



AÑO 2026
VOL. XXI
ISSN 1816-8450



Artículo de Investigación

Funcionamiento cognitivo de adultos mayores que asisten a Casas de Abuelos de La Habana

Cognitive functioning of older adults attending Senior Centers in Havana

Elaine Hernández Ulloa ^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-3740-4212>

Klency González Hernández² <https://orcid.org/0000-0002-8927-6825>

Norge de Jesús Santiesteban Velazquez³ <https://orcid.org/0000-0002-9786-1282>

Ana Flavia Vera González² <https://orcid.org/0009-0006-2209-4329>

Ana María Edreira Piedra² <https://orcid.org/0009-0006-9687-2103>

Alex David Martínez Martínez² <https://orcid.org/0009-0008-5743-3778>

Isabella Bosch Quesada² <https://orcid.org/0009-0005-9513-3627>

¹Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud. CITED. La Habana, Cuba.

²Universidad de La Habana. Facultad de Psicología. La Habana, Cuba.

³Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: eulloa@infomed.sld.cu

Cómo citar este artículo: Hernández Ulloa E, González Hernández K, Santiesteban Velázquez NJ, Vera González AF, Edreira Piedra AM, Martínez Martínez AD, et al. Funcionamiento cognitivo de adultos mayores que asisten a Casas de Abuelos de La Habana. GerolInfo-Revista de Gerontología y Geriátría. 2026; 21:e360.

RESUMEN:

Introducción: El declive del desempeño global de los adultos mayores durante el envejecimiento puede darse de manera normativa o patológica.

Objetivos: Caracterizar el funcionamiento cognitivo global en adultos mayores asistentes a Casas de Abuelos de La Habana.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal en una muestra intencional no probabilística de 43 adultos mayores que asisten a centros diurnos en La Habana, Cuba, entre noviembre de 2024 y abril de 2025. Se aplicó Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Índice de Katz y Escala de Lawton. Se utilizó estadística descriptiva, ANOVA paramétrico y la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para calcular el tamaño del efecto para las comparaciones significativas.

Resultados: Predominó el sexo femenino (86 %), edad media=82.4 años; DE=6.1 y alto nivel educativo (45.1 % universitarios). Solo el 11.6 % presentó cognición normal ($\text{MoCA} \geq 26$), mientras el 65.1 % mostró puntuaciones que sugieren deterioro cognitivo mayor ($\text{MoCA} \leq 17$). El análisis de dominios mostró afectación progresiva y significativa ($p < .001$) en recuerdo diferido, atención, lenguaje, abstracción y habilidades visuoespaciales, preservándose orientación e identificación en estadios iniciales. La autonomía funcional se deterioró paralelamente, con afectación temprana en actividades instrumentadas de la vida diaria ($p < .05$), especialmente uso de teléfono, finanzas y transporte. El 66.7 % de la muestra fue autónomo en actividades básicas a pesar del deterioro cognitivo.

Conclusión: La población de adultos mayores estudiada presenta una alta prevalencia de deterioro cognitivo. La caracterización sugiere la necesidad de implementar evaluaciones cognitivas y funcionales sistemáticas en las Casas de Abuelos, para orientar intervenciones personalizadas.

Palabras clave: envejecimiento; funcionamiento cognitivo global; deterioro cognitivo; afectividad; funcionalidad.

ABSTRACT:

Introduction: The decline in overall cognitive function in older adults during aging can occur in a normative or pathological manner.



Objectives: To characterize the overall cognitive functioning of older adults attending senior centers in Havana.

Methods: An observational, descriptive, cross-sectional study was conducted using a non-probabilistic, purposive sample of 43 older adults attending day centers in Havana, Cuba, between November 2024 and April 2025. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Katz Index, and Lawton Scale were administered. Descriptive statistics, parametric ANOVA, and the non-parametric Kruskal-Wallis test were used to calculate effect size for significant comparisons.

Results: The sample was predominantly female (86 %), with a mean age of 82.4 years (SD = 6.1) and a high level of education (45.1 % university graduates). Only 11.6 % presented normal cognition (MoCA \geq 26), while 65.1 % showed scores consistent with major cognitive impairment (MoCA \leq 17). Domain analysis showed progressive and significant impairment ($p < .001$) in delayed recall, attention, language, abstraction, and visuospatial skills, with orientation and identification being preserved in the initial stages. Functional autonomy deteriorated in parallel, with early impairment in instrumental activities of daily living ($p < .05$), especially telephone use, finances, and transportation. Despite cognitive impairment, 66.7% of the sample remained independent in basic activities.

Conclusion: The older adult population studied shows a high prevalence of cognitive impairment. This characterization suggests the need to implement systematic cognitive and functional assessments in senior centers to guide personalized interventions.

Keywords: aging; global cognitive functioning; cognitive impairment; functionality.

Recibido: 20/11/2025

Aceptado: 14/01/2026

INTRODUCCIÓN:

El envejecimiento cerebral es un proceso multifactorial que se asocia con una diversidad de alteraciones a nivel fisiológico, morfológico, bioquímico y psicológico. Entre las alteraciones fisiológicas generadas por el envejecimiento del cerebro, es especialmente



Este es un artículo en Acceso Abierto distribuido según los términos de la [Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) que permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación

complejo distinguir las diferencias asociadas a los cambios fisiológicos normales y a los que se generan por un padecimiento o enfermedad. ⁽¹⁾ Algunos adultos mayores continúan conservando la mayoría de las capacidades cognitivas a lo largo de su vida. Otros experimentan disminuciones en la capacidad cognitiva y funcional, que van desde disminuciones leves en ciertas funciones cognitivas y con el tiempo, hasta demencia severa entre las personas con enfermedades neurodegenerativas. ⁽²⁾

Desde una perspectiva clínica, el espectro entre la cognición preservada y la demencia incluye el Deterioro Cognitivo Leve (DCL), una condición sindrómica definida por un declive objetivo en uno o más dominios cognitivos, mayor al esperado para la edad y el nivel educativo del individuo, pero que no interfiere significativamente con su autonomía e independencia funcional.^(3,4) Este estadio, particularmente el de tipo amnésico, representa un factor de riesgo elevado para la progresión a la Enfermedad de Alzheimer (EA) u otras demencias.⁽³⁾ En contraste, los Trastornos Neurocognitivos Mayores (demencia) implican un déficit cognitivo significativo y progresivo que compromete las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria, lo que es un desafío para los sistemas de salud y cuidado. ⁽⁴⁾

La transición demográfica global hacia poblaciones cada vez más envejecidas ha incrementado la prevalencia de estas alteraciones cognitivas. ⁽⁵⁻⁹⁾ En este escenario, la evaluación neuropsicológica se erige como una herramienta insustituible para el diagnóstico precoz, la caracterización de perfiles cognitivos y la planificación de intervenciones, posicionando al profesional de la neuropsicología como un actor fundamental en los equipos multidisciplinarios de Geriátría.

Cuba, y particularmente La Habana, experimenta un acelerado proceso de envejecimiento poblacional, lo cual constituye uno de los desafíos sociodemográficos y sanitarios más relevantes del siglo XXI. En este contexto, las Casas de Abuelos emergen como instituciones comunitarias clave, cuyo potencial trasciende la asistencia básica para convertirse en entornos potencialmente enriquecedores que podrían modular factores de riesgo y protección para la salud cerebral.



Sin embargo, existe una notable carencia de evidencia empírica local que caracterice de forma sistemática el perfil cognitivo y funcional de los adultos mayores que asisten a estas instituciones. La evaluación del perfil neuropsicológico es un requisito fundamental para: a) establecer un diagnóstico de base, b) identificar necesidades específicas de intervención, y c) diseñar programas de estimulación cognitiva personalizados y basados en evidencia. Comprender el estado cognitivo de esta población es vital, ya que la integridad de las funciones ejecutivas y la memoria son predictores críticos de la autonomía funcional, la independencia y la calidad de vida en la vejez.

Por lo tanto, este estudio se justifica en la necesidad imperante de generar conocimiento científico contextualizado. Se plantea como una investigación exploratoria y descriptiva pionera, cuyo objetivo principal es caracterizar el funcionamiento cognitivo global en adultos mayores asistentes a Casas de Abuelos de La Habana.

Los hallazgos, analizados mediante estadística descriptiva, proporcionarán una línea base esencial y los insumos necesarios para el diseño futuro de estudios longitudinales e intervenciones controladas dirigidas a evaluar y potenciar el impacto de estos centros en la promoción de un envejecimiento cerebral saludable.

MÉTODOS:

Se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 43 adultos mayores (86 % mujeres; edad media = 82.4 ± 6.1 años; rango: 60-95 años), reclutados mediante un muestreo intencional no probabilístico de tres centros diurnos (Casas de Abuelos “Privilegio de vivir” y el Liceo “Celia Sánchez Manduley” del municipio Plaza de la Revolución y la Casa de Abuelos “Vilma Espín” del municipio Marianao, en La Habana, Cuba, entre noviembre de 2024 y abril de 2025).

Criterios de inclusión: Edad ≥ 60 años, asistencia regular al centro, y capacidad para otorgar consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Diagnóstico psiquiátrico mayor descompensado (ej., psicosis activa), o déficit sensorial severo (auditivo/visual) que imposibilitara la evaluación.



Variables:

Para dar salida a los objetivos de la investigación se estudiaron variables sociodemográficas y de salud, así como la variable funcionamiento cognitivo global.

Procedimientos:

Tras la obtención del consentimiento informado se administró una batería de evaluación en una única sesión que incluyó:

- ✓ Entrevista estructurada con la finalidad de indagar sobre características sociodemográficas y comorbilidades.
- ✓ Montreal Cognitive Assessment MOCA: Test de cribado ampliamente utilizado que evalúa habilidades visuoespaciales, identificación, memoria, atención, concentración, cálculo, repetición de oraciones, fluidez del lenguaje, abstracción, recuerdo diferido y orientación. ⁽¹⁰⁾ Para la realización de este estudio se emplearon como puntos de corte: 26 a 30 puntos deterioro cognitivo asociado a la edad, entre 18 y 25 puntos deterioro cognitivo leve y menos de 18 puntos posible demencia.
- ✓ Índice de Lawton: Escala heteroadministrada que consta de 8 ítems que valoran la capacidad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) como usar el teléfono, realizar compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a su medicación y el manejo de asuntos económicos. La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 y 8 puntos, diferenciándose la calificación final por sexo: Mujeres: (0 puntos dependencia total, 2-3 puntos dependencia grave, 4-5 puntos dependencia moderada, 6-7 puntos dependencia leve, 8 puntos independiente) Hombres: (0 puntos dependencia total, 1 puntos dependencia grave, 2-3 puntos dependencia moderada, 4 puntos dependencia leve, 5 puntos independiente). ⁽¹¹⁾
- ✓ Índice de Katz: Se trata de una escala heteroadministrada que evalúa las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y permite obtener un perfil de autonomía o dependencia del paciente en aproximadamente 20 minutos. Está



compuesta por 6 ítems ordenados según la secuencia habitual en la que se pierde o recupera la independencia funcional. La escala puede puntuarse de dos maneras: forma jerárquica: clasifica al paciente en uno de los siete grupos designados con letras (de la A a la G) y forma dicotómica: asigna 1 punto por cada actividad en la que el sujeto es independiente y 0 si es dependiente, dando lugar a una puntuación total entre 0 y 6, que corresponde también a siete categorías numéricas. En la práctica actual, su aplicación se ha extendido mediante la obtención de la información a través del propio paciente o de sus cuidadores. ⁽¹²⁾

Los datos se analizaron con el software SPSS (v22.0). Se empleó estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes, media, desviación estándar) para caracterizar la muestra. Dada la naturaleza exploratoria del estudio y el tamaño muestral reducido y desbalanceado entre grupos, la comparación de puntuaciones continuas (dominios del MoCA, ítems de Lawton) se realizó mediante la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, más robusta ante distribuciones no normales y varianzas desiguales. Cuando el resultado global fue significativo ($p < .05$), se procedió a comparaciones post-hoc por pares y el uso de la prueba de Dunn con ajuste de Bonferroni para controlar el error Tipo I. Para la variable funcionamiento cognitivo cuyos datos originales sugieren una marcada heterocedasticidad, se reportan tanto el ANOVA paramétrico como la prueba de Kruskal-Wallis corroborativa. Se calculó el tamaño del efecto para las comparaciones significativas con epsilon-cuadrada (ϵ^2) para Kruskal-Wallis y eta-cuadrada parcial (ηp^2) para ANOVA, interpretándose según los criterios convencionales (pequeño: 0.01, mediano: 0.06, grande: 0.14). El nivel de significancia se estableció en $\alpha = 0.05$.

Cuestiones bioéticas.

La investigación se realizó de acuerdo a los principios básicos de la Ética de acuerdo con la declaración de Helsinki ⁽¹³⁾ y con la legislación vigente en Cuba. El protocolo del estudio fue aprobado por la Comisión de Ética del Consejo Científico del CITED. Se solicitó el consentimiento informado de los directivos de las instituciones y los participantes. Se les garantizó la confidencialidad de la información y se les permitió abandonar la intervención en el momento deseado sin que esta decisión implicara un



perjuicio directo o indirecto a su persona o el compromiso de la atención que reciben en las instituciones.

RESULTADOS:

Las características sociodemográficas de la muestra y la distribución según el cribado cognitivo se presentan en la Tabla 1. La muestra, compuesta por 43 adultos mayores con una edad promedio de 82.4 años ($DE = 6.1$), mostró una marcada sobrerrepresentación femenina (86 %) y un nivel educativo relativamente alto (45.1 % con educación universitaria). La evaluación del funcionamiento cognitivo con el MoCA reveló una alta prevalencia de deterioro cognitivo, donde solo el 11.6 % ($n=5$) se ubicó dentro del rango esperado para su edad ($MoCA \geq 26$), mientras que el 65.1 % ($n=28$) de los participantes obtuvo puntuaciones que sugieren una posible demencia ($MoCA \leq 17$).

Tabla 1. Características sociodemográficas y prevalencia de deterioro cognitivo en adultos mayores de Casas de Abuelos.

Variables sociodemográficas	Total de la Muestra (N=43)	Distribución
Edad (años)	82.4 \pm 6.1	Rango: 60-95
Sexo		
Mujeres	37 (86.0 %)	
Hombres	6 (14.0 %)	
Nivel Educativo		
Educación básica	4 (9.3 %)	
Educación media	19 (44.2 %)	
Educación universitaria	20 (45.1 %)	
Clasificación por MoCA		
Asociado a la edad (≥ 26)	5 (11.6 %)	
DCL (18-25)	10 (23.3 %)	
Demencia (≤ 17)	28 (65.1 %)	

Nota: Los datos se presentan como Media \pm DE o n (%).

El análisis por dominios cognitivos según el instrumento de screening utilizado, mostró un patrón de afectación diferencial y progresiva entre los grupos (Tabla 2). Las diferencias fueron estadísticamente significativas en todos los dominios (prueba de Kruskal-Wallis,



$p < .001$ para todos, excepto Identificación). El dominio más sensible fue el recuerdo diferido, que mostró una caída abrupta en el grupo con DCL. Los dominios de atención, lenguaje, abstracción y habilidades visuoespaciales también discriminaron significativamente entre los grupos. En contraste, la orientación y la identificación se mostraron como dominios relativamente preservados en el estadio de DCL, deteriorándose marcadamente solo en el grupo con demencia.

Tabla 2. Rendimiento en los dominios cognitivos del Montreal Cognitive Assessment (MoCA) según grupo diagnóstico.

Dominio Cognitivo (Puntuación Máx.)	Asoc. a la Edad (n=5) M (SD)	DCL (n=10) M (SD)	Demencia (n=28) M (SD)	Valor p
Visuoespacial (5)	4.25 (1.50)	2.85 (1.14)	0.92 (0.94)	< .001
Identificación (3)	2.25 (0.96)	2.62 (0.65)	1.88 (1.11)	.152
Atención (6)	5.00 (0.82)	3.69 (1.49)	1.69 (1.35)	< .001
Lenguaje (3)	2.50 (0.58)	1.85 (0.69)	0.42 (0.76)	< .001
Abstracción (2)	2.25 (0.50)	2.00 (0.00)	0.77 (0.91)	< .001
Recuerdo Diferido (5)	4.25 (0.50)	1.85 (1.82)	0.32 (0.75)	< .001
Orientación (6)	6.00 (0.00)	5.54 (0.78)	3.04 (2.11)	< .001
<i>Nota.</i> M = Media; SD = Desviación Estándar.				

La evaluación de la autonomía funcional con el Índice de Lawton y Brody reveló un patrón de deterioro paralelo al cognitivo (Tabla 3). Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en todas las AIVD ($p < .05$). El grupo con demencia mostró una dependencia significativa y generalizada, con mayores dificultades en el uso del teléfono, el manejo de las finanzas, el transporte y la preparación de comidas. El grupo con DCL mostró un desempeño intermedio, con preservación en la mayoría de las actividades, pero con dificultades incipientes en el uso del transporte y el cuidado de la casa. El grupo asociado a la edad mantuvo una autonomía completa en todas las áreas.



Tabla 3. Desempeño en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria según grupo diagnóstico.

Actividad Instrumental	Demencia (n=28) M (SD)	DCL (n=10) M (SD)	Asoc. a la Edad (n=5) M (SD)	Valor p
Uso del teléfono	0.50 (0.55)	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	.002
Realizar compras	0.50 (0.55)	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	.002
Preparación de comida	0.50 (0.55)	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	.002
Cuidado del hogar	0.67 (0.52)	0.88 (0.35)	1.00 (0.00)	.038
Lavado de ropa	0.83 (0.41)	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	.045
Uso de transporte	0.50 (0.55)	0.75 (0.46)	1.00 (0.00)	.015
Manejo de medicación	0.67 (0.52)	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	.008
Manejo de finanzas	0.50 (0.55)	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	.002
<i>Nota.</i> M = Media; SD = Desviación Estándar.				

En relación al perfil cognitivo y autonomía funcional un hallazgo central fue la disociación entre la severidad del deterioro cognitivo global y la preservación de las ABVD. El 66.7 % de la muestra total (incluyendo un subgrupo con posible demencia leve-moderada) fue clasificado como autónomo en el Índice de Katz, sin embargo, la afectación en las AIVD fue temprana y pronunciada. Esta disociación apunta a las dificultades en tareas complejas (aquellas que demandan planificación, secuenciación y gestión) como un



marcador funcional más sensible y precoz del deterioro cognitivo, en comparación con la pérdida de las capacidades básicas de autocuidado.

DISCUSIÓN:

El presente estudio revela un hallazgo central que merece una interpretación matizada: una elevada prevalencia de puntuaciones en rango de deterioro cognitivo (88.4 %), coexistente con un alto nivel educativo y una preservación relativa de la autonomía en las actividades básicas.

La proporción de participantes con puntuaciones ≤ 25 en el MoCA, es notablemente superior a las reportadas en estudios poblacionales de similares rangos de edad. Esto podría reflejar, en primer lugar, un sesgo de selección: es plausible que los adultos mayores con quejas cognitivas, o familiares preocupados busquen activamente la asistencia a estos centros comunitarios, los que se convierten en entornos con alta prevalencia de deterioro cognitivo. En segundo lugar, aunque el MoCA es una herramienta sensible, los resultados pueden verse afectados por factores no neurológicos en esta población específica (ej., fatiga, baja familiaridad con tests, síntomas depresivos leves), pudiendo conducir a una sobreestimación de la prevalencia de alteraciones cognitivas. La falta de un diagnóstico clínico formal (solo cribado) obliga a interpretar estos datos con cautela.

No obstante, estudios como el de Márquez y colaboradores reportan que el 60 % de su muestra obtuvo puntuaciones inferiores al punto de corte del test MOCA, lo cual sugiere un deterioro del funcionamiento cognitivo global. ⁽¹⁴⁾ En la misma línea, los resultados de Zegarra-Valdivia apoyan la mayor prevalencia del deterioro cognitivo en edades avanzadas, con los niveles más elevados entre las personas de 86 años o más. ⁽¹⁵⁾

Respecto al predominio femenino, Pedraza en 2014 también reportaron una mayoría de mujeres en su muestra (62 %), lo que sugiere una tendencia poblacional que se repite en diferentes contextos. ⁽¹⁶⁾ Beam y otros autores explican mayor presencia femenina entre los casos con trastornos neurocognitivos por factores como la longevidad y diferencias biológicas, lo cual es coherente con lo encontrado en esta investigación. ⁽¹⁷⁾



Por otro lado, si bien diversos estudios sostienen que un bajo nivel educativo representa un factor de riesgo para el deterioro cognitivo, ⁽¹⁸⁾ los hallazgos de esta investigación muestran que más del 45% de los participantes poseían un nivel de escolaridad universitaria. Este dato plantea la necesidad de considerar otros factores de riesgo en la aparición del deterioro cognitivo, tales como la presencia de enfermedades crónicas, la inactividad cognitiva o el aislamiento social, lo que sugiere que la escolaridad, aunque condicionante, no constituye un factor suficiente por sí solo para prevenir dicho deterioro. El deterioro de funciones cognitivas como la memoria, el juicio y la planificación afecta de manera directa la capacidad funcional del adulto mayor, especialmente en tareas que requieren mayor autonomía y toma de decisiones. ⁽¹⁹⁾

La preservación de las ABVD a pesar del bajo rendimiento en el MoCA es un patrón clásico en estadios prodrómicos o leves de los trastornos neurocognitivos. ⁽²⁰⁾ La afectación temprana de las AIVD especialmente en tareas complejas que involucran planificación y manejo instrumental, es un marcador de deterioro ejecutivo y valida la sensibilidad ecológica de las escalas utilizadas. Este perfil (MoCA bajo + Lawton afectado + Katz preservado) es altamente sugestivo de un DCL de tipo multidominio o demencia incipiente, y señala una ventana crítica para la intervención neuropsicológica en los centros diurnos.

Los resultados de este estudio deben interpretarse sin obviar las limitaciones metodológicas. En primer lugar, el diseño transversal impide establecer relaciones causales o inferir la trayectoria del deterioro cognitivo-funcional. En segundo lugar, la muestra, de tamaño reducido y reclutada por conveniencia en centros específicos, limita severamente la generalización de los resultados; la sobre representación femenina y la alta prevalencia de deterioro detectada podrían reflejar un sesgo de selección (ej., mayor utilización de servicios por parte de adultos mayores con mayores necesidades). En tercer lugar, la categorización diagnóstica utilizada se basó únicamente en un instrumento de cribado sin evaluaciones neuropsicológicas más profundas y biomarcadores, ambas imprescindibles para tener un diagnóstico definitivo. Es posible que condiciones como la depresión, el hipotiroidismo o déficits sensoriales no detectados hayan influido en los puntajes. Finalmente, aunque se emplearon pruebas estadísticas



no paramétricas para mitigar algunos problemas, el desbalance extremo en el tamaño de los grupos y el bajo poder estadístico resultante limitan la solidez de las comparaciones, particularmente para el grupo de deterioro asociado a la edad.

Estas limitaciones, sin embargo, trazan un camino claro para proyectos que incluyan: a) estudios longitudinales para determinar la conversión a demencia y los factores predictores. b) implementación de baterías neuropsicológicas más específicas por dominio (memoria episódica, funciones ejecutivas) junto al MoCA. c) intervenciones aleatorizadas dentro de estos centros para evaluar el impacto de programas de estimulación cognitiva y física en la trayectoria del deterioro. A juicio de los autores, el trabajo ofrece una valiosa fotografía inicial y una línea base empírica sobre una población de alto riesgo y crea las bases para investigaciones futuras más rigurosas.

Este estudio en el contexto de las Casas de Abuelos de La Habana revela una prevalencia alarmantemente alta de deterioro cognitivo en sus usuarios, la cual se asocia con un patrón claro de pérdida de autonomía en las AIVD. El perfil neuropsicológico observado, dominado por un grave compromiso de la memoria episódica junto a déficits en atención y funciones ejecutivas, es coherente con el perfil de la Enfermedad de Alzheimer y sugiere que estos centros asisten a una población con necesidades neurocognitivas significativas.

CONCLUSIÓN:

Se identifica a las Casas de Abuelos como un escenario de alto valor para la vigilancia y la intervención temprana en salud cognitiva. La alta prevalencia de sospecha de deterioro detectada actúa como una señal de alerta para el sistema de salud, subrayando la necesidad urgente de integrar protocolos de evaluación cognitiva y funcional sistemática en estos centros. Los resultados abogan por transformar estos espacios de cuidado en entornos terapéuticos activos, donde la promoción de la salud cerebral sea un pilar explícito de su misión, aprovechando su acceso único a una población de alto riesgo y vulnerabilidad.



REFERENCIAS:

1. Sotomayor Preciado AM, Zhunio Bermeo FI, Ajila Saraguro AB, Pelaez Dias PA. Funcionamiento Cognitivo de la Vejez y la Dependencia del Adulto Mayor. Dom. Cien., 2022[Acceso: 12-12-2025]; 8(3):722-734. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v8i3>
2. Díaz Guerra DD, Hernández Lugo MC. Neuropsicología del envejecimiento: intervención con enfoque preventivo y rehabilitatorio. Revdosdic [Internet]. 2023 [Acceso: 12-12-2025];6(4):e440 [aprox. 9 p.] Disponible en: <https://revdosdic.sld.cu/index.php/revdosdic/article/view/440>
3. Paredes Arturo YV, Yarce Pinzón E, Aguirre Acevedo CD. Deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores rurales. Interdisciplinaria, 2021[Acceso: 12-12-2025], 38(2), 59-722021. Disponible en: <https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.4>
4. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5). 5th ed.: Editorial Médica Panamericana; 2014.
5. Pais R, Ruano L, P Carvalho O, Barros H. Global Cognitive Impairment Prevalence and Incidence in Community Dwelling Older Adults-A Systematic Review. Geriatrics (Basel). 2020 Oct 27[Acceso: 12-12-2025]; 5(4):84 Disponible en: <https://doi.org/10.3390/geriatrics5040084>
6. Ribeiro FS, Teixeira Santos AC, Leist AK. The prevalence of mild cognitive impairment in Latin America and the Caribbean: a systematic review and meta-analysis. Aging Ment Health. 2022 Sep [Acceso: 12-12-2025]; 26(9):1710-1720. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.2003297>.
7. Sánchez Nieto, JM, Mendoza Núñez, VM. Prevalencia de probable deterioro cognitivo en adultos mayores de una población mexicana utilizando el MMSE y el MoCA. Gerokomos [Internet]. 2021 [Acceso: 12-12-2025]; 32(3): 168-171. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000400007&lng=es.
8. Organización Panamericana de la Salud. La demencia en América Latina y el Caribe: prevalencia, incidencia, repercusiones y tendencias a lo largo del tiempo. Washington, DC: OPS; 2023[Acceso: 12-12-2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275326657>



9. Llibre Rodríguez JJ. Envejecimiento y demencia: implicaciones para la comunidad científica, la salud pública y la sociedad cubana. Anales de la Academia de Ciencias de Cuba. [Internet] 2022[Acceso: 12-12-2025]; 2(2). Disponible en: <https://www.revistaccuba/index.p>
10. Rodríguez López G, Tamargo Barbeito T, Castro Jiménez M, Rodríguez Martínez Y, Goenaga Morejón J. Validación preliminar del test de evaluación cognitiva de Montreal en una muestra de adultos mayores. Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía. [Internet]. 2020 [Acceso: 12-12-2025]; 10(2): e368. Disponible en: <https://revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/368/0>
11. Vergara I, Orive M, Navarro G, Quintana JM. Validation of the spanish version of the Lawton IADL scale for its application in elderly people. Health and Quality of Life Outcomes. 2012[Acceso: 12-12-2025]; 10 (130): 1-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-130>
12. Cabañero Martínez MJ, Cabrero García J, Richart Martínez M, Muñoz Mendoza CL. The Spanish Versions of the Barthel Index (BI) and the Katz Index (KI) of Activities of Daily Living (ADL): A Structured Review. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2009[Acceso: 12-12-2025]; 49 (1): e77-e84. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.09.006>
13. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA. 2013 Nov 27[Acceso: 12-12-2025];310(20):2191-4. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>.
14. Márquez Terraz A, Centorbi LV, Díaz IB. Nivel educativo, calidad de vida y capacidad cognitiva y funcional en adultos mayores. UISRAEL. 2025[Acceso: 12-12-2025]; 12(1). Disponible en: <https://doi.org/10.35290/rcui.v12n1.2025.1157>
15. Zegarra Valdivia JA, Chino Vilca BN, Paredes Manrique CN. Prevalencia de deterioro cognitivo leve en peruanos adultos mayores y de mediana edad. Rev Ecuat Neurol. 2023[Acceso: 12-12-2025]; 32(1):43-54. Disponible en: <https://doi.org/10.46997/revecuatneurol32100043>
16. Pedraza L. OL, Sánchez E, Plata SJ, Montalvo C, Galvis P, Chiquillo A, et al. Puntuaciones del MoCA y el MMSE en pacientes con deterioro cognitivo leve y demencia en una clínica de memoria en Bogotá. Acta Neurol Colomb. [Internet]. 2014 Jan [Acceso:



12-12-2025]; 30(1): 22-31. Disponible en:
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012087482014000100006](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012087482014000100006&lng=en)
&lng=en.

17. Beam CR, Kaneshiro C, Yun Jang J, Reynolds CA, Pederson NL, Gatz M. Diferencias entre mujeres y hombres en las tasas de incidencia de demencia y enfermedad de Alzheimer. J Alzheimers Dis. 2018[Acceso: 12-12-2025]; 64(4): 1077-1083. Disponible en: <https://doi.org/10.3233/JAD-180141>

18. Cancino M, Rehbein. Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica. Terapia psicológica. 2016[Acceso: 12-12-2025]; 34(3):183-189. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000300002>

19. Mescua MP, Salazar López JA. Deterioro cognitivo y factores asociados a la dependencia funcional en una población adulta mayor de la ciudad de Huancayo – 2019 [Tesis para obtener el título de médico cirujano, Huancayo: Universidad Continental]. 2021. Disponible en: <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/9140>

20. Laguado JE, Camargo Hernández KC, Campo Torregroza E, Martín Carbonell MC. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. Revista Gerokomos, [Internet]. 2017 [Acceso: 12-12-2025]; 28(3): 135-141. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000300135&lng=es.

Declaración de posibles conflictos de interés:

Se declara que no existen conflictos de interés.

Contribuciones de los autores:

Conceptualización: Elaine Hernández Ulloa

Curación de datos: Elaine Hernández Ulloa, Norge de Jesús Santiesteban Velazquez, Ana María Edreira Piedra

Análisis Formal: Elaine Hernández Ulloa, Norge de Jesús Santiesteban Velazquez, Ana Flavia Vera González, Ana María Edreira Piedra

Investigación: Elaine Hernández Ulloa, Alex David Martínez Martínez, Isabella Bosch Quesada, Ana Flavia Vera González, Ana María Edreira Piedra.



Metodología: Elaine Hernández Ulloa, Klency González Hernández, Norge de Jesús Santiesteban Velazquez.

Administración del Proyecto: Elaine Hernández Ulloa.

Recursos: Elaine Hernández Ulloa, Alex David Martínez Martínez, Isabella Bosch Quesada, Ana Flavia Vera González, Ana María Edreira Piedra.

Supervisión: Elaine Hernández Ulloa, Klency González Hernández.

Visualización: Elaine Hernández Ulloa, Klency González Hernández

Redacción - Elaboración del borrador original: Elaine Hernández Ulloa, Ana Flavia Vera González, Ana María Edreira Piedra

Redacción – Revisión y edición: Elaine Hernández Ulloa, Norge de Jesús Santiesteban Velazquez, Ana Flavia Vera González, Ana María Edreira Piedra

