

Es ante este escenario que aparece el contexto de la institucionalización, pues muchas personas adultas mayores requieren de asistencia a largo plazo (cuidados domiciliarios o comunitarios, reclusión en asilos o estadias prolongadas en hospitales), lo que, acompañado de características como baja escolaridad, pertenencia a un estrato socioeconómico bajo, falta de hogar propio, carencias en los niveles de ingesta diaria y ser parte del régimen de salud subsidiado, redundan en la afectación de la calidad de vida de las personas mayores (Astorquiza Bustos & Chingal, 2019), lo que facilita la institucionalización en edades avanzadas.

Otros aspectos que facilita la institucionalización tienen que ver con los cambios en las dinámicas familiares, sociales y económicas, el mayor uso y costos de los servicios de salud y la percepción de recursos insuficientes por parte de la familia para el cuidado del adulto mayor (Fernández-Daza & Martin Carbonell, 2019; Huesa-Andrade et al., 2020). En muchas ocasiones, las instituciones geriátricas y las redes de apoyo encontradas allí otorgan mayor satisfacción que los vínculos emocionales dentro de las familias (González-Gaviria & Bedoya-Gallego, 2019). La soledad, los problemas de salud y la falta de redes de apoyo son precisamente condiciones que generan la institucionalización (Cardona-Arango et al., 2018).

Teniendo en cuenta lo anterior, se ha venido desarrollando en los últimos años un significativo número de investigaciones, motivadas por organismos gubernamentales, que, en su establecimiento de políticas públicas, procuran la conservación o mejora de la calidad de vida (Arias et al., 2020). A partir de ello, surgen estudios que bien representan la exploración de tales factores. Se destaca el estudio realizado en España por Huesa-Andrade et al. (2020), quienes concluyen que la presencia de deterioro cognitivo se asocia con la institucionalización y que las personas adultas mayores que reciben atención domiciliaria presentan mejor estado de independencia funcional y cognitiva, respecto a adultos mayores institucionalizados. En el mismo contexto, Díaz-Pelegrina et al. (2016) evaluaron pacientes adultos mayores institucionalizados, encontrando una alta prevalencia de deterioro cognitivo, el cual se relaciona con afectaciones en la marcha y el equilibrio.

En cuanto a los estudios en Latinoamérica, Ojeda et al. (2019), en Chile, encontraron que existe una relación significativa entre el estado cognitivo y el desempeño de las funciones ejecutivas, es decir, que a medida que el estado cognitivo del adulto mayor se va deteriorando el rendimiento de sus funciones ejecutivas igualmente disminuye. De igual forma, Flores Silva et al. (2020), en el estado de Colima en México, encontraron que la salud mental de la mayoría de los 34 adultos mayores institucionalizados estudiados estaba comprometida, haciéndose manifiesta principalmente como deterioro cognitivo severo, lo que, a su vez, impactó la funcionalidad para la realización de sus actividades básicas cotidianas. Asimismo, Rodríguez Quintana et al. (2019), en Ecuador, concluyeron en su estudio, realizado a una muestra de 87 adultos mayores institucionalizados, que estos presentaban una alta prevalencia de deterioro cognitivo, depresión y dependencia funcional.

Dichos estudios no son ajenos a los llevados a cabo en población colombiana. En el estudio realizado por Olave-Sepúlveda y Ubilla-Bustamante (2011), se halló una relación significativa entre autonomía e independencia del adulto mayor y su deterioro cognitivo, como producto de la institucionalización. Por otro lado, Campo Torregroza et al. (2018) detectaron una afectación cognitiva en una muestra de 62 adultos mayores institucionalizados en Santa Marta. Estos estudios dan cuenta también, de disminuciones de funciones cognitivas relacionadas a la flexibilidad, fluidez y originalidad (Arias López et al., 2013). Si bien es cierto que el estudio del estado cognitivo de personas mayores institucionalizadas ha tenido avances, no se ha realizado un contraste entre las que cuentan con una red de apoyo y las que no, pues notar el impacto de esta variable contribuiría a mejores estrategias de prevención e intervención.

Es por lo anterior que en esta investigación se planteó describir las diferencias en el estado cognitivo entre un grupo de adultos mayores institucionalizados en Bucaramanga, Colombia, que presentan red de apoyo familiar y otro que se encuentra en estado de abandono y recibe el apoyo institucional mediante la acogida por caridad. Se espera que, a raíz de esta investigación, se formulen propuestas para que los tomadores de decisiones, tanto de instituciones públicas como privadas, tengan la posibilidad de generar estrategias de prevención e intervención y se diseñen mejores programas para beneficio del adulto mayor.

Método

Diseño

Se llevó a cabo un estudio de enfoque cuantitativo de corte transversal, no experimental y de alcance correlacional.

Participantes

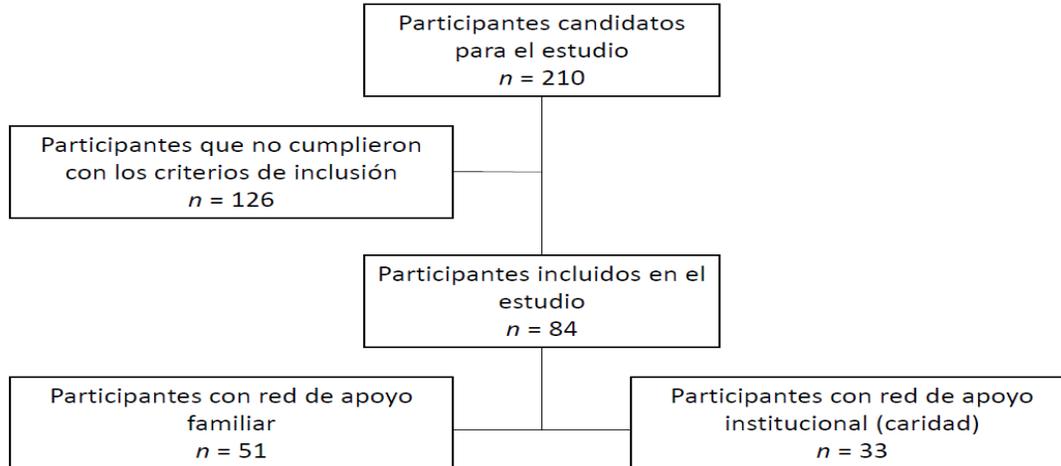
El tipo de muestreo considerado para este estudio fue no probabilístico por conveniencia, atendiendo a que los participantes debían ser adultos mayores institucionalizados entre los 60 a 87 años de edad. Se generó un acercamiento a los distintos centros geriátricos de la ciudad de Bucaramanga, presentando la propuesta investigativa y buscando obtener el aval de las instituciones geriátricas para poder obtener de allí la muestra de estudio. Una vez aceptada la vinculación de los investigadores a los centros geriátricos, se procedió a buscar a los adultos mayores que cumplieran con los criterios de inclusión: (a) ser adulto mayor institucionalizado de 60 o más años de edad, (b) estar ubicado en la ciudad de Bucaramanga (c) estar de acuerdo en participar en el estudio y firmar un consentimiento informado.

Aceptaron participar 84 adultos mayores de cuatro centros geriátricos de la ciudad de Bucaramanga, ubicados en sectores residenciales (Hogar Asilo San Rafael, Fundación Hogar Geriátrico Luz de Esperanza, Hogar Ángel de la Guarda y Hogar Dulce María), de estratos socioeconómicos 2 a 4, (clasificación que representa el nivel de ingresos socioeconómicos 1 es bajo – bajo, 2 es bajo, 3 es medio –bajo, 4 es medio, 5 es medio alto, y 6 es alto) habida cuenta de los criterios de participación.

En la Figura 1 se evidencia la distribución de la muestra de este estudio, distinguiendo los grupos de análisis.

Figura 1

Diagrama de Flujo de la Distribución de la Muestra



Instrumento

El instrumento seleccionado para la recopilación de los datos fue el test de evaluación cognitiva Montreal MoCA, con el fin de establecer el estado cognitivo en el adulto mayor. Esta herramienta fue creada originalmente por Nasreddine et al. (2005) y validada en el contexto colombiano por Pedraza et al. (2016), reportando un alfa de Cronbach de 0,851, confiabilidad test re-test aceptable mediante el coeficiente Rho de Lin (0,62), una validez de criterio buena con 0,658. El test de MoCA sirve para realizar un tamizaje breve y rápido de las alteraciones cognitivas que puede presentar una persona, evaluando algunos dominios cognitivos, como la habilidad visoespacial/funciones ejecutivas, identificación, memoria y recuerdo diferido, atención, lenguaje, abstracción, y orientación (Carcavilla, 2020). El tiempo de aplicación oscila entre 10 a 12 minutos y puede ser de manera individual, bajo la supervisión de un profesional. Con respecto a la calificación, esta se obtiene en cada uno de los dominios cognitivos de la siguiente manera: Habilidad Visoespacial/Función Ejecutiva 5 puntos, Identificación 3 puntos, Atención 6 puntos, Lenguaje 1 punto, Abstracción 2 puntos, Memoria y Recuerdo Diferido 5 puntos y Orientación 6 puntos (Carcavilla, 2020). La puntuación final se obtiene sumando todos los puntos que se encuentran registrados en el margen derecho del inventario, obteniendo un puntaje máximo de 30. Es importante mencionar que para la calificación de esta evaluación cognitiva se tuvo en cuenta la escolaridad del adulto mayor, ya que cuando este tiene una formación académica menor o igual a 12 años, se le suma un punto. Pedraza et al. (2016) afirman que se puede identificar "el uso de tres diferentes puntos de corte para identificar de manera más precisa el deterioro cognitivo leve, así: en sujetos con primaria o menos escolaridad (21/22), bachillerato completo o incompleto (23/24) y universitarios (24/25), lo que permitirá disminuir el número de falsos positivos y negativos en la tamización. Para demencia se encontró el mismo punto de corte propuesto por el autor (17/18)" (p. 227). Lo anterior significa que es importante tener en cuenta la escolaridad del adulto mayor para poder calificar el deterioro cognitivo en muestras colombianas.

Procedimiento

El procedimiento se alineó a los estatutos deontológicos y bioéticos establecidos en la ley 1090 (Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, 2006).

La aplicación del instrumento fue antecedida por la lectura y firma del consentimiento informado por parte de los participantes del estudio, garantizando accesibilidad a información de interés e importancia del estudio, así como también del manejo confiable de las respuestas. La aplicación de instrumentos se llevó a cabo de forma individual por dos estudiantes de último semestre de Psicología, durante el segundo semestre del año 2021.

Análisis Estadístico

El análisis estadístico considerado para este estudio se basó en técnicas descriptivas para las variables de naturaleza cuantitativa (escala): medidas de tendencia central y de dispersión (media, mediana, desviación estándar y rangos intercuartílicos) y para las variables de naturaleza cualitativa (nominales u ordinales): frecuencias y porcentajes. Con respecto a la estadística inferencial, para el caso de las variables categóricas (sexo, escolaridad, el estado civil, los motivos y tiempos de institucionalización) se utilizó χ^2 de Pearson y para las variables de escala o numéricas, previa aplicación del estadígrafo de normalidad (Kolmogorov Smirnov), se utilizó la *t* Student (edad) y la *U* de Mann-Whitney (dimensiones del estado cognitivo). Para la realización de los análisis estadísticos se utilizó SPSS Statistics 20.

Resultados

La muestra de este estudio estuvo conformada por 84 adultos mayores institucionalizados, de los cuales un 60.7% contaba con redes de apoyo familiar, mientras que un 39.3%, con redes de apoyo de caridad. La edad promedio de la muestra general fue de 76,3 años ($DE = 8,1$) y al compararse los dos grupos de estudio, por medio de la *T* Student, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($t(82) = -0,055$, p valor = 0,580) (Tabla 1).

Tabla 1
Edad de la Muestra Según Grupo de Estudio

Edad	Redes de apoyo familiar ($n = 51$)	Redes de apoyo institucional-caridad ($n = 33$)	Total ($n = 84$)
Media	76,7	75,7	76,3
Desviación estándar	9,3	6,0	8,1
Valor mínimo	60	64	60
Valor máximo	98	86	98

Respecto a las variables sociodemográficas (Tabla 2), el sexo masculino fue el más prevalente en la muestra total; sin embargo, al realizar el análisis por tipo de redes de apoyo, el grupo de apoyo familiar presentó un mayor número de participantes mujeres que el grupo de caridad, arrojando el estadígrafo de χ^2 diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 5,156$, $p = 0,02$). Con respecto a la escolaridad y el estado civil, se utilizó el estadígrafo de Fisher para identificar la relación entre los grupos de estudio considerando que se reportaron frecuencias esperadas inferiores a 5, estableciéndose así que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudio frente a la escolaridad ($F = 8,543$, $p = 0,122$) y el estado civil ($F = 5,094$, $p = 0,254$). Sin embargo, se resalta que la escolaridad de primaria incompleta y el estado civil de soltero fue la moda en ambos grupos.

Tabla 2
Características Sociodemográficas por Grupo de Estudio

Variable y categoría	Redes de apoyo familiar (n = 51)		Redes de apoyo institucional-caridad (n = 33)		Total (n = 84)	
	f	%	f	%	f	%
Sexo						
Femenino	13	25,5	2	6,1	15	17,9
Masculino	38	74,5	31	93,9	69	82,1
Variable y categoría	Redes de apoyo familiar (n = 51)		Redes de apoyo institucional-caridad (n = 33)		Total (n = 84)	
	f	%	f	%	f	%
Escolaridad						
Sin escolaridad	5	9,8	6	18,2	11	13,1
Primaria incompleta	18	35,3	19	57,6	37	44,0
Primaria completa	7	13,7	1	3,0	8	9,5
Bachiller incompleto	8	15,7	4	12,1	12	14,3
Bachiller completo	7	13,7	1	3,0	8	9,5
Profesional	6	11,8	2	6,1	8	9,5
Estado civil						
Soltero	23	45,1	22	66,7	45	53,6
Casado	11	21,6	3	9,1	14	16,7
Unión libre	1	2,0	0	0	1	1,2
Divorciado	7	13,7	5	15,2	12	14,3
Viudo	9	17,6	3	9,1	12	14,3

Para comprender con mayor exactitud el fenómeno de la institucionalización del adulto mayor, se hizo necesario reconocer los motivos que comúnmente conducen a este tipo de decisiones (Tabla 3).

Tabla 3
Características de la Institucionalización

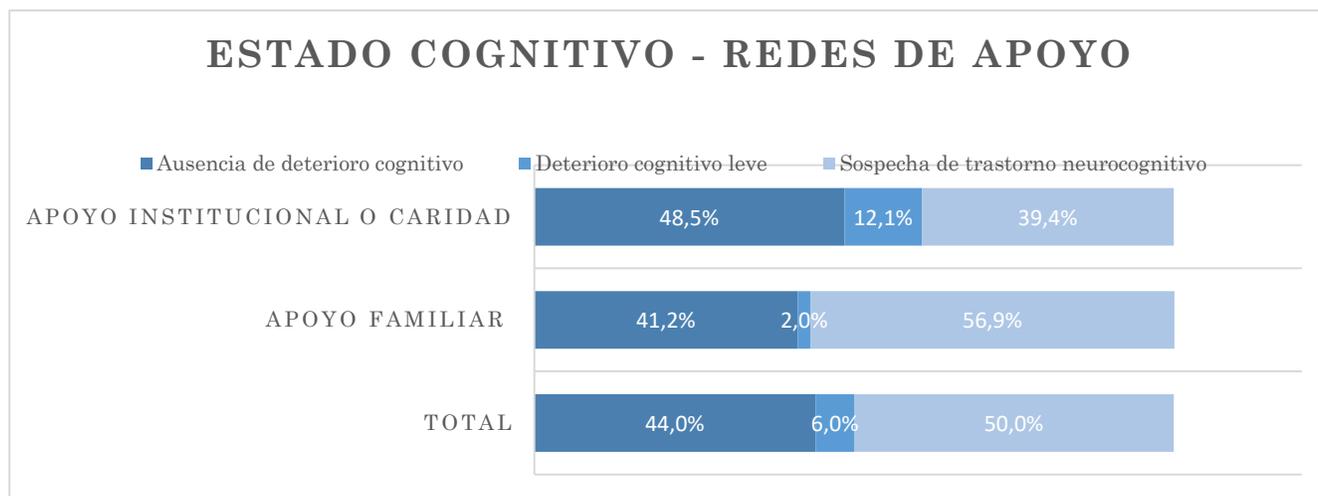
Motivo y tiempo de institucionalización	Redes de apoyo familiar (n = 51)		Redes de apoyo institucional-caridad (n = 33)		Total (n = 84)	
	f	%	f	%	f	%
Motivos de institucionalización						
Falta de apoyo instrumental por parte de la familia	14	27,5	1	3,0	15	17,9
Presencia de enfermedad	17	33,3	14	42,4	31	36,9
Relaciones disfuncionales	5	9,8	3	9,1	8	9,5
Situación de abandono	10	19,6	11	33,3	21	25,0
Poca oferta laboral	2	3,9	3	9,1	5	6,0
Motivos familiares	3	5,9	1	3,0	4	4,8
Tiempo de institucionalización						
Menos de un año	17	33,3	7	21,2	24	28,6
1 a 3 años	17	33,3	11	33,3	28	33,3
4 a 6 años	14	27,5	8	24,2	22	26,2
7 a 10 años	1	2,0	3	9,1	4	4,8
Más de 10 años	2	3,9	4	12,1	6	7,1

El primer motivo de institucionalización para los dos grupos de estudio es el de la presencia de enfermedad. En segundo lugar, para el grupo de redes de apoyo familiar es la falta de apoyo instrumental por parte de la familia y para el grupo de caridad, la situación de abandono. El tiempo de institucionalización que prevalece para la muestra general es de 1 a 3 años, aunque para el grupo de redes de apoyo familiar un tercio lleva menos de un año. Considerando el estadígrafo de la exacta de Fisher para reconocer las diferencias entre los grupos de estudio, teniendo presente que se reportaron frecuencias inferiores a cinco, se lograron identificar diferencias estadísticamente significativas con respecto a los motivos de institucionalización ($F=10,683$, $p=0,046$) contrario a lo evidenciado con respecto al tiempo de institucionalización ($F=4,940$, $p=0,292$).

Ahora bien, al analizar el estado cognitivo, se estima que cerca de 42 adultos mayores, los cuales representan el 50% de la muestra total de este estudio, presentan sospecha de trastorno neurocognitivo. Al realizarse un análisis más detallado, por medio del estadígrafo de la exacta de Fisher, considerando la red de apoyo de cada grupo de estudio, se evidencia que la mayor proporción de adultos mayores con posible trastorno neurocognitivo hacen parte del grupo que cuenta con redes de apoyo familiar, en comparación con los adultos mayores del grupo con apoyo institucional o caridad (Figura 2). No obstante, esta diferencia entre los grupos no llega a ser estadísticamente significativa ($F=4,682$, $p=0,292$).

Figura 2

Comparación del Estado Cognitivo por Tipo de Red de Apoyo de Adultos Mayores Institucionalizados



Como puede observarse en la Tabla 4, en la muestra en general se evidenció un mejor desempeño en los dominios de Orientación e Identificación, resultado que se mantiene en cada grupo de estudio. No obstante, para el grupo de caridad se agrega un tercer dominio de adecuado desempeño, el de atención: mientras que cerca de un 33,3% de los participantes del grupo de redes de apoyo familiar obtuvieron puntuaciones altas para este dominio, para el caso del grupo de apoyo de caridad fueron aproximadamente un 48,5%. Por el contrario, en la muestra general los dominios que presentaron mayor dificultad en la ejecución de las tareas fueron el recuerdo diferido (48,8%), la abstracción (42,9%), la capacidad visoespacial (23,8%) y el lenguaje (23,8%). Como se aprecia en la Tabla 4, hubo una diferencia significativa en el desempeño en la dimensión Visoespacial entre los grupos: mientras solo un 21,5% de los adultos mayores que cuenta con redes de apoyo familiar logró sin dificultad (4 o 5 puntos) ejecutar las actividades de este dominio, el grupo de caridad lo hizo en el 48,5% de los casos.

Llama la atención que para el grupo que cuenta con redes de apoyo familiar se presentaron más dificultades en el desarrollo de las tareas de un mayor número de dominios (Visoespacial, Lenguaje y Recuerdo Diferido), en comparación con el grupo de caridad, sin embargo, para este grupo el recuerdo diferido también se mostró bajo. Las diferencias estadísticamente significativas, se evidenciaron para el dominio visoespacial ($F= 10,941$, $p = 0,048$).

Con respecto al dominio de Lenguaje, en la Tabla 4 se aprecia que un mayor porcentaje de los adultos mayores que cuentan con redes de apoyo familiar que obtuvieron una puntuación de cero, en comparación con el grupo de caridad; no obstante, esta diferencia no es estadísticamente significativa (Tabla 4).

Tabla 4
Dimensiones del Estado Cognitivo por Grupo de Estudio

Dimensión	Redes de apoyo familiar (n = 51)			Redes de apoyo institucional-caridad (n = 33)			Total (n = 84)			Estadístico y p
	Me (RIQ)	f	%	Me (RIQ)	f	%	Me (RIQ)	f	%	
Visoespacial	2,0 (1,0 – 3,0)			3,0 (0,0 – 4,0)			2,0 (1,0 – 4,0)			$U = 682,500, p = 0,138$
0		11	21,6		9	27,3		20	23,8	
1		13	25,5		2	6,1		15	17,9	
2		10	19,6		3	9,1		13	15,5	$F = 10,941, p = 0,040$
3		6	11,8		3	9,1		9	10,7	
4		7	13,7		12	36,4		19	22,6	
5		4	7,8		4	12,1		8	9,5	
Identificación	3,0 (1,0 – 3,0)			3,0 (1,5 – 3,0)			3,0 (1,2 – 3,0)			$U = 837,000, p = 0,964$
0		7	13,7		4	12,1		11	13,1	
1		6	11,8		4	12,1		10	11,9	
2		10	19,6		7	21,2		17	20,2	$F = 0,196, p = 1,000$
3		28	54,9		18	54,5		46	54,8	
Atención	3,0 (1,0 – 6,0)			5,0 (3,0 – 6,0)			4,0 (1,0 – 6,0)			$U = 665,500, p = 0,095$
0		7	13,7		4	12,1		11	13,1	
1		9	17,6		2	6,1		11	13,1	
2		7	13,7		0	0,0		7	8,3	
3		4	7,8		6	18,2		10	11,9	$F = 10,020, p = 0,112$
4		2	3,9		2	6,1		4	4,8	
5		5	9,8		3	9,1		8	9,5	
6		17	33,3		16	48,5		33	39,3	
Lenguaje	1,0 (0,0 – 3,0)			2,0 (1,0 – 3,0)			2,0 (1,0 – 3,0)			$U = 652,500, p = 0,072$
0		15	29,4		5	15,2		20	23,8	
1		13	25,5		5	15,2		18	21,4	
2		7	13,7		9	27,3		16	19,0	$\chi^2 = 5,326, p = 0,155$
3		16	31,4		14	42,4		30	35,7	

(continúa)

Tabla 4 (Conclusión)*Dimensiones del Estado Cognitivo por Grupo de Estudio*

	Me (RIQ)	f	%	Me (RIQ)	f	%	Me (RIQ)	f	%	
Abstracción	1,0 (0,0 – 1,0)			1,0 (0,0 – 2,0)			1,0 (0,0 – 2,0)			$U = 694,500, p = 0,150$
0		24	47,1		12	36,4		36	42,9	$\chi^2 = 2,920, p = 0,250$
1		17	33,3		9	27,3		26	31,0	
2		10	19,6		12	36,4		22	26,2	
Recuerdo diferido	0,0 (0,0 – 4,0)			1,0 (0,0 – 4,0)			1,0 (0,0 – 4,0)			$U = 831,500, p = 0,922$
0		26	51,0		15	45,5		41	48,8	$F = 2,298, p = 0,867$
1		1	2,0		2	6,1		3	3,6	
2		4	7,8		3	9,1		7	8,3	
3		3	5,9		2	6,1		5	6,0	
4		11	21,6		9	27,3		20	23,8	
5		6	11,8		2	6,1		8	9,5	
Orientación	5,0 (2,0 – 6,0)			6,0 (4,0 – 6,0)			6,0 (3,0 – 6,0)			$U = 713,500, p = 0,207$
0		4	7,8		1	3,0		5	6,0	$F = 9,290, p = 0,140$
1		6	11,8		0	0,0		6	7,1	
2		4	7,8		1	3,0		5	6,0	
3		4	7,8		2	6,1		6	7,1	
4		3	5,9		7	21,2		10	11,9	
5		5	9,8		4	12,1		9	10,7	
6		25	49,0		18	54,5		43	51,2	

Nota. Para las variables de escala se reportaron medianas y rangos intercuartiles y el p valor se obtuvo por medio del estadígrafo de la U de Mann-Whitney, considerando la distribución anormal de los datos y para el caso de las variables categóricas, se reportaron frecuencias y porcentajes, obteniéndose el p valor a partir del χ^2 de Pearson para el caso de frecuencias observadas superiores a 5 y la exacta de Fisher cuando las frecuencias observadas son inferiores a 5.

Discusión y Conclusiones

Los hallazgos del presente estudio permitieron establecer las diferencias en el rendimiento cognitivo de una muestra de adultos mayores institucionalizados, comparando dicho rendimiento a partir de la disponibilidad de apoyo social (apoyo familiar versus apoyo institucional). En primera instancia, se identificó que los adultos mayores que cuentan con apoyo familiar presentan un porcentaje más elevado de sospecha de trastorno neurocognitivo, respecto del grupo que cuenta con apoyo institucional-caridad, aunque esta diferencia no es significativa a nivel estadístico. Es decir que, conservar una dinámica familiar ante la institucionalización, contar con la presencia de esta red de apoyo familiar, la cual puede proporcionar cuidado y compañía al adulto mayor y favorecer su proceso de adaptación (Barchelot Aceros et al., 2020; Molero et al., 2011), no implica diferencias significativas en el funcionamiento cognitivo de la muestra de estudio.

Por su lado, el grupo de personas mayores institucionalizadas, han podido verse beneficiadas en aspectos como los señalados por González-Gaviria y Bedoya-Gallego (2019), lo que incluye el surgimiento de nuevas redes de apoyo que generan en el adulto mayor satisfacción y bienestar emocional, además del establecimiento de nuevos vínculos, en específico, con sus compañeros, cuidadores formales y demás trabajadores de estos lugares. Así mismo, la realización de distintas actividades propias de los centros geriátricos, puede promover en el adulto mayor bienestar psicológico e interacción social, actividad física e incluso, plenitud espiritual (Cardona-Arias et al., 2014; Vitorino et al., 2012) y autonomía, con respecto a las actividades de la vida diaria, impactando en la conservación de los procesos cognitivos como, la memoria y el pensamiento (González-Gaviria & Bedoya-Gallego, 2019; Guerrero-Martelo et al., 2015), sin ser esta una diferencia significativa con el grupo que recibe apoyo familiar.

En segunda instancia, se identificó que el rendimiento encontrado en la capacidad visoespacial presenta una diferencia estadísticamente significativa, lo que sugiere que los adultos mayores con apoyo institucional tendrían un mejor desempeño respecto de los mayores con apoyo familiar. La capacidad visoespacial es un proceso complejo que implica el procesamiento de información de ambos hemisferios; se relaciona con la velocidad, la posición y la integración en el procesamiento de la información, por tanto, facilita la interacción con los elementos del medio ambiente (Ortega-Leonard et al., 2015). No obstante, esta es una de las funciones cognitivas menos estudiadas en este grupo poblacional (Peña Aristizábal & Arenas, 2015). Entonces, los adultos mayores con apoyo familiar presentan problemas de orientación y navegación en un espacio tridimensional. Según Peña Aristizábal y Arenas (2015), este tipo de afectaciones se debe a las pérdidas sensoriales y a la lentificación motora que acompaña el proceso de envejecimiento, el cual se incrementa con la edad (Moffat, 2009, citado por Peña Aristizábal & Arenas, 2015). En este sentido, algunas investigaciones han reportado afectaciones significativas en las funciones cognitivas de los adultos mayores, debido al rol pasivo que pueden llegar a tener dentro del contexto familiar y a las relaciones paternalistas, ya que el exceso de ayuda puede conducir al aumento de la dependencia y a la percepción de no contar con los recursos físicos y cognitivos para hacer frente a los requerimientos propios y del contexto (Roca Perara & Pérez Lazo de la Vega, 1999; Suárez Cid & Gross Tur, 2019;), aunque también es posible que la afectación de la capacidad visoespacial, empiece a dificultar la realización de las actividades de la vida diaria. En todo caso, esto permite entender las relaciones encontradas entre deterioro cognitivo y dependencia funcional hallada en otros estudios (Díaz-Pelegrina et al., 2016; Flores et al., 2019; Huesa-Andrade et al., 2020; Rodríguez Quintana et al., 2019).

En tercera instancia, se evidenciaron algunas similitudes, en donde los dos grupos tuvieron un buen rendimiento en la orientación y la identificación, siendo los procesos más conservados. Por otro lado, el recuerdo diferido, fue el área con peor desempeño en ambos grupos, lo cual es coincidente con el estudio de Las Villas, en Cuba (Jiménez et al., 2021), y un estudio realizado en Santa Marta, Colombia, en el que hallaron que era un área afectada en la mayoría de las personas mayores institucionalizadas (Campo Torregroza et al., 2018). Esto indica problemas de memoria, que suelen hacer parte del envejecimiento, y son un gran indicador de alarma para transitar de un deterioro cognitivo a un trastorno neurocognitivo como Alzheimer (Peña Aristizábal & Arenas, 2015), por lo que resulta necesario llevar un seguimiento continuo, pero también, estrategias de estimulación cognitiva permanentes.

Respecto al análisis de la muestra general, se logró determinar que la mitad de la muestra total presentó sospecha de trastorno neurocognitivo, lo que denota alineación con otros estudios realizados en contextos geriátricos de España (Durán-Badillo et al., 2018), Ecuador (Rodríguez Quintana et al., 2019), México (Flores Silva et al., 2020) y Colombia (Campo Torregróza et al., 2018); las prevalencias elevadas de sospecha de trastorno neurocognitivo en adultos mayores institucionalizados son frecuentes, en comparación con los no institucionalizados (Leiva-Saldaña et al., 2016). Por otro lado, es necesario destacar que, la mayoría de las personas adultas mayores de esta muestra, fueron institucionalizadas por la presencia de enfermedad y falta de apoyo instrumental o abandono por parte de la familia; en los casos del grupo con apoyo institucionalidad, la alta prevalencia del deterioro cognitivo se puede entender por la relación que existe entre el estado cognitivo y la dependencia en la funcionalidad física. Esta dependencia, suele empezar con la afectación de la capacidad para realizar las actividades instrumentales, y avanza con la afectación de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria (Díaz-Pelegrina et al., 2016; Durán-Badillo et al., 2018; Leiva-Saldaña et al., 2016). Además, los adultos mayores evaluados presentan un promedio de edad de 76 años, lo que permite comprender la prevalencia del deterioro cognitivo, que, como ya se había expresado antes, a mayor edad mayor deterioro de la función cognitiva (Durán-Badillo et al., 2018; Russo et al., 2021).

Por otro lado, en la variable red de apoyo, se encontró una diferencia significativa en el sexo, siendo más las mujeres las que cuentan con apoyo familiar, respecto de los hombres. Esto puede entenderse por los roles tradicionales de género en las familias, en las que el cuidado dentro del hogar ha sido y es ejercido principalmente por las mujeres (ONU Mujeres, 2018), favoreciendo vínculos más cercanos entre los hijos con las madres y vínculos más conflictivos o distanciados entre los hijos y los padres. Aunque no se hallan muchos estudios que establezcan comparaciones teniendo en cuenta la variable Red de Apoyo (Márquez Terraza, 2021), el presente estudio resalta el papel positivo que puede tener la institucionalización de las personas mayores. Esto concuerda con el estudio de Cardona-Arango et al. (2018), quienes reportaron redes de apoyo importantes dentro de las instituciones y que, contrario a lo que se esperaría encontrar, los adultos mayores de su estudio afirmaron que se sentían abandonados e incluso maltratados por parte de sus familiares, dando una noción de mejor atención y estado de salud en un contexto institucionalizado que en un contexto familiar; ello llegó a referir que los principales motivos para residenciarse eran la soledad y los problemas de salud, coincidentes con los motivos de institucionalización del presente estudio: presencia de enfermedad y abandono.

A lo anterior, se suman González-Gaviria & Bedoya-Gallego (2019), quienes indican que, el adulto mayor que demanda asistencia ante la presencia de enfermedad, al ser institucionalizado y recibir el apoyo instrumental y médico esperado para el cuidado de la salud, podrá experimentar efectos positivos ante la satisfacción de los cuidados; además, con la estimulación de las relaciones sociales y las nuevas rutinas, se favorece la experimentación de bienestar. Sin embargo, se puede entender que el adulto mayor que estaba en un entorno familiar ha perdido un lugar, un rol, entre otros aspectos, mientras que el adulto mayor que ya se encontraba sin el entorno y el apoyo familiar (estado de abandono), por el contrario, estaría recibiendo atención y cuidados que quizás antes no tenía, siendo más propenso a sentir bienestar, respecto de aquellos que cuentan con apoyo familiar. Este contexto permite generar nuevas hipótesis sobre por qué no hay diferencias significativas en el deterioro cognitivo identificado entre los grupos de estudio y, cómo, incluso, son los adultos mayores con apoyo familiar los que presentan más deterioro cognitivo. Agregado a lo anterior, es necesario seguir visibilizando la necesidad de continuar con los procesos investigativos sobre personas mayores institucionalizadas, dada la alta probabilidad de dependencia e institucionalización ante el incremento de la población mayor y las diferentes patologías a las que se pueden ver expuestas (Fernández-Daza & Martín Carbonell, 2019; Huesa-Andrade et al., 2020). Esto facilitará que los profesionales de salud puedan focalizar el abordaje, comprensión y estrategias de prevención e intervención para este tipo de poblaciones vulnerables.

Para futuras investigaciones se recomienda seguir ahondando en variables relacionadas con las redes de apoyo de las personas mayores institucionalizadas, tales como, la carga laboral, condiciones laborales, calidad de las relaciones entre residentes, ya que, como lo afirma González-Gaviria y Bedoya-Gallego (2019), la salud mental del adulto mayor institucionalizado se relaciona con la atención y cuidado que brinda el cuidador formal, y con los vínculos que establece con otros residentes, así como con la participación en actividades de socialización, recreación, e incluso formación y capacitación, puesto que estas se convierten en mecanismos para mantener su autonomía, autocuidado y su capacidad de tomar decisiones.

Otro aspecto recomendable para investigaciones son los aspectos emocionales de la persona mayor, como depresión y ansiedad; ante esto, Sánchez Padilla et al. (2014), propone que la afectación del aspecto emocional es un predictor del estado cognitivo de las personas mayores. Finalmente, para entender mejor los hallazgos de este estudio, es importante contemplar algunas limitaciones. Los resultados aquí expuestos no son generalizables, ya que se realizó un muestreo no probabilístico, por conveniencia, sugiriendo entonces, para futuros estudios, utilizar muestreos probabilísticos. Además, los grupos de comparación no son equivalentes, por lo que se recomienda que, en estudios posteriores, se busque trabajar muestras proporcionales que puedan compararse con otros grupos que coincidan en sus variables de estudio.

Referencias

- Álamo Vega, A., Ávila Álamo, M. A. & Góngora Ávila, C. (2021). Principales factores de riesgo en la tercera edad. Su prevención. *Didasc@lia: Didáctica y Educación*, 12(1), 147-157. <https://revistas.ult.edu.cu/index.php/didascalia/article/view/1156/1130>
- Arias, C., Soliverze, C. & Bozzi, N. (2020). El envejecimiento poblacional en América Latina: Aportes para el delineamiento de políticas públicas. *RELASP: Revista Euro Latinoamericana de Análisis Social y Político*, 1(2), 11-23. <https://doi.org/10.35305/rr.v1i2.18>
- Arias López, Y., Quiñones Rodríguez, M. C., Rodríguez Marín, O., Tejera Valdés, A. J. & Delgado Martínez, E. M. (2013). Estrategia educativa para modificar variables psicológicas en el adulto mayor institucionalizado. *Mediciego: Revista Médica Electrónica de Ciego de Ávila*, 19(2), Artículo 1. <https://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2013/mdc132a.pdf>
- Astorquiza Bustos, B. A. & Chingal, O. A. (2019). ¿Cómo están nuestros ancianos? Una exploración empírica de la calidad de vida de las personas mayores en Colombia. *Revista CEPAL*, 129, 139-161. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45010-como-están-nuestros-ancianos-exploracion-empirica-la-calidad-vida-adulto-mayor>
- Barchelot Aceros, L. J., Valencia Silva, L. K., Poveda Esteban, S. T. & González Clemente, E. C. (2020). Diferencias en las perspectivas discursivas sobre la vejez y la muerte en adultos mayores pertenecientes a dos instituciones geriátricas de Bucaramanga. *I+D: Revista de Investigaciones*, 15(2), 58-69. <https://doi.org/10.33304/reviny.v15n2.2020006>
- Campo Torregroza, E., Laguado Jaimes, E., Martín Carbonell, M. & Camargo Hernández, K. C. (2018). Funcionamiento cognitivo, autonomía e independencia del adulto mayor institucionalizado. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(4), Artículo e1640. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000400005&lng=es&tlng=es
- Carcavilla, N. (5 de febrero de 2020). MoCa: Test de Evaluación Cognitiva Montreal. *Comunicación & Demencias*. <https://comunicacionydemencias.com/test-moca-demencia/>
- Cardona-Arango, D., Segura-Cardona, Á., Garzón-Duque, M. O. & Salazar-Quintero, L. M. (2018). Condiciones físicas, psicológicas, sociales, emocionales y calidad de vida de la población adulta mayor del departamento de Antioquia. *Papeles de Población*, 24(97), 9-42. <https://doi.org/10.22185/24487147.2018.97.23>
- Cardona-Arias, J. A., Álvarez-Mendieta, M. I. & Pastrana-Restrepo, S. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín, Colombia, 2012. *Revista Ciencias de la Salud*, 12(2), 139-155. <https://doi.org/10.12804/revsalud12.2.2014.01>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2018). Resultados censo nacional de población y vivienda 2018 [Conjunto de datos]. Gobierno de Colombia. <https://www.dane.gov.co/files/censo2018/informacion-tecnica/cnpv-2018-presentacion-3ra-entrega.pdf>
- Díaz-Pelegrina, A., Cabrera-Martos, I., López-Torres, J., Rodríguez-Torres, J. & Valenza, M. C. (2016). Efectos del estado cognitivo sobre las alteraciones del equilibrio y la marcha en ancianos institucionalizados. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 51(2), 88-91. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.07.014>
- Durán-Badillo, T., Domínguez-Chávez, C. J., Hernández-Cortés, P. L., Félix-Alemán, A., Cruz-Quevedo, J. E. & Alonso-Castillo, M. M. (2018). Dejar de ser o hacer: Significado de dependencia funcional para el adulto mayor. *Acta Universitaria*, 28(3), 40-46. <https://doi.org/10.15174/au.2018.1614>
- Fernández-Daza, M. P. & Martín Carbonell, M. (2019). *Manual básico para la evaluación psicológica de adultos mayores institucionalizados y sus familias*. Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia. <https://doi.org/10.16925/gcgp.15>
- Flores Silva, A. S., Fierros Flores, A., Gallegos Novela, V. E., Magdaleno Ordaz, G., Velasco Rodríguez, R. & Pérez Hernández, M. G. (2020). Estado cognitivo y funcionalidad para las actividades básicas en el adulto mayor institucionalizado. *CuidArte*, 9(17), 28-38. <https://doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2020.9.17.72760>
- González-Gaviria, M. A. & Bedoya-Gallego, D. M. (2019). Vinculación emocional y salud mental en adultos mayores institucionalizados. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 11(2), 99-121. <https://doi.org/10.17533/udea.rp.v11n2a04>
- Guerrero-Martelo, M., Galván, G., Vásquez De la Hoz, F., Lázaro, G. & Morales, D. (2015). Relación entre autoestima y autonomía funcional en función del apoyo social en adultos institucionalizados de la tercera edad. *Psicogente*, 18(34), 303-310. <https://doi.org/10.17081/psico.18.34.506>
- Huerta, K.C. (2019). *Trastornos neurocognitivos en el adulto mayor: Evaluación, diagnóstico e intervención neuropsicológica*. Editorial Manual Moderno.
- Huesa-Andrade, M. H., Calvo-Gallego, J. L., González, M. Á. P., & Colombo, P. B. (2020). Diferencias entre pacientes institucionalizados y pacientes en atención domiciliar en la provincia de Sevilla. *Atención Primaria*, 52(7), 488-495. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.10.002>
- Jiménez, E., Baute, A., Valdés, D., Santana, Y., Añón, M., & Pérez, B. (2021). Cognitive reserve in a sample of Cuban older adults with Mild Cognitive Impairment. *medRxiv*, 2021-07. doi: <https://doi.org/10.1101/2021.07.31.21261435>
- Leiva-Saldaña, A., Sánchez-Ramos, J., León-Jeringo, J. & Palacios-Gómez, L. (2016). Factores predictores de deterioro cognitivo en población mayor de 64 años institucionalizada y no institucionalizada. *Enfermería Clínica*, 26(2), 129-136. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.09.006>
- Márquez Terraza, A. V. (2021). La producción científica en torno a las funciones cognitivas del adulto mayor: una revisión de la investigación empírica de los últimos cinco años. *PSIUC: Revista de Psicología*, 7, Artículo 4. https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/159726/CONICET_Digital_Nro.a0f9b38b-3070-4eef-87cf-f3a481353d1d_B.pdf?sequence=5&isAllowed=y

- Molero, M. M., Pérez-Fuentes, M. C., Gázquez, J. J. & Selavo, E. (2011). Apoyo familiar en mayores institucionalizados. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 1(1), 31-43. <https://doi.org/10.1989/ejihpe.v1i1.3>
- Muñoz - Tortosa, J. (2001). *Psicología del envejecimiento*. Pirámide.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Ojeda, V., Carvajal, C., Painevilu, S. & Zerpa, C. (2019). Desempeño de las funciones ejecutivas según estado cognitivo en adultos mayores. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 57(3), 207-214. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272019000300207>
- Olave-Sepúlveda, C. & Ubilla-Bustamante, P. (2011). Programa de activación psicomotriz en adultos mayores institucionalizados con deterioro cognitivo y depresión. *Psicogeriatría*, 3(4), 173-176. https://www.viguera.com/sep/pdf/revista/0304/304_0173_0176.pdf
- ONU Mujeres. (2018). *El trabajo de cuidados: Una cuestión de derechos humanos y políticas públicas*. Organización de las Naciones Unidas. <https://mexico.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Mexico/Documentos/Publicaciones/2018/05/LIBRO%20DE%20CUI%20DADOS.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (20 de octubre de 2023). *Salud mental de los adultos mayores*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- Organización Mundial de la Salud. (26 de octubre del 2022). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Panamericana de la Salud. (26 de septiembre de 2017). *La esperanza de vida en las Américas aumenta a 75 años*. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13722:life-expectancy-in-the-americas-increases-to-75-years&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
- Ortega-Leonard, L., Orozco-Calderón, G., Vélez, A. & Cruz, F. (2015). El papel del cuerpo calloso en el procesamiento visoespacial. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 10(1), 25-30. <https://doi.org/10.5839/remp.2015.10.01.06>
- Pedraza, O. L., Salazar, A. M., Sierra, F. A., Soler, D., Castro, J., Castillo, P. C., Hernández, M. A. & Piñeros, C. (2016). Confiabilidad, validez de criterio y discriminante del Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test, en un grupo de adultos de Bogotá. *Acta Médica Colombiana*, 41(4). <https://doi.org/10.36104/amc.2016.693>
- Peña Aristizábal, P. A. & Arenas, J. A. (2015). Perfil del desempeño cognitivo en adultos entre 50 y 80 años. *Revista de Investigaciones Aletheia*, 5, 93-111. https://www.academia.edu/40158299/Perfil_del_desempe%C3%B1o_cognitivo_en_adultos_entre_50_y_80_a%C3%B1os?auto=citations&from=cover_page
- Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones, Ley 1090 de 2006, Congreso de Colombia (2006). <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66205>
- Restrepo-Betancur, L. F. & Rodríguez-Espinosa, H. (2014). Análisis comparativo de la esperanza de vida en Sudamérica, 1980-2010. *Universidad y Salud*, 16(2), 177-187. http://scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072014000200005
- Roca Perara, M. A. & Pérez Lazo de la Vega, M. (1999). *Apoyo social: su significación para la salud humana*. Félix Varela.
- Rodríguez Quintana, T., Ayala Chauvin, M. A., Ortiz Rosero, M. F., Ordoñez Paccha, M. B., Fabelo Roche, J. R. & Iglesias Moré, S. (2019). Caracterización de las condiciones de salud de los adultos mayores en centros geriátricos de la ciudad de Loja. Ecuador, 2017. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 18(1), 138-149. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2019000100138
- Russo, M. J., Cohen, G., Campos, J. & Allegri, R. F. (2021). COVID-19 y adultos mayores con deterioro cognitivo: ¿puede influir el aislamiento social en la enfermedad? *Neurología Argentina*, 13(3), 159-169. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2021.06.003>
- Sánchez Padilla, L. M., González Pérez, U., Alern González, A. & Bacallao Gallestey, J. (2014). Calidad de vida psíquica y estado de salud física en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 13(2), 337-349. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000200017
- Suárez Cid, L. & Gross Tur, R. (2019). Estimulación cognitiva y apoyo familiar hacia adulto mayor con deterioro cognitivo. *Revista Información Científica*, 98(1), 88-97. <http://scielo.sld.cu/pdf/ric/v98n1/1028-9933-ric-98-01-88.pdf>
- Tello-Rodríguez, T., Alarcón, R. D. & Vizcarra-Escobar, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 342-350. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2211>
- Varela Pinedo, L. F. (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 199-201. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196>
- Vitorino, L. M., Paskulin, L. M. G. & Vianna, L. A. C. (2012). Calidad de vida de mayores en institución de larga permanencia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(6), 1186-1195. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000600022>

Fecha de recepción: Octubre de 2022.

Fecha de aceptación: Septiembre de 2023.