



Tesis Doctoral

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y
COGNITIVO DE LAS PERSONAS QUE
INGRESAN EN CENTROS
RESIDENCIALES DE LAS
PROVINCIAS DE A CORUÑA Y LUGO**

Carlos Dosil Díaz

DEPARTAMENTO DE PSICOLOXÍA EVOLUTIVA E DA EDUCACIÓN

FACULTADE DE PSICOLOXÍA

SANTIAGO DE COMPOSTELA,

2015





Tesis Doctoral

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y
COGNITIVO DE LAS PERSONAS QUE
INGRESAN EN CENTROS
RESIDENCIALES DE LAS
PROVINCIAS DE A CORUÑA Y LUGO**

Fdo. Carlos Dosil Díaz

DEPARTAMENTO DE PSICOLOXÍA EVOLUTIVA E DA EDUCACIÓN

FACULTADE DE PSICOLOXÍA

SANTIAGO DE COMPOSTELA,

2015



AUTORIZACIÓN DOS DIRECTORES DA TESE

D. ONÉSIMO JUNCOS RABADÁN, Profesor Titular do Departamento de Psicoloxía Evolutiva e da Educación e D. DAVID FACAL MAYO, Profesor Axudante Doutor do Departamento de Psicoloxía Evolutiva e da Educación.

Como Directores da Tese de Doutoramento titulada **“PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y COGNITIVO DE LAS PERSONAS QUE INGRESAN EN CENTROS RESIDENCIALES DE LAS PROVINCIAS DE A CORUÑA Y LUGO”**, presentada por D. Carlos Dosil Díaz, alumno do Programa de Doutoramento “Desenvolvemento Psicológico, Familia, Educación e Intervención”

Autorizan a presentación da Tese indicada, considerando que reúne os requisitos esixidos no artigo 34 do regulamento de Estudos de Doutoramento e que non incurre nas causas de abstención establecidas na lei 30/1992.

Asdo.

Dr. D. Onésimo Juncos Rabadán

Dr. D. David Facal Mayo



AGRADECIMIENTOS

Un especial reconocimiento a todas las personas e Instituciones que han hecho posible la presentación de este trabajo.

Agradecimiento a todos los Residentes participantes, a sus familias, a las personas responsables y colaboradores en los Centros Residenciales y a los compañeros colaboradores en la aplicación de las pruebas.

Especial gratitud al Profesor Onésimo Juncos por el esfuerzo, las horas de dedicación y los sabios consejos. En todo momento ha estado dispuesto para colaborar en la resolución de problemas que han ido surgiendo en la elaboración del presente trabajo.

Gratitud también al Profesor David Facal por los consejos y palabras de apoyo que son tan necesarias en distintos momentos de la elaboración de estos trabajos así, como por su disponibilidad e implicación en las distintas etapas de elaboración del trabajo.

Agradecimiento a mis padres, por motivarme siempre a seguir adelante y darme apoyo y ánimo.

De manera especial, a mi mujer Sandra por escucharme y, por su paciencia y cariño incondicional.



A mis abuelos





RESUMEN

El objetivo general de este trabajo es determinar el perfil sociodemográfico, de salud y cognitivo de las personas que ingresan en los Centros residenciales de la Comunidad Autónoma de Galicia y, más concretamente, de las provincias de A Coruña y Lugo.

Los participantes han sido 138 residentes que ingresaron en nueve Centros Residenciales, públicos y privados desde julio a diciembre de 2011. Se les ha aplicado una batería de pruebas conformada por: CAMCOG-R, TAVEC, Cuestionario de Quejas Subjetivas de Memoria, Escala de Actividades Instrumentales de la vida diaria de Lawton y Brody y el Inventario Neuropsiquiátrico NPI.

Los resultados indican: 1) En cuanto al perfil sociodemográfico se constata que hay un mayor porcentaje de mujeres que de hombres. También son mayoría las personas que no tienen pareja (viudos o solteros) y su nivel de estudios se sitúa en primarios o sin estudios siendo sus ocupaciones anteriores más frecuentes: trabajadores no cualificados y amas de casa. 2) Respecto al perfil de salud/enfermedad, las enfermedades más frecuentes son las hipertensivas y neurodegenerativas. Las mujeres presentan más enfermedades neurodegenerativas, mentales y vasculares y, los hombres, más hipertensivas y oncológicas. 3) Los porcentajes de dependencia total y severa están en el 90%. 4) En cuanto al funcionamiento cognitivo, los participantes se han clasificado en 6 grupos: Envejecimiento Normal (Env.N) constituye el 8,69% y no presenta deterioro cognitivo; Deterioro Cognitivo Ligero (DCL) constituye el 20,28%; Deterioro Cognitivo Moderado (DCM) constituye el 31,1% y Deterioro Cognitivo Grave (DCG) que constituye el 39,87%. El grupo DCL se distribuye en tres subtipos: multidominio amnésico (DCLmda), unidominio amnésico (DCLuda) y no amnésico (DCLna). 5) En cuanto a los síntomas neuropsiquiátricos, la apatía/indiferencia moderada-grave es el síntoma que presenta el mayor porcentaje de personas (18,8%).

En conclusión, el presente trabajo presenta un perfil de persona que ingresa en Centros Residenciales de las provincias de A Coruña y Lugo caracterizado por presentar un alto grado de dependencia, relacionada con aspectos físicos, de salud mental y

cognitivos. Se plantea la necesidad de elaborar programas de intervención y cuidado de acuerdo a las características específicas de cada nuevo residente.

Palabras clave: perfil sociodemográfico, perfil cognitivo, ancianos, mayores institucionalizados, centros residenciales, deterioro cognitivo.



RESUMO

O obxectivo xeral deste traballo é determinar o perfil sociodemográfico, de saúde e cognitivo das persoas que ingresan nos Centros Residenciais da Comunidade Autónoma de Galicia e, máis concretamente, das provincias de A Coruña e Lugo.

Os participantes foron 138 residentes que ingresaron en nove Centros Residenciais, públicos e privados dende xullo a decembro de 2011. Aplicóuselles unha batería de probas conformada por: CAMCOG-R, TAVEC, Cuestionario de Queixas Subxectivas de Memoria, Escala de Actividades Instrumentais da vida diaria de Lawton e Brody e o Inventario Neuropsiquiátrico (NPI).

Os resultados indican: 1) En canto ao perfil sociodemográfico conséntase que hai unha maior porcentaxe de mulleres que de homes. Tamén son maioría as persoas que non teñen parella (viúvos ou solteiros) e o seu nivel de estudos sitúase en primarios ou sen estudos sendo as súas ocupacións anteriores máis frecuentes: traballadores non cualificados e amas de casa. 2) Respecto ao perfil de saúde/enfermidade, as enfermidades máis frecuentes son as hipertensivas e neurodexenerativas. As mulleres presentan máis enfermidades neurodexenerativas, mentais e vasculares e, os homes máis hipertensivas e oncolóxicas. 3) As porcentaxes de dependencia total e severa están no 90%. 4) En canto ao funcionamento cognitivo, os participantes clasificáronse en 6 grupos: Envellecemento Normal (Env.N) constitúe o 8,69% e non presenta deterioración cognitiva; Deterioración Cognitiva Lixeira (DCL) constitúe o 20,28%; Deterioración Cognitiva Moderada (DCM) contituye o 31,1% e Deterioración Cognitiva Grave (DCG) que constitúe o 39,87%. O grupo DCL distribúese en tres subtipos: multidominio amnésico (DCLmda), unidominio amnésico (DCLuda) e non amnésico (DCLna). 5) En canto aos síntomas neuropsiquiátricos, a apatía/indiferencia moderada-grave é o síntoma que presenta o maior porcentaxe de persoas (18,8%).

En conclusión, o presente traballo presenta un perfil de persoa que ingresa en Centros Residenciais das provincias da Coruña e Lugo caracterizado por presentar un alto grao de dependencia, relacionada con aspectos físicos, de saúde mental e

cognitivos. Formúlase a necesidade de elaborar programas de intervención e coidado de acordo ás características específicas de cada novo residente.

Palabras clave: perfil sociodemográfico, perfil cognitivo, anciáns, maiores institucionalizados, centros residenciais, deterioración cognitiva.



SUMMARY

This study has been designed to determine the socio-demographic profile, the general health and cognitive function, of those admitted to residential nursing centers in the Autonomous Community of Galicia, specifically the provinces of A Coruña and Lugo.

The participant pool was composed of 138 residents who were admitted to nine residential nursing facilities, both public and private, from July to December 2011. They submitted to a battery of tests including: CAMCOG-R (Cambridge Cognitive Examination Revised), TAVEC, Subjective Memory Complaints Questionnaire, Lawton and Brody Instrumental Activities of Daily Living Scale and Neuropsychiatric Inventory (NPI).

Results indicate that 1) the socio-demographic profile is composed of a higher percentage of women than men. Furthermore, the majority are unmarried (single, widows or widowers) and formal education has been limited to basic studies or no prior study, with the most frequent occupations being unskilled workers and housewives. 2) In respect to the profile of health/illness, the most frequently presenting illnesses are hypertension and neurodegenerative disease. Women were found to have higher rates of mental, vascular and neurodegenerative disease, with men presenting higher rates of hypertensive and oncologic illness. 3) 90% of residents are characterized as severely or totally dependent 4) In relation to cognitive function, participants were classified into 6 groups: Normal Aging constituting 8.69%, with no signs of cognitive degeneration; Mild Cognitive Impairment constituting 20.28%; Moderate Cognitive Impairment, constituting 31.1% and Severe Cognitive Impairment constituting 39.8% The group presenting Mild Cognitive Impairment (MCI) was classified into three subgroups: amnesic multi-domain MCI, amnesic single-domain MCI and nonamnesic MCI. 5) In regard to neuropsychiatric symptoms, moderate to severe apathy / indifference, occurs in the highest percentage of people (18.8%).

In conclusion, the present study has found a patient profile for nursing homes in A Coruña and Lugo characterized by a high grade of dependence related to physical

health, mental health and cognitive function. We have found the development of programs based on care and intervention in accordance with the specific characteristics of each incoming resident to be of paramount importance.

Key words: socio-demographic profile, cognitive profile, old people, elderly institutionalized, nursing centers, cognitive deterioration.



ÍNDICE

I. APROXIMACIÓN TEÓRICA	27
1. INTRODUCCIÓN	27
2. DETERIORO COGNITIVO EN LA VEJEZ	28
2.1. Deterioro Cognitivo Ligero, Moderado y Grave.....	30
2.2. La fragilidad en el mayor	36
2.3. Medida del deterioro cognitivo en el envejecimiento	39
3. ENVEJECIMIENTO Y DEPENDENCIA EN LA POBLACIÓN EN ESPAÑA Y EN GALICIA. DATOS DEMOGRÁFICOS. DEMANDA DE CENTROS RESIDENCIALES	40
3.1. Envejecimiento en España y Galicia.....	41
3.2. Evolución reciente y futura de la población en Galicia	43
3.3. Dependencia y Discapacidad	51
3.3.1. Distribución de la dependencia por comunidades autónomas y por provincias.....	52
3.3.2. Dependencia y formas de convivencia de los mayores	55
3.3.3. Dependencia y discapacidad en Galicia	57
3.4. Centros de Día y Centros Residenciales	64
4. ESTUDIOS SOBRE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, DE SALUD Y COGNITIVOS DE LAS PERSONAS QUE INGRESAN EN RESIDENCIAS....	69
4.1. Estudios realizados en Centros Residenciales en Galicia	70
4.2. Estudios realizados en Centros Residenciales españolas entre 2000 y 2014... ..	71
4.3. Estudios en otros países	77
5. OBJETIVOS	78
 II METODOLOGÍA	 81
1. INSTRUMENTOS.....	81
1.1. Protocolo de recogida de datos sociodemográficos	81
1.2. Cuestionario de Comorbilidad de Charlson	81
1.3. Examen Cognitivo Cambridge Revisado (CAMCOG-R).....	82

1.4. Minimental State Examination (MMSE)	82
1.5. Test de Aprendizaje Verbal de España-Complutense (TAVEC)	83
1.6. Cuestionario de Quejas Subjetivas de Memoria.	85
1.7. Escala Lawton y Brody para evaluar las actividades instrumentales de la vida diaria.....	85
1.8. Inventario Neuropsiquiátrico (“Neuropsychiatric Inventory”) (NPI)	86
2. PROCEDIMIENTO	86
3. PARTICIPANTES	88
4. ANALISIS ESTADÍSTICOS	90
III. RESULTADOS	93
1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	93
2. PERFIL DE SALUD/ENFERMEDAD	94
3. PERFIL DE SALUD EN CUANTO A ALTERACIONES NEUROPSIQUIÁTRICAS	96
4. PERFIL DE AUTONOMÍA Y DEPENDENCIA	98
5. PERFIL COGNITIVO	98
5.1. Rendimiento cognitivo general y en dominios específicos por grupos.....	99
5.2. Rendimiento en pruebas específicas de memoria por grupos	105
5.2.1. Rendimiento en recuerdo	106
5.2.2. Rendimiento en aprendizaje	109
5.2.3. Rendimiento en efectos seriales	112
5.2.4. Rendimiento en estrategias semánticas	115
5.2.5. Rendimientos en estrategias seriales	117
5.2.6. Errores y reconocimiento.....	120
6. DEPENDENCIA-AUTONOMÍA E INDICE DE COMORBILIDAD EN RELACIÓN CON EL ESTATUS COGNITIVO	123
IV. DISCUSIÓN	127
1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	127
2. PERFIL DE SALUD	128
3. PERFIL DE AUTONOMÍA/DEPENDENCIA	131
4. PERFIL COGNITIVO	131

5. FORTALEZAS Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN..... 141

V. CONCLUSIONES 143

VI. REFERENCIAS 145

VII. ANEXOS 171





ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Población en Galicia 2013, por provincia y género	43
Tabla 2. Datos de la población de A Coruña mayor de 65 años.....	44
Tabla 3. Datos de la población de Pontevedra mayor de 65 años	44
Tabla 4. Datos de la población de Lugo mayor de 65 años.....	44
Tabla 5. Datos de la población de Ourense mayor de 65 años	44
Tabla 6. Situación de la población en 2010 y proyección 2015 y 2020, por provincias y total de Galicia.....	49
Tabla 8. Tasa de dependencia en porcentajes de mayores de 65 años por Comunidades Autónomas.....	53
Tabla 9. Tasa de dependencia en porcentajes de mayores de 65 años por provincias. ...	54
Tabla 10. Datos de dependencia en España en cuanto al género.	54
Tabla 11. Población con dependencia por provincias	57
Tabla 12. Personas o Entidades que se responsabilizan del cuidado de los/as dependientes	58
Tabla 13. Causas de la dependencia según el género	58
Tabla 14: Proyecciones de población en situación de dependencia mayor de 16 años en Galicia por grado de dependencia, 2015 y 2020.	60
Tabla 15. Población con discapacidad en Galicia por edad y género.....	64
Tabla 16. Centros de Día y número de plazas en Galicia.....	65
Tabla 17. Perfil del usuario gallego en Centros de Día públicos y concertados.	65
Tabla 18: Centros Residenciales en las cuatro provincias gallegas.....	66
Tabla 19. Plazas en Centros Residenciales de titularidad pública y privada en la Comunidad Autónoma de Galicia.	67
Tabla 20. Centros Residenciales y plazas de titularidad pública y privada en la Comunidad Autónoma de Galicia.	67
Tabla 21. Perfil del usuario gallego en Centros Residenciales	68

Tabla 22. Muestra según la titularidad de Centro en las provincias de A Coruña y Lugo.....	88
Tabla 23. Características sociodemográficas.....	94
Tabla 24. Problemas de salud de las personas que ingresan en Centros Residenciales por rangos de edad.....	95
Tabla 25. Problemas de salud de las personas que ingresan en Centros Residenciales según el género, provincia y titularidad	95
Tabla 26. Índice de comorbilidad de Charlson de las personas que ingresan en Centros Residenciales según el género, provincia y titularidad	96
Tabla 27. Problemas de movilidad manual en las personas que ingresan en Centros....	96
Tabla 28. Alteraciones neuropsiquiátricas en las personas que ingresan en Centros Residenciales según el género, provincia y titularidad	97
Tabla 29. Autonomía y dependencia en las personas que ingresan en Centros Residenciales según el género, provincia y titularidad	98
Tabla 30. Puntuaciones medias, desviaciones estándar y rangos obtenidos por grupos, en el MMSE y en el CAMCOG-R (total y áreas específicas)	99
Tabla 31. Análisis Post-hoc. Comparaciones inter-grupos para las medidas cognitivas generales (MMSE y CAMCOG-R total) y para las áreas específicas. Estadístico z (Mann-Whitney) y probabilidad (p).....	102
Tabla 32. Factores y variables incluidos en el TAVEC con sus correspondientes acrónimos	106
Tabla 33. Puntuaciones medias, desviaciones estándar y rangos obtenidos por los distintos grupos, en recuerdo del TAVEC (RLCP, RCLCP, RLLP, RCLLP)	107
Tabla 34. Análisis Post-hoc. Comparaciones inter-grupos para las medidas de recuerdo del TAVEC	108
Tabla 35. Puntuaciones medias, desviaciones estándar y rangos en aprendizaje (RIA 1, RIA 5; RIB) y TAVEC Total	109
Tabla 36. Análisis Post-hoc. Comparaciones inter-grupos para las medidas en aprendizaje y TAVEC Total.....	111
Tabla 37. Porcentajes medios, desviaciones estándar y rangos obtenidos en efectos seriales (RGPR, RGMD, RGRC).....	112

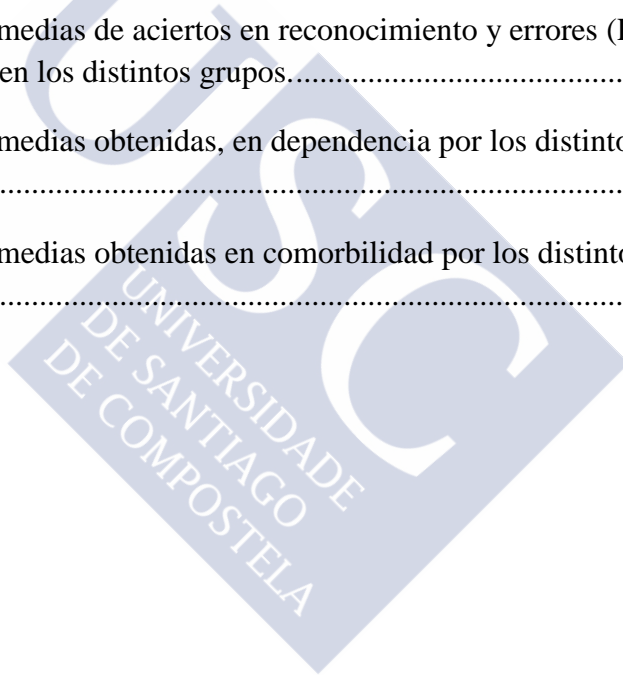
Tabla 38. Análisis Post-hoc. Comparaciones inter-grupos para las medidas de efectos seriales del TAVEC	114
Tabla 39. Puntuaciones medias, desviaciones estándar y rangos obtenidos en estrategias semánticas (ESEMRIA, ESEMRIB, ESEMRLCP, ESEMRLLP)	115
Tabla 40. Análisis Post-hoc. Comparaciones inter-grupos para las medidas de estrategias semánticas del TAVEC	116
Tabla 41. Puntuaciones medias, desviaciones estándar y rangos en estrategias seriales (ESERRIA, ESERRIB, ESERRLCP, ESERRLLP).....	118
Tabla 42. Análisis Post-hoc. Comparaciones inter-grupos para las medidas de estrategias seriales del TAVEC	119
Tabla 43. Puntuaciones medias, desviaciones estándar y rangos en aciertos de reconocimiento y errores (P, IRL, IRLC, AR, FP).....	120
Tabla 44. Análisis Post-hoc. Comparaciones inter-grupos para las medidas de aciertos en reconocimiento y errores del TAVEC.....	122
Tabla 45. Puntuaciones medias, desviaciones típicas y rangos obtenidos por los distintos grupos, en la prueba Lawton	123
Tabla 46. Análisis Post-hoc no paramétricos. Comparaciones inter-grupos para las puntuaciones en la prueba Lawton	124
Tabla 47. Puntuaciones medias, desviaciones típicas y rangos obtenidos en el Índice de Charlson.....	124



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Diferencia entre la población de hombres y mujeres por franja de edad.....	42
Figura 2.	Evolución de mujeres y de hombres mayores en Galicia de 2002 a 2011.	45
Figura 3.	Evolución del Índice de Envejecimiento en Galicia de 2002 a 2011.	46
Figura 4.	Evolución del Índice de Sobreenvejecimiento en Galicia desde 2002 a 2011.	47
Figura 5.	Evolución prevista de la población gallega para 2015 y 2020, hipótesis sin y con migraciones.	48
Figura 6.	Evolución prevista de la población gallega por grandes grupos de edad entre 2010 y 2020.....	49
Figura 7.	Evolución prevista de la población gallega de 65 y más años por subgrupos de edad en la década 2010-2020. Porcentajes de variación.	50
Figura 8.	Formas de convivencia de la población mayor de 65 años según el género.	55
Figura 9.	Formas de convivencia de la población mayor de 65 años por grupos de edad.....	56
Figura 10.	Grado de dependencia según el tipo de hogar.	56
Figura 11.	Personas dependientes según el grado de dependencia y el género.	59
Figura 12.	Grado de dependencia según la edad.....	60
Figura 13.	Evolución en el período observado de la población en situación de dependencia en Galicia por grado y total. Porcentaje de variación.	61
Figura 14.	Estructura de la población total y con discapacidad en Galicia por grupos de edad y género..	62
Figura 15.	Distribución porcentual de la población con discapacidad por grado y género.	63
Figura 16.	Puntuaciones medias obtenidas por los distintos grupos, en el MMSE y en el CAMCOG-R total.....	100

<i>Figura 17.</i> Puntuaciones medias obtenida en cada dominio.	100
<i>Figura 18.</i> Puntuaciones medias obtenidas, en recuerdo (RLCP, RCLCP, RLLP, RCLLP), en los distintos grupos.....	107
<i>Figura 19.</i> Puntuaciones medias de aprendizaje (RIA 1, RIA 5, RIB) en los distintos grupos.....	110
<i>Figura 20.</i> Porcentajes medios de efectos seriales (RGPR, RGMD y RGRC) en los distintos grupos.	113
<i>Figura 21.</i> Puntuaciones medias de estrategias semánticas (ESEMRIA, ESEMRIB, ESEMRLCP, ESEMRLLP) en cada grupo	115
<i>Figura 22.</i> Puntuaciones medias de estrategias seriales (ESERRIA, ESERRIB, ESERRLCP, ESERRLLP), en los distintos grupos.....	118
<i>Figura 23.</i> Puntuaciones medias de aciertos en reconocimiento y errores (P, IRL, IRLC, A, FP) en los distintos grupos.....	121
<i>Figura 24.</i> Puntuaciones medias obtenidas, en dependencia por los distintos grupos	123
<i>Figura 25.</i> Puntuaciones medias obtenidas en comorbilidad por los distintos grupos	125



I. APROXIMACIÓN TEÓRICA

1. INTRODUCCIÓN

Todo lo que atañe a los mayores residentes en Centros Residenciales es algo que me ha motivado desde los últimos años de mi carrera y por ello he tratado, desde esos momentos, de profundizar en aquellos aspectos que pueden hacer una vida más agradable a estas personas. Un aspecto importante en el año 2011, cuando me planteaba realizar mi Tesis Doctoral, era conocer el perfil sociodemográfico y cognitivo de las personas que ingresaban en los Centros Residenciales ya que eran escasos los datos en este aspecto en nuestra Comunidad Gallega.

Está claro que cuando se produce un nuevo ingreso en un Centro Residencial, se lleva a cabo una evaluación completa y multidisciplinar con la finalidad de realizar una intervención óptima; pero dado que esa valoración no sigue unos patrones similares en todas las Instituciones, nos planteamos en nuestro estudio investigar acerca del perfil de la persona que ingresa en Centros Residenciales recogiendo aspectos sociodemográficos, de salud, cognitivos etc., con la finalidad de avanzar tanto en los instrumentos de evaluación más idóneos para cada caso, como en la rapidez de la misma.

Teniendo en cuenta que la institucionalización del mayor va a estar determinada, fundamentalmente, por tener una edad avanzada, un deterioro cognitivo, la incapacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria, alteraciones conductuales y falta de apoyo familiar (Diaz Mardomingo, 2012), nos planteamos, el presente trabajo compuesto por seis apartados. En el primero, *Aproximación Teórica*, se aborda, en primer lugar, el deterioro cognitivo en la vejez. En segundo lugar, nos centramos en aspectos de dependencia y discapacidad, aludiendo a datos de las distintas Comunidades Autónomas con especial hincapié en la Comunidad Autónoma Gallega. También, se hace referencia en este capítulo a los Centros de Día y Centros Residenciales, sobre todo en Galicia. Terminamos la aproximación teórica, haciendo referencia a varios estudios realizados en Centros Residenciales o relacionados con las variables que pueden llevar al mayor a ser institucionalizado. Finalizamos este apartado, con el

planteamiento de los objetivos de esta Tesis, siendo el objetivo general el estudio del perfil sociodemográfico y cognitivo de los residentes que ingresan en Centros Residenciales.

En el apartado *Metodología*, se describe el procedimiento seguido para la selección de los participantes en el estudio, los instrumentos aplicados y el procedimiento seguido en su aplicación y las estrategias de análisis de datos. En el apartado *Resultados*, se describen los datos en cuanto a las características sociodemográficas, comorbilidad, perfil de salud/enfermedad, de autonomía/dependencia y perfil cognitivo de las personas que ingresan en Centros Residenciales, dicho perfil referido tanto al rendimiento cognitivo general y en dominios específicos como en memoria. En el apartado *Discusión*, se lleva a cabo una interpretación de los resultados haciendo alusión a distintas investigaciones que abordan alguna temática similar, también se reflejan las fortalezas y limitaciones del estudio y posibles vías de investigación futuras. En el apartado *Conclusiones*, se recogen las principales aportaciones del presente trabajo. En el último apartado, *Referencias*, se incluyen las investigaciones en las que nos hemos apoyado en la elaboración de esta Tesis.

2. DETERIORO COGNITIVO EN LA VEJEZ

El envejecimiento se ha asociado con la presencia de un déficit de algunas formas de memoria y de otras capacidades cognitivas (Schaie, 1989). Sin embargo, una visión más positiva donde se contemplan pérdidas y ganancias se ha impuesto en la Psicología cognitiva del envejecimiento, aceptándose que la edad contribuye a la mejora en habilidades cristalizadas relacionadas con la experiencia acumulativa, y que afecta, especialmente, a la velocidad de procesamiento y a la memoria episódica (Salthouse y Davis, 2006).

Estas afirmaciones proceden, principalmente, de estudios transversales que comparan muestras de personas jóvenes con muestras de personas ancianas. En los resultados de estas investigaciones, se observa que la edad está relacionada con una disminución de la memoria episódica, tanto verbal como no verbal, así como con la

capacidad de denominación, de la capacidad visoespacial y, de forma especial, con una menor rapidez psicomotora, aunque los déficits son tan pequeños que no ocasionan una disminución de la capacidad funcional del individuo (Park y Minear, 2004).

Ahora bien, sabemos que los estudios transversales son susceptibles de sesgos que limitan el valor de estos resultados. Así, el efecto cohorte puede hacer atribuir a la edad lo que son diferencias generacionales: estilos de vida, diferencias debidas a la educación, etc. Así mismo, otra posible fuente de error de estos estudios puede ser debida a la inclusión de sujetos que se encuentran en un estado de demencia incipiente no diagnosticada. De ahí que los estudios longitudinales son preferibles, ya que evidencian una menor repercusión de la edad en el funcionamiento cognitivo y permiten excluir del análisis a los sujetos que en la evolución desarrollan demencia, lo que resulta de gran importancia para establecer comparaciones y detectar aquellas anomalías que indican el comienzo de una demencia (Morris y Price, 2001); sin embargo, no se detectan diferencias cualitativas importantes en el perfil de declive asociado con el envejecimiento. Diferentes estudios (Collie et al., 2001, Hickman, Howieson, Dame, Sexton, y Kaye, 2000; Howieson et al., 2003; Rubin et al., 1998) vienen a decirnos que los ancianos sanos mantienen un rendimiento cognitivo estable en los estudios longitudinales y que la aparición de un deterioro, aunque de carácter mínimo, representa habitualmente el comienzo de una demencia.

En cuanto a los correlatos histopatológicos del envejecimiento normal, todavía persiste en la actualidad la controversia sobre si los hallazgos básicos de la Enfermedad de Alzheimer (EA), los ovillos neurofibrilares y las placas seniles, son específicos de la enfermedad o también pueden aparecer en el cerebro de ancianos sanos. En la actualidad, la mayoría de los investigadores piensa que las diferencias histopatológicas entre el envejecimiento normal y la EA, son más cuantitativas que cualitativas, puesto que en diferentes estudios se ha detectado la presencia de ovillos neurofibrilares y de placas seniles en cerebros de ancianos sin demencia. El trabajo de Tomlinson, Blessed y Roth (1968) es el origen de esta teoría, que posteriormente se ha consagrado en los sucesivos criterios de diagnóstico anatomopatológico de la EA, tal como nos lo confirma Khachaturian (1985) y Mirra et al. (1991). Aunque existe una creciente corriente de opinión que cuestiona esta teoría argumentando que estas investigaciones

se realizaron con sujetos supuestamente no dementes pero que, en realidad, no estaban bien estudiados desde el punto de vista clínico, por lo que en muchos casos podría tratarse de sujetos con demencia incipiente no diagnosticada. Como consecuencia de todo ello, investigaciones como las realizadas por Haroutunian et al. (1998) y por Morris et al. (1996) destacan que los cerebros de ancianos sin deterioro significativo no cumplían criterios para ser diagnosticados de EA desde el punto de vista anatomopatológico, siendo necesaria la presencia apreciable de ovillos neurofibrilares y de placas seniles, así como, una pérdida neuronal significativa para que puedan aparecer los síntomas de demencia (Gómez Isla y Hyman, 2003). No obstante, en las edades más avanzadas la probabilidad de desarrollar deterioro cognitivo en forma de EA u otras demencias se incrementa como consecuencia de enfermedades vasculares y otros cambios cerebrales relacionados con la edad (Ganguli y Rodríguez, 2011).

2.1. Deterioro Cognitivo Ligero, Moderado y Grave

Según la nueva definición recogida en el DSM 5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) en el continuum entre el envejecimiento normal y el deterioro cognitivo grave, se sitúa el Trastorno neurocognitivo leve y el Trastorno neurocognitivo mayor (antes llamado demencia) (TNCM); y éste, dependiendo de su gravedad, se especifica como leve, moderado o grave. El Trastorno neurocognitivo leve o mayor pueden estar producidos por: Enfermedad de Alzheimer, Degeneración del lóbulo fronto-temporal, Enfermedad por cuerpos de Lewy, Enfermedad vascular, Traumatismo cerebral, Consumo de drogas o medicamentos, Infección por VIH, Enfermedad por priones, Enfermedad de Parkinson, Enfermedad de Huntington, Otra afección médica, Etiologías múltiple, Causas no especificadas.

En relación con el envejecimiento normal el Trastorno neurocognitivo leve o mayor implica una evidencia de deterioro cognitivo significativo en relación con la edad y nivel educativo en uno o más de los siguientes dominios: atención compleja, habilidades ejecutivas, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidades perceptivas y habilidades visoconstructivas. El deterioro cognitivo se manifiesta en quejas subjetivas corroboradas por un informante y en el rendimiento en pruebas objetivas, y puede ir

acompañado o no de alteraciones conductuales y afectivas, también llamadas neuropsiquiátricas.

El Trastorno neurocognitivo leve también llamado deterioro cognitivo leve (DCL) ha sido definido como un estado heterogéneo entre el envejecimiento normal y el patológico y que a veces precede al TNCM, con frecuencia la EA (Albert et al., 2011; Artero, Petersen, Touchony Ritchie, 2006; Bennett et al., 2006; Saito y Murayama, 2007). Otros planteamientos sostienen que los déficits cognitivos que caracterizan este síndrome no siempre evolucionan, pudiendo mantenerse estables los cambios cognitivos a lo largo de un tiempo (Loewenstein et al., 2009; Peraita, García-Herranz y Díaz-Mardomingo, 2011).

Los antecedentes a la conceptualización de DCL podemos situarlos en Kral (1962) quien hizo una primera aproximación al concepto empleando los términos: “pérdida de memoria benigna” y “pérdida de memoria maligna” con el objetivo de distinguir las quejas de memoria estables debidas al envejecimiento fisiológico de un deterioro de la memoria que podría estar relacionado con una enfermedad incipiente o indicativo de un trastorno progresivo. Por lo tanto, la pérdida de memoria benigna hace referencia a personas que sufren una disminución funcional benigna que no se agrava y no progresa hacia el TNCM, aunque difiere de la pérdida de memoria que se da con la edad. Serían personas con un funcionamiento mnésico menor en la edad avanzada, pero no presentarían otras dificultades.

Años más tarde, Crook et al. (1986) propusieron una nueva entidad neuropsicológica denominada “*age-associated memory impairment*” (AAMI) o “deterioro de la memoria asociado a la edad” (DEMAE), término que hacía referencia a quejas subjetivas de la memoria en adultos mayores de 50 años y que medida con pruebas psicométricas se apartaría más de una desviación típica de lo esperable en adultos jóvenes sanos. Este concepto supuso un avance en esta cuestión, pero pronto surgieron críticas al mismo debido a su amplitud, ya que en función de las pruebas neuropsicológicas que se emplearan podría llegar a comprender a la mayoría de la población mayor de 65 años.

Blackford y La Rue (1989), en un intento de superar este problema, añadieron al DEMAE dos nuevas categorías: a) el Deterioro de la Memoria Consistente con la Edad (DMCE) para los sujetos cuyo rendimiento se encuentra en el 75% o más, de las pruebas de memoria administradas, dentro de una desviación típica con respecto al grupo de su misma edad, y b) el Olvido de la Edad Avanzada (OV) aplicable a las personas con un rendimiento entre una o dos desviaciones típicas por debajo de su grupo de edad, cuando menos en el 50% de las pruebas. Sin embargo, como nos indican Bischkopf, Busse y Angermeyer (2002), no existen estudios epidemiológicos que confirmen el valor predictivo de estos planteamientos.

Surgirían otros intentos de superar las limitaciones encontradas en el DEMAE, como el elaborado por Levy (1994) y desarrollado por otros autores (Hanninen et al., 1995; Ritchie et al., 2001) que hace referencia al término "deterioro cognitivo asociado a la edad" (DCAE) y que presenta diferencias con el DEMAE en el sentido de que la alteración cognitiva en los mayores también afectaba a otras funciones distintas de la memoria como aprendizaje, atención y concentración, pensamiento, lenguaje, funciones visoespaciales etc. También Graham et al. (1996) hacen referencia a alteraciones cognitivas en lenguaje, habilidades visoespaciales y atención, pero sin llegar al diagnóstico de TNCM, utilizando el término "deterioro cognitivo- no demencia" y destacando dos subtipos: el "deterioro aislado de la memoria" y el "deterioro cognitivo cerebrovascular-no memoria".

El concepto DCL, utilizado por primera vez por Flicker, Ferris y Reisberg (1991), adquiere entidad diagnóstica y clínica en 1999 cuando Petersen y sus colaboradores de la Clínica Mayo acuñan el término "*mild cognitive impairment*" (MCI) o DCL, definiéndolo como una entidad diagnóstica que hace referencia al estado intermedio entre el envejecimiento normal y la demencia (Petersen et al., 1999).

Más recientemente, distintos investigadores (Artero et al., 2006; Grundman et al., 2004; Petersen et al., 2004; Petersen y Negash, 2008) conciben el DCL como una entidad clínica que representa un estado transitorio entre el envejecimiento normal y las primeras fases de una EA; otros autores entienden el DCL como una entidad heterogénea que se caracteriza por cambios cognitivos leves asociados con etiologías

distintas (Dubois et al., 2010) o bien un grupo heterogéneo de individuos que se encuentran en una situación de riesgo superior a la observada en la población general para el desarrollo de un TNCM, especialmente EA (Bennett et al., 2006; Saito y Murayama, 2007; Serra y Caltagirone, 2008).

La definición del concepto de DCL lleva parejo un interés y una necesidad de clarificar y establecer criterios diagnósticos que puedan ser aceptados por los expertos en la temática; en este sentido, distintos grupos de investigación hicieron aportaciones importantes matizando y mejorando criterios establecidos en trabajos anteriores (Petersen, 2004, mejora la aportación de Petersen et al., 1999). Los criterios diagnósticos siguiendo a Petersen (2004) hacen referencia a: *a)* Quejas de problemas de memoria, a ser posible corroboradas por un informador fiable. *b)* Ejecución anómala en pruebas de memoria medida con los tests *c)* Funcionamiento cognitivo general normal *d)* Mantenimiento de las actividades de la vida diaria. *e)* Ausencia de TNCM. Otros criterios diagnósticos, en consonancia a los planteados por Petersen y colaboradores corresponden a los de la cuarta edición revisada del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) bajo la etiqueta de Mild Cognitive Disorder o "Trastorno Neurocognoscitivo Leve" o el aportado por Winblad et al. (2004) en la reunión del International Working Group on Mild Cognitive Impairment o bien la aportación que realiza el grupo de trabajo European Consortium on Alzheimer Disease (EADC) en 2006 quienes matizan los criterios propuestos por Petersen et al. (2004) tratando de identificar un posible "Síndrome de DCL". El procedimiento diagnóstico estaría basado en los siguientes criterios: (a) la persona debe presentar quejas cognitivas corroboradas por un familiar o informante fiable (b) la persona evaluada y el informador refieren un declive en el funcionamiento cognitivo en relación a las capacidades previas durante, al menos, los últimos 12 meses, c) trastornos cognitivos evidenciados mediante evaluación clínica: deterioro de la memoria y/u otro dominio cognoscitivo d) el deterioro cognitivo no afecta a las actividades de la vida diaria, si bien pueden referir dificultades relativas a la realización de actividades complejas y e) ausencia de demencia.

En 2011 el grupo de trabajo integrado en el *National Institute on Aging and the Alzheimer's Association* realizó una revisión y actualización de los principales criterios

para el diagnóstico del DCL para caracterizarlo como síndrome clínico y cognitivo. Albert et al. (2011) destacan los siguientes criterios, en gran medida coincidentes con los propuestos por Petersen (Petersen et al., 2009; Petersen, 2003; Petersen et al., 1999):

- 1) Quejas sobre cambios cognitivos manifestadas por el propio paciente y por informante fiable.
- 2) Deterioro en uno o más dominios cognitivos manifestado en un rendimiento cognitivo, inferior al que le correspondería por su nivel académico y edad.
- 3) Las habilidades funcionales están preservadas o poco deterioradas.
- 4) No aparecen signos de demencia.

Las distintas aportaciones en la comprensión del concepto de DCL, tanto en lo que se refiere a la definición del mismo como a los criterios diagnósticos nos lleva a la conclusión de que se trata de una entidad compleja y heterogénea por lo que distintos autores han tratado de dar un paso más profundizando, por una parte, en los posibles subtipos dentro del DCL (López et al., 2003; Petersen et al., 1999, 2001, 2004; Petersen y Negash, 2008) y por otra, en los marcadores cognitivos más eficaces que permitan discriminar entre un proceso de envejecimiento normal y el DCL así como poder predecir la evolución entre envejecimiento normal, DCL y EA (Rodríguez Rodríguez, Juncos-Rabadán y Facal, 2008).

La primera clasificación sobre los subtipos de DCL viene de la mano del grupo de Petersen (Petersen et al., 1999, 2001), en la que se destacan tres subtipos: DCL amnésico, DCL no amnésico y DCL multidominio. Estudios como el de Mitchell, Arnold, Dawson, Nestor y Hodges (2009) y Peraita, García-Herranz y Díaz-Mardomingo (2011) apoyan esta clasificación. En 2004, Petersen y colaboradores proponen una nueva clasificación de cuatro subtipos respecto a la cual existe un amplio consenso aunque con algunas excepciones (Engmann, 2011; Fisher et al., 2007; López et al., 2003). Los cuatro tipos a los que aludíamos son los siguientes: a) DCL amnésico de un solo dominio (DCLuda) b), este subtipo se caracteriza por una alteración de la memoria, funcionamiento cognitivo general normal y desempeño normal de las actividades de la vida diaria, DCL no amnésico de un solo dominio (DCLudna), hace referencia a la afectación de una función cognitiva distinta de la memoria c) DCL amnésico multidominio (DCLmda), se caracteriza por estar afectadas distintas funciones

cognitivas además de la memoria, d) DCL no amnésico multidominio (DCLmdna), en este subtipo estarían afectadas varias funciones cognitivas pero preservada la memoria.

Si relacionamos DCL con la EA, cualquier subtipo de DCL pueden progresar hacia una EA (Petersen, 2004), aunque los subtipos amnésicos (unidominio y multidominio) son los que con mayor frecuencia preceden o evolucionan hacia la EA (Dubois et al., 2007; Dubois y Albert, 2004; Petersen, 2004; Petersen y Morris, 2005). Los subtipos no amnésicos podrían preceder a TNCMs no Alzheimer, tales como las TNCMs frontotemporales, cuerpos de Lewy, vascular (Busse et al., 2006; Petersen et al., 2001), aunque no se excluye la posible evolución hacia EA (Petersen et al., 2003). Tratando de avanzar un paso más en la relación entre los conceptos DCL y EA, en 2011, el Instituto Nacional para el Envejecimiento de los EEUU (NIA) y la Asociación de Alzheimer (AA) propusieron un modelo patofisiológico de EA (Albert et al., 2011; Mckhann et al., 2011; Sperling et al., 2011) en el que se plantea un continuum entre el envejecimiento sano y EA y en ese continuum aparecería una fase preclínica, asintomática, y una fase clínica o sintomática. El DCL sería un estadio intermedio. En este nuevo planteamiento se identifican tres fases en la EA: a) EA preclínica que puede durar de 10 a 20 años antes de la aparición de síntomas. En esta fase aparecen biomarcadores en el líquido cefalorraquídeo, en el cerebro y/o en sangre que pueden ser signos precoces de la enfermedad, pero todavía no hay manifestación de síntomas cognitivos. b) DCL debido a la EA. En este caso se manifiesta un deterioro cognitivo leve del que el individuo y/o su familia son conscientes aunque no le afecta a las actividades de su vida diaria. Se recomiendan realizar pruebas bioquímicas, genéticas, de neuroimagen estructural y funcional para encontrar biomarcadores que permitan diferenciar si el DCL es “DCL debido a la EA” o está asociado a otras formas de TNCM o patología. En este diagnóstico diferencial también puede jugar un papel importante el análisis genético para descubrir APOE ϵ 4 positivo que puede incrementar el riesgo de EA (Sperling et al., 2011) c) TNCM debida a EA. Esta fase se caracteriza por el deterioro cognitivo y trastornos de comportamiento causados por procesos de la EA que impiden el normal funcionamiento de una persona en su vida diaria.

En cuanto a los estudios de la evolución de DCL a la EA arrojan resultados dispares con cifras que abarcan desde el 6 al 25 % (Díaz-Mardomingo, García-Herranz

y Peraita 2010; Montenegro y Montejo, 2007) pero se podría incrementar hasta un 50% en un seguimiento de 3 años (Fischer et al., 2007) o a un 32.2% en un seguimiento de 2 años (Amieva et al., 2004). Mulet et al. (2005), basándose en una clasificación de dos tipos de DCL: amnésico y no amnésico, observaron que, después de dos años de seguimiento, un 15,21% de participantes con deterioro cognitivo desarrolló EA. Después de un seguimiento de 4.5 años, desarrollaron EA el 48,7 de los sujetos con diagnóstico de DCLa y 26,8% diagnosticados de DCLna. Destacar también que el 12,6% de los participantes que al inicio del estudio presentaban un proceso de envejecimiento normal, evolucionaron hacia el TNCM. Allegri et al., (2010) encontraron que el 83% de una muestra de 239 personas con DCL a las que realizaron un seguimiento de 5 años, evolucionaron a TNCM.

2.2. La fragilidad en el mayor

El síndrome de fragilidad en el mayor es un tema de relevancia a nivel internacional y nacional desde hace varias décadas y consideramos que debemos dedicarle unas líneas por sus relaciones con la institucionalización del adulto mayor, ya que se trata de una situación altamente prevalente en el entorno residencial (Nicolás Torres, 2014). Uno de los planteamientos clásicos es el de Brocklehurst (1985) y se refería a la fragilidad como el equilibrio precario entre factores biomédicos y psicosociales, que son necesarios para que la persona siga en su domicilio y que la rotura de ese equilibrio conllevaría un riesgo importante de dependencia, institucionalización o muerte. Por su parte, el National Institute of Health (NIH), en 1988 facilitaba la definición de fragilidad en personas mayores haciendo alusión a un estado individual del anciano en el que se aprecian procesos de gran complejidad y vulnerabilidad, enfermedades de presentación atípica, deterioro cognitivo, afectivo y funcional, vulnerables a la yatrogenia, con problemas sociales y económicos, así como alto riesgo de institucionalización.

Espinoza y Walston (2005) definen la fragilidad como la pérdida de la funcionalidad, pérdida de la reserva fisiológica y además existe mayor vulnerabilidad a

contraer enfermedades, caídas etc. lo que conlleva discapacidad, institucionalización e incluso la muerte. Abizanda, Gómez-Pavón, Martín y Baztán (2010) apuntan a que la fragilidad sería el resultado de la interacción de variadas alteraciones en distintos sistemas y que darían lugar a una disminución de la capacidad de reserva lo que llevaría a la discapacidad, la institucionalización o la muerte. Por su parte, Clegg et al. (2013) aportan no tanto una definición sino un perfil de la fragilidad en el que se destacan: mayor edad, sexo femenino, mayor carga de enfermedad, discapacidad y deterioro cognitivo, entre otros factores, y entre sus causas se han identificado factores genéticos, hormonales, inflamatorios, de estrés oxidativo, neuromusculares, energéticos y nutricionales.

Otro enfoque clásico se debe a Fried et al., (2001, 2004), en este caso el síndrome de la fragilidad estaría presente cuando se ponen de manifiesto tres o más de los criterios siguientes: 1) pérdida de peso no intencionada de más de 5 kgs o 5% del peso corporal en un año, 2) debilidad muscular, 3) cansancio o baja resistencia a pequeños esfuerzos, 4) lentitud de la marcha, mayor al 20% del límite de la normalidad ajustado a sexo y altura, al recorrer 4,5m, 5) nivel bajo de actividad física. Además, Fried, Varadhan y Bohr (2008) aportan que la pérdida de peso y el agotamiento son los factores más predictores. Estos criterios aportados por Fried y colaboradores, hacen más bien alusión a indicadores, no a síntomas, que implican un deterioro acumulativo de fallos a través de distintos sistemas fisiológicos. Esos cinco componentes serían el punto final de la fragilidad y se harán visibles cuando se produce un fallo en distintos sistemas. En este sentido, Rockwood Andrew y Mitnitski (2007) y Song et al. (2011) dan un paso más tratando de encontrar el vínculo entre fragilidad física y cognitiva, afirmando que los indicadores propuestos por Fried no son suficientes para dar una explicación de la relación entre fragilidad física y cognitiva, siendo necesario añadir otros factores como: patología AD, problemas hormonales, inflamación crónica, problemas cardiovasculares y enfermedad mental. Todo ello, puede llevar a la persona mayor al aislamiento social, deterioro nutricional, cambios en otras pautas comportamentales como puede ser menor actividad física y deterioro cognitivo (Robertson, Savva y Kenny, 2013).

Ruan et al., (2015) entienden la fragilidad como un síndrome complejo y heterogéneo y destacan tres tipos: la fragilidad cognitiva, la física y la psicosocial. Estos autores encuentran una vinculación entre la fragilidad física y cognitiva aunque no están claros sus vínculos pero sí parecen aceptar, que el deterioro cognitivo de la fragilidad cognitiva es el resultado de la fragilidad física y pre-física. Caracterizan la fragilidad cognitiva como una forma de envejecimiento patológico del cerebro que además sería un precursor de un proceso neurodegenerativo. La definición de fragilidad cognitiva haría referencia a un síndrome clínico heterogéneo en el que se manifiesta deterioro cognitivo en personas mayores y que está causado por problemas físicos excluyéndose el TNCM derivado de Alzheimer y otras condiciones.

Abundando en el planteamiento anterior, Kelaiditi et al., (2013) tratan de explicar la relación entre fragilidad física y cognitiva realizando un estudio de gran interés con un grupo formado por la International Academy on Nutrition and Aging (I.A.N.A) y la International Association of Gerontology and Geriatrics (I.A.G.G) en Toulouse (Francia). Dicho grupo encuentran que el deterioro físico, frecuentemente es responsable de que el adulto mayor disminuya su actividad física y que se aisle cada vez más entrando en un círculo vicioso. Lo anterior suele acompañarse de un deterioro cognitivo que habría que clarificar si es consecuencia de lo anterior o de otros problemas neurodegenerativos. En función de estos hallazgos, engloban a las personas adultas mayores que no presentan TNCM en los siguientes grupos: Grupo 1, personas que no presentan problemas ni a nivel físico ni cognitivo; Grupo 2, personas que presentan fragilidad física pero no manifiestan problemas a nivel cognitivo puntuando cero en la escala CDR de Hughes; Grupo 3, personas que no presentan fragilidad a nivel físico pero sí manifiestan deterioro a nivel cognitivo puntuando 0,5 en la escala CDR de Hughes; Grupo 4 engloba a personas mayores que presentan fragilidad física y deterioro cognitivo mostrando una puntuación de 0,5 en la escala CDR.

Tratando de llegar a una definición de fragilidad cognitiva, Kelaiditi et al., (2013) la entienden como una manifestación clínica heterogénea en la que debe estar presente tanto la fragilidad física como un deterioro cognitivo, excluyendo la EA y otros TNCMs. La fragilidad cognitiva apunta a una reducida reserva cognitiva, pero sería diferente al envejecimiento fisiológico cerebral. También podría ser un precursor de un

proceso neurodegenerativo o podría ser algo reversible si hablamos de la presencia de estresores. En suma, y tratando de aunar distintos planteamientos, el término fragilidad haría referencia a una condición de deterioro cognitivo causado por condiciones físicas.

2.3. Medida del deterioro cognitivo en el envejecimiento

Teniendo en cuenta la heterogeneidad en el abordaje de deterioro cognitivo en el proceso de envejecimiento, es fácil entender la dificultad que entraña la aplicación de pruebas para llegar a un diagnóstico fiable de DCL o TNCM. De todas formas, en las últimas décadas hay un interés creciente por llegar a un consenso tanto en la utilización de pruebas diagnósticas como la detección de marcadores y, en este sentido son abundantes los estudios que aportan datos muy reveladores (Facal, Juncos-Rabadán, Caamaño y Sueiro, 2009; Lonie, Tierney y Ebmeier, 2009; Rodríguez Rodríguez et al., 2008).

Una de las pruebas ampliamente utilizadas es el MMSE (Minimal State Examination) (Lobo et al., 1999). Se considera que para diferenciar a un individuo con envejecimiento normal de otro con DCL, la puntuación de 1,5 veces la desviación estándar por debajo de la media de su grupo normativo (individuos de la misma edad y nivel educativo) es un criterio orientativo (Albert et al., 2011). En un estudio reciente, Facal et al., (2015) encuentran que la totalidad de Centros estudiados emplean, como mínimo, el MMSE o el MEC. Otra de las pruebas de uso común en Centros es el Camdex-R (Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination), (Adaptación española de López-Sousa, 2003, normas para población española en Pereiro et al., 2015) que contiene una escala de valoración cognitiva (CAMCOG-R) más completa que el MMSE, y organizada por dominios cognitivos como orientación, lenguaje, memoria atención/cálculo, praxis, pensamiento abstracto, percepción y función ejecutiva. Conde-Sala et al., (2012), Huppert et al., (1996, 2000, 2003) y Rodríguez Rodríguez et al., (2008) informan de la utilidad del CAMCOG como un instrumento para identificación del deterioro cognitivo en personas mayores y para el diagnóstico de DCL y TNCM.

Una tercera prueba que se ha venido utilizando como herramienta de diagnóstico de DCL, en concreto para los procesos básicos implicados en el sistema mnésico (codificación, almacenamiento y recuperación), es el California Verbal Learning Test (CVLT, versión española TAVEC - Test de Aprendizaje Verbal de España-Complutense; Benedet y Alexandre, 1998). El deterioro de la memoria episódica es frecuente en pacientes con DCL (Albert et al., 2011), que posteriormente pueden evolucionar hacia EA (Dubois et al., 2010).

En una revisión de Lonie et al., (2009) sobre la aplicación de pruebas diagnósticas para la detección de DCL y EA, además de las anteriores, se incluyen: CERAD, ACE-R, MoCA. Facal et al., (2009) aplican el CANTAB en un estudio piloto concluyendo que las medidas del CANTAB incluidas en las pruebas DMS y PAL así como las medidas de rapidez de latencia en las respuestas de reconocimiento de patrones PRM pueden ser buenos indicadores del diagnóstico de DCL. En Facal et al., (2015) se pone de manifiesto los instrumentos de evaluación cognitiva que son más utilizados en los Centros gallegos de atención a mayores, al tiempo que aluden a las dificultades que se encuentran los profesionales a la hora de llevar a cabo las evaluaciones, incluyendo el uso de instrumentos de cribado para la valoración neuropsicológica completa y el uso de instrumentos no adaptados ni baremados.

3. ENVEJECIMIENTO Y DEPENDENCIA EN LA POBLACIÓN EN ESPAÑA Y EN GALICIA. DATOS DEMOGRÁFICOS. DEMANDA DE CENTROS RESIDENCIALES

El ingreso en Centros residenciales está mediatizado por una serie de variables tanto personales como de índole social. En las últimas décadas, hemos asistido a grandes avances en la tecnología, en la medicina, en el ámbito social etc., lo que ha redundado en una mejor calidad de vida, una disminución de la mortalidad y una mayor esperanza de vida. Todo ello, ha llevado paralelo un envejecimiento de la población en países desarrollados, que ha facilitado el desarrollo de leyes de protección a las personas dependientes por parte de los gobiernos, sobre todo en países europeos.

Los cuidados de las personas dependientes han estado muy vinculados a aspectos culturales, siendo diferente el abordaje en distintos países y culturas. Si nos referimos a España, la responsabilidad del cuidado ha recaído, tradicionalmente, en la familia (pareja, hijos, etc.); no obstante, el panorama ha cambiado en los últimas décadas. Con la incorporación de la mujer al mercado laboral, el éxodo a las ciudades, habitando en viviendas reducidas, la disminución de la natalidad etc., el cuidado de la persona mayor por parte de la familia se ha ido complicando cada vez más, siendo una posible solución el ingreso en Centros Residenciales. El ingreso en este tipo de Centros se produce, fundamentalmente, cuando la persona tiene una edad avanzada, no dispone del apoyo familiar necesario y tiene deterioro cognitivo y funcional importante.

3.1. Envejecimiento en España y Galicia

La población española sigue un proceso de envejecimiento que va en ascenso al igual que sucede en diferentes países de Europa aunque puede hablarse de diferencias interterritoriales. Alemania, Francia, Reino Unido, Italia y España son los países de la UE con cifras más altas de personas mayores y en cifras relativas son Alemania, Italia, Grecia y Suecia los países más envejecidos (Abellán y Pujol, 2013).

En nuestro país, Castilla y León (23,01%), Asturias (22,64%) y Galicia (22,81%) son las comunidades con las mayores cifras de personas mayores de 65 años. En noviembre de 2011, el 17,3% de la población total española eran mayores de 65 años (8.116.347 personas). El 5,2% (2.456.906 personas) del total eran octogenarios y el 12,1% (5.659.441) tenían entre 65 y 79 años. En 2013, la población total española era de 46.704.314, los mayores de 65 años alcanzaban la cifra de 8.262.393 y la tasa de dependencia para mayores de 65 años se situaba en el 26,7 %. La previsión para 2021 es que se incremente la cifra de mayores de 65 años a un 20,6% de la población total y el porcentaje de mayores de 80 años estaría en un 6,3 % de la población total. La tasa de dependencia para mayores de 65 podría situarse en 33,1 % (Instituto Nacional de Estadística, 2014).

Si nos referimos al género, hay un mayor número de mujeres que de hombres mayores, tanto en nuestro país como a nivel mundial, y aunque nacen más varones, las

cifras se van equilibrando en la edad madura para volver a invertirse en la vejez, en este caso en sentido contrario (Figura 1).

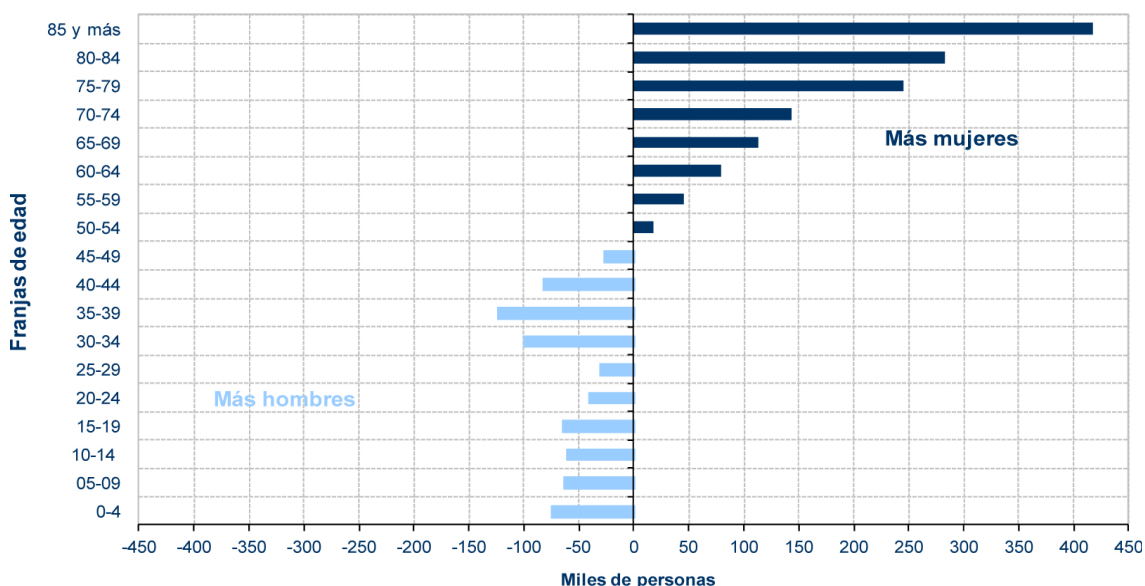


Figura 1. Diferencia entre la población de hombres y mujeres por franja de edad.

Fuente: INE: INEBASE. 2012: Padrón Continuo a 1 de enero de 2012. Consulta en abril de 2013

En España, la esperanza de vida al nacer de las mujeres es de 85,6 años, una de las mayores de Europa, mientras en los varones se sitúa en los 80 años. La esperanza de vida para las mujeres a los 65 años es de 22,8 años y en los hombres de 18,7 años (Instituto Nacional de Estadística, 2014). Si nos referimos a Galicia, la esperanza de vida en 2013 (Instituto Galego de Estadística, 2013) para las mujeres era similar a la media de España (85,6 años) y para los hombres un poco más baja (79,5 años).

En cuanto a la evolución demográfica en España, los datos apuntan a una reducción del potencial de crecimiento debido tanto al envejecimiento de la población como un menor flujo de inmigrantes y un mayor flujo de personas que emigran a otros países. Los peores datos hasta 2020 se espera que se produzcan en el Principado de Asturias (-3,2%), País Vasco (-2,0%), Castilla y León (-1,9%), Galicia (-1,6%) y La Rioja (-1,3%). Los mejores datos se esperan en Castilla-La Mancha (6,4%), Islas Baleares (6,4%), Murcia (6,0%), la Comunidad Foral de Navarra (5,5%), Comunidad de Madrid (5,4%) y Andalucía (5,0%), además de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, con crecimientos poblacionales superiores al 5% en todas ellas.

La mayor concentración de mayores en España se sitúa en las áreas urbanas, lo que no significa, necesariamente, una mejor accesibilidad y adaptabilidad al entorno, ya que con frecuencia se encuentran con diferentes barreras que dificultan su movilidad; dificultades que también se van a encontrar en el ámbito rural, derivadas en este caso de la dispersión de los núcleos de población.

En lo que se refiere al nivel educativo o de instrucción de los mayores, en el año 2012 el 6,7% de personas mayores de 65 años eran analfabetas, 77,6% habían realizado algún curso de primaria, 6,6% habían realizado secundaria y, el 9,1% había cursado algunos estudios superiores (Abellán y Puyol, 2013).

3.2. Evolución reciente y futura de la población en Galicia

La población en Galicia según los datos del Instituto Galego de Estadística (2013) contaba a principios del año 2013 con un total de 2.765.940 personas, de las cuales, 1.335.122 eran hombres y 1.430.818 mujeres (Tabla 1).

Tabla 1. Población en Galicia 2013, por provincia y género

	Total	Hombres	Mujeres
A Coruña	1.138.161	547.079	591.082
Lugo	346.005	168.013	177.992
Ourense	326.724	157.425	169.299
Pontevedra	955.050	462.605	492.445
Galicia	2.765.940	1.335.122	1.430.818

Fuente: Instituto Galego de Estadística, 2013

La provincia de A Coruña presentaba un mayor volumen de población (41,15%), seguida de Pontevedra (34,52%), Lugo (12,51%) y Ourense (11,82%).

La edad es uno de los principales factores de riesgo de encontrarse en situación de dependencia, por ello presentamos un análisis de la demografía en el año 2013 de la población de personas mayores, así como de su evolución más reciente. En el año 2013 había en Galicia un total de 635.133 personas mayores de 65 años lo que equivale a un 22,96% del total de la población total gallega. Por provincias, A Coruña 22,30%, Lugo 28,04%, Ourense un 29,24% y Pontevedra 19,75% (Tablas 2, 3, 4 y 5).

Tabla 2. Datos de la población de A Coruña mayor de 65 años

Edad	Total	H	M
65-69	67.764	31.793	35.971
70-74	50.825	23.144	27.681
75-79	55.690	23.449	32.241
80-84	42.906	16.523	26.383
85-89	23.871	7.931	15.940
90-94	10.042	2.717	7.325
95-99	2.440	579	1.861
100 y más	373	78	295
Total	253.911	106.214	147.697
%	22,30		

Tabla 3. Datos de la población de Pontevedra mayor de 65 años

Edad	Total	H	M
65-69	52.222	24.554	27.668
70-74	37.747	16.881	20.866
75-79	40.405	16.769	23.636
80-84	31.136	11.606	19.530
85-89	17.403	5.497	11.906
90-94	7.426	1.906	5.520
95-99	1.923	422	1.501
100 y más	381	85	296
Total	188.643	77.720	110.923
%	19,75		

Tabla 4. Datos de la población de Lugo mayor de 65 años

Edad	Total	H	M
65-69	20.490	9.872	10.618
70-74	17.978	8.199	9.779
75-79	21.647	9.443	12.204
80-84	18.506	7.588	10.918
85-89	11.813	4.417	7.396
90-94	5.104	1.681	3.423
95-99	1.277	347	930
100 y más	205	66	139
Total	97.020	41.613	55.407
%	28,04		

Tabla 5. Datos de la población de Ourense mayor de 65 años

Edad	Total	H	M
65-69	21.746	10.392	11.354
70-74	18.005	8.251	9.754
75-79	21.119	9.220	11.899
80-84	17.502	7.239	10.263
85-89	10.776	3.952	6.824
90-94	4.896	1.544	3.352
95-99	1.290	274	1.016
100 y más	225	45	180
Total	95.559	40.917	54.642
%	29,24		

Si nos referimos al crecimiento interanual medio de las personas mayores entre el año 2002 y el año 2011 (Xunta de Galicia, 2013), fue de 0,92%. El punto máximo se produjo en el año 2011 (1,58%) y el mínimo en el año 2004 (0,08%). En cuanto al género, el crecimiento interanual medio de las mujeres mayores fue de 0,79% y, en el caso de los hombres mayores, fue del 1,10%. Las mujeres tuvieron el máximo crecimiento en el año 2009 y el mínimo en el 2004 mientras que los hombres tuvieron máximo crecimiento en el 2011 y el mínimo en 2005 (Figura 2).

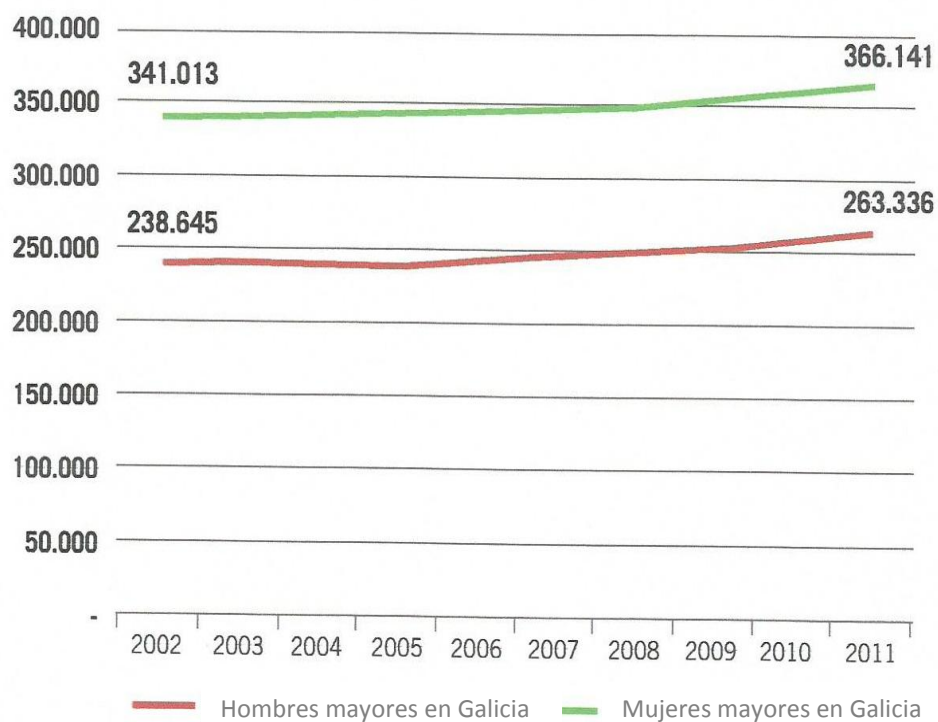


Figura 2. Evolución de mujeres y de hombres mayores en Galicia de 2002 a 2011.

Fuente: Xunta de Galicia, 2013.

Como bien es sabido, uno de los indicadores más utilizados para medir la composición de la población por edades es el *Índice de Envejecimiento*. Cuando este índice supera el 100% se considera que la población está envejecida [El Índice de Envejecimiento = (población de 65 o más años / Población menor de 20 años) x 100]. En la Figura 3 se presenta la evolución del Índice de Envejecimiento en Galicia desde el año 2002 al 2011.

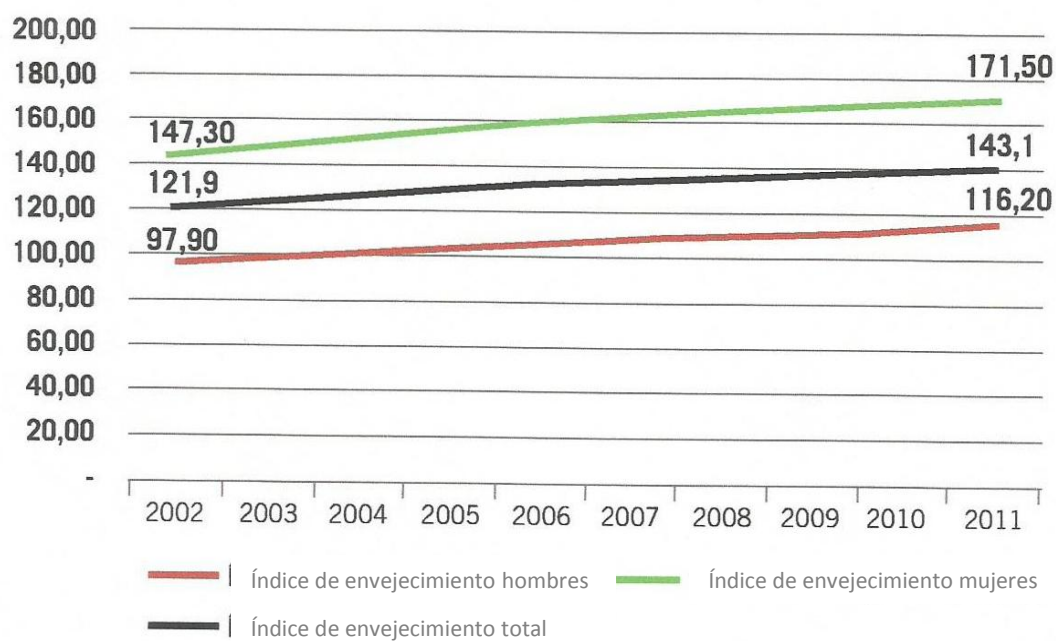


Figura 3. Evolución del Índice de Envejecimiento en Galicia de 2002 a 2011.

Fuente: Xunta de Galicia, 2013.

Junto con el Índice de Envejecimiento resulta de interés analizar el *Índice de Sobreenvejecimiento* que hace referencia a la relación existente entre la población de 85 y más años y la población de 65 y más años ($\text{Índice de Sobreenvejecimiento} = \text{Población de 85 y más años} \times 100 / \text{Población de 65 y más años}$). En la Figura 4 se recoge la evolución en Galicia desde el año 2002 al 2011.

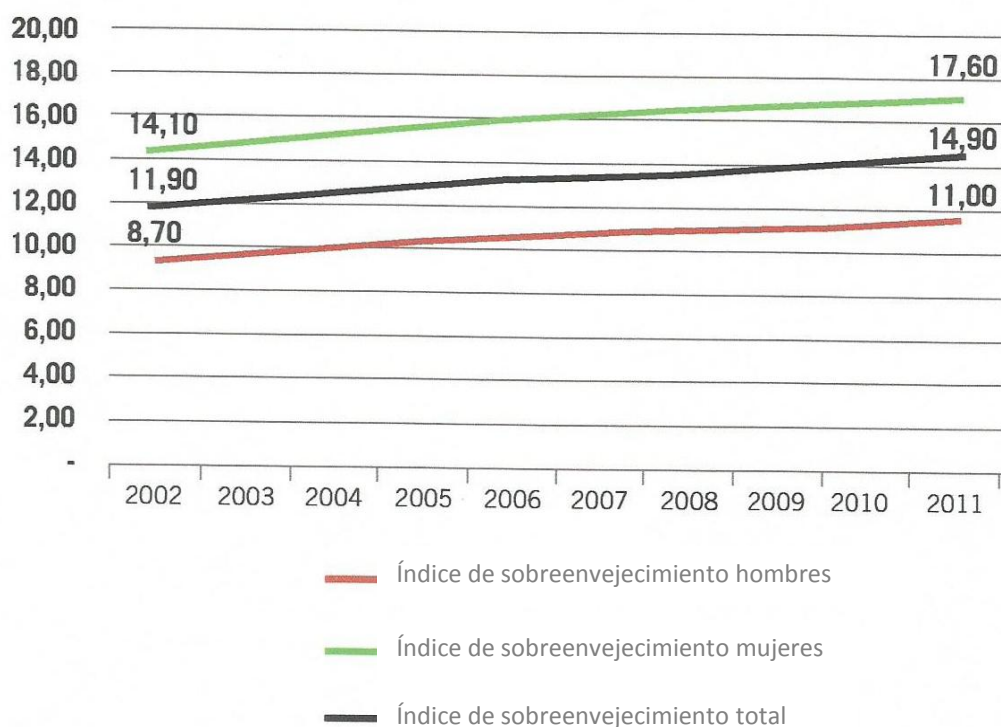


Figura 4. Evolución del Índice de Sobrevejecimiento en Galicia desde 2002 a 2011.

Fuente: Xunta de Galicia, 2013.

En cuanto a las previsiones de evolución de la población en Galicia de cara a los años 2015 y 2020, el Instituto Universitario de Estudios e Desenvolvemento de Galicia (IDEGA) (2010) realizó un estudio teniendo en cuenta la evolución histórica de la población gallega y los datos demográficos de las personas contabilizadas en 2010 por el Instituto Galego de Estadística y que alcanzaba la cifra de 2.797.653. En la Figura 5 se puede ver la situación en el 2010 de la población gallega y la estimada para los años 2015 y 2020 bajo dos hipótesis de tendencia: población teniendo en cuenta las migraciones y población no teniendo en cuenta las migraciones.

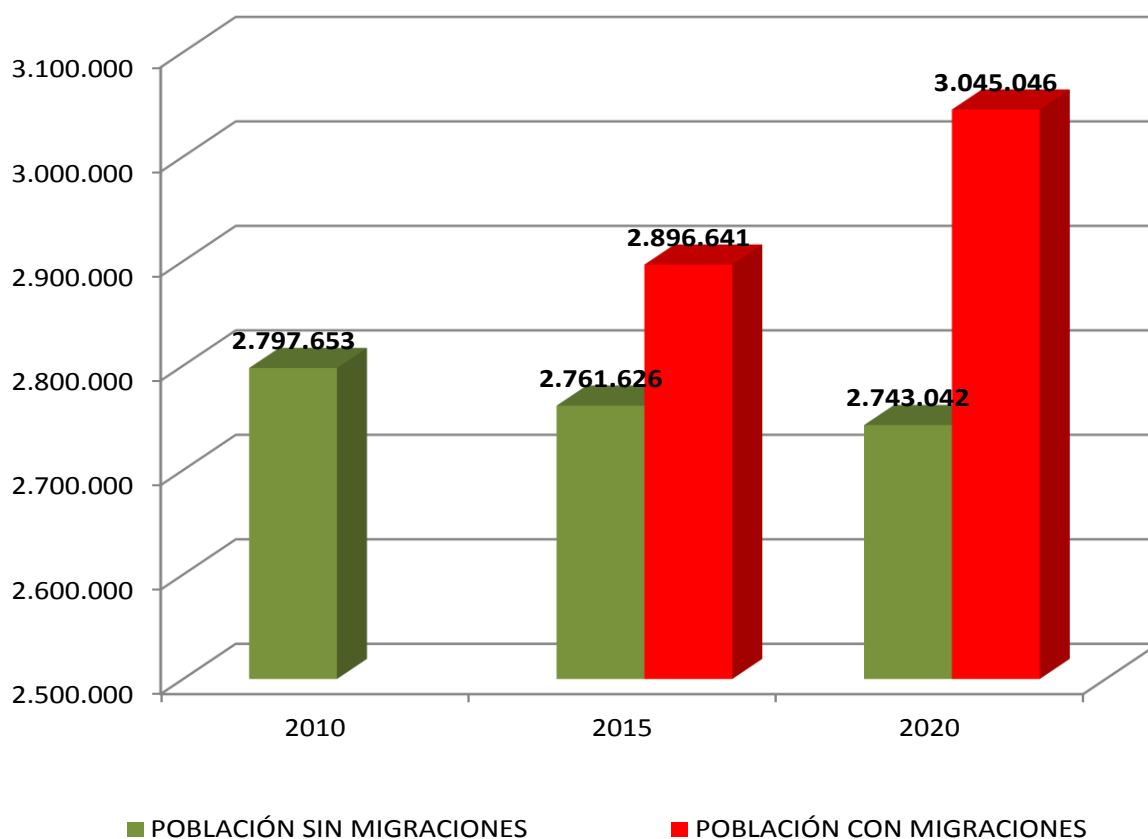


Figura 5. Evolución prevista de la población gallega para 2015 y 2020, hipótesis sin y con migraciones.

Fuente: Xunta de Galicia, 2013.

Teniendo en cuenta estos datos, las previsiones para la población total en Galicia, sin movimientos migratorios, apuntan a una caída del 1,29% para el año 2015 y de 1,95% para el año 2020. De las cuatro provincias gallegas, en el año 2015, Pontevedra crecería ligeramente (0,70%), mientras que descenderían: Ourense (4%), Lugo (3,7%) y A Coruña (0,24%) En el año 2020, se seguiría un patrón bastante similar.

Si se tiene en cuenta la segunda hipótesis (los movimientos migratorios), los cálculos realizados en 2010 apuntan a que el crecimiento de la población sería de un 8,84% hasta 2020. En la provincia de Pontevedra superaría el 5%, en A Coruña el 4,5%, y en Ourense y Lugo superan el 3%.

Estos datos deben interpretarse con cautela, ya que pueden sufrir variaciones importantes dada la situación económica en la que estamos inmersos desde hace años y que todo hace pensar que repercuta en los movimientos migratorios. En este sentido se recogen en la Tabla 6 los datos de población de 2010 y la hipotética evolución de la población por provincias.

Tabla 6. Situación de la población en 2010 y proyección 2015 y 2020, por provincias y total de Galicia.

	2010	2015	2015*	2020	2020*
A Coruña	1.146.458	1.135.703	1.190.548	1.131.647	1.251.985
Lugo	353.504	340.549	357.739	330.038	369.685
Ourense	335.219	321.118	336.785	310.391	347.111
Pontevedra	962.472	964.233	1.011.569	970.974	1.076.265
Galicia	2.797.653	2.761.603	2.896.641	2.743.050	3.045.046

Fuente: Xunta de Galicia, 2013.

Además de los datos globales ofrecidos, nos parece interesante reflejar también la previsión de la evolución de la población gallega por rangos de edad, sin tener en cuenta el impacto de las migraciones (Figura 6).

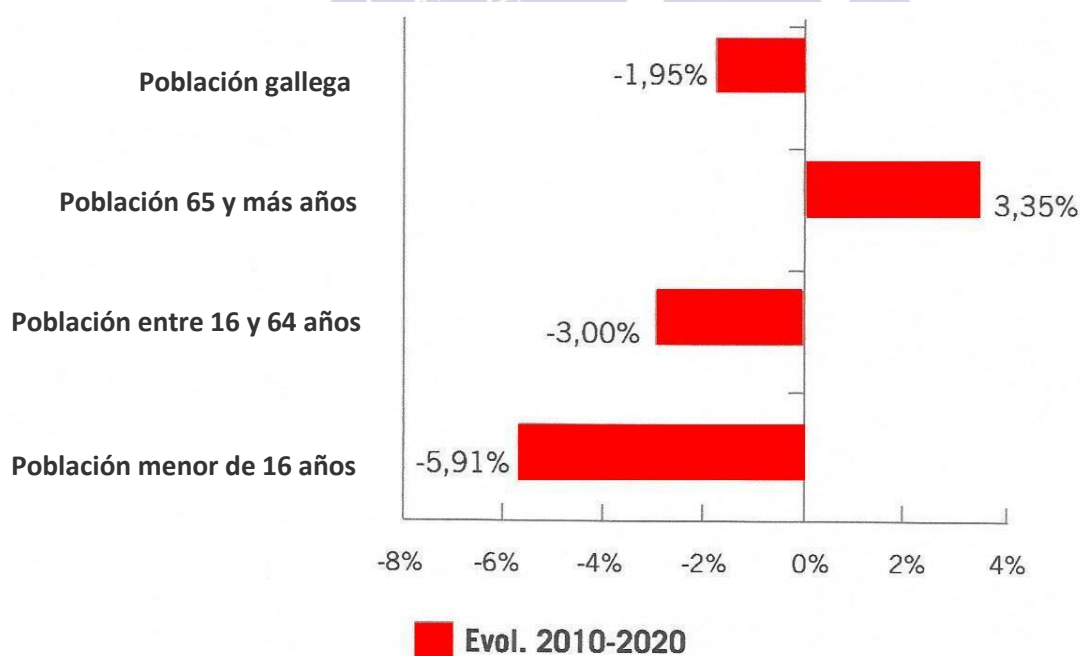


Figura 6. Evolución prevista de la población gallega por grandes grupos de edad entre 2010 y 2020.

Fuente: Xunta de Galicia, 2013.

Como puede observarse en la Figura 6, el único intervalo de edad que presenta un aumento es el de las personas de 65 años y más (3,35%), mientras que desciende, en casi un 6%, el de las personas menores de 16 años, y en un 3% los de edades entre 16 y 64 años. En el conjunto de la población gallega, el segmento de 65 años y más pasa de 22,15% al 23,35%, mientras que el segmento de menos de 16 años pasa del 12,32% al 11,82%.

La evolución prevista de la población gallega de mayores de 65 años y por provincias, en la década 2010-2020 se ofrece en la Figura 7.

Hay que destacar que se espera que siga aumentando la población mayor de 75 años en las cuatro provincias, descendiendo el rango de edad comprendido entre los 65 y 74 años.

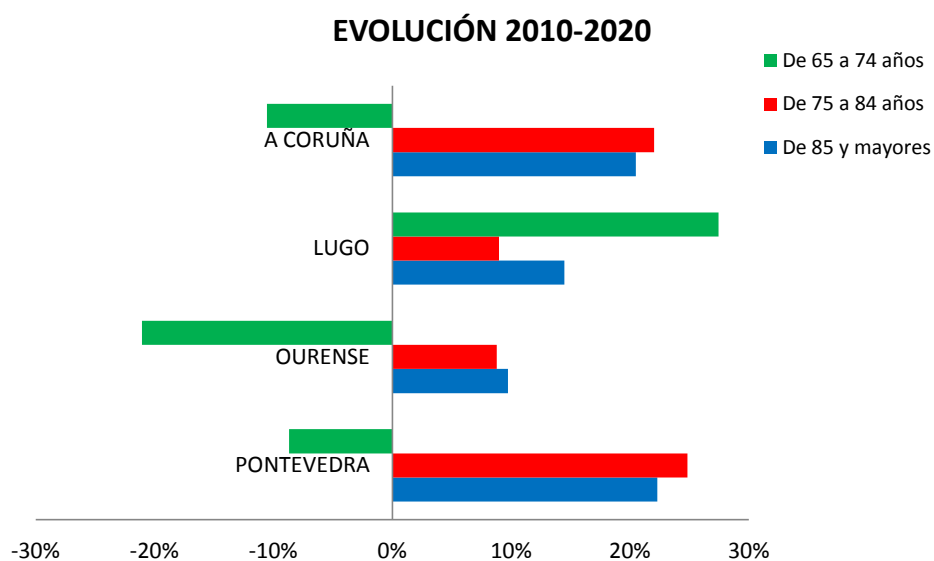


Figura 7. Evolución prevista de la población gallega de 65 y más años por subgrupos de edad en la década 2010-2020. Porcentajes de variación.

Fuente: Xunta de Galicia, 2013.

3.3. Dependencia y Discapacidad

Discapacidad y dependencia son conceptos distintos pero que están muy relacionados. La discapacidad y el deterioro funcional juegan un papel muy importante en el nivel de dependencia, lo que va a condicionar la toma de decisiones a la hora de buscar las soluciones más idóneas en la situación concreta tanto por parte de la propia persona (cuando el deterioro no es cognitivo), de la familia o de los profesionales competentes en el tema.

Entendemos por discapacidad la limitación en la funcionalidad física y/o psicológica en un contexto social determinado en comparación con lo esperado para su edad, sexo y situación social (Organización Mundial de la Salud, 2001); hace referencia, por tanto, a la imposibilidad o limitación funcional, emocional o cognitiva para llevar a cabo una acción en un contexto determinado. Siguiendo a Verbrugge y Jette (1994) y Escobar, Puga y Martín (2008) en la vejez, la discapacidad hace referencia a la dificultad para realizar actividades que se consideran habituales entre individuos de las mismas características en el mismo entorno físico y social, vinculándola en mayor medida a la función social que a la función orgánica, es decir, incapacidad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria

En cuanto a la dependencia, podría definirse como la necesidad de ayuda y asistencia a una persona para realizar las tareas de la vida cotidiana y de cuidado personal, debido a la pérdida de autonomía, ya sea física o psíquica.

Uno de los problemas importantes que presenta la población envejecida es la demencia y que tiene un peso específico en las tasas de dependencia funcional. Implica un deterioro en las funciones cognitivas superiores y en la capacidad del sujeto de realizar tareas de la vida diaria siendo una de las principales causas de institucionalización en el anciano, además de ser un gasto importante en el presupuesto de salud de los países europeos (Organización Mundial de la Salud, 2013).

La tasa de discapacidad y dependencia crece con la edad de tal manera que en España, a partir de los 80 años, más de la mitad de esta población tiene dificultad importante para realizar las actividades de la vida cotidiana. Si nos referimos a las personas a partir de 65 años, conforman dos terceras partes de la población dependiente

en España. El 31.17% de los españoles con edades comprendidas entre los 65 y los 74 años necesita ayuda en sus actividades de la vida diaria (AVD), porcentaje que aumenta según la edad de los sujetos; entre los 75 y los 84 años es el 47.74% y el 64.55% en mayores de 85 años (Instituto Nacional de Estadística, 2013).

Respecto a la relación de la dependencia con diferentes variables sociodemográficas, Abellán y Esparza (2011) destacan algunas que consideramos de interés y que reflejamos en la Tabla 7.

Tabla 7. *Relación de la dependencia y otras variables en mayores de 65 años.*

Variables sociodemográficas	Tasas dependencia (%)
Nivel de instrucción	
Analfabeto o sin estudios	36,7
Estudios primarios	26,4
Estudios secundarios y/o superiores	40,1
No consta	55,2
Estado civil	
Viudo	41,9
Soltero	30,9
Casado	24,2
Divorciado o separado	24,1
No consta	30,3

Fuente: Abellán y Esparza, (2011).

3.3.1. Distribución de la dependencia por comunidades autónomas y por provincias

Aunque la dependencia no hace referencia únicamente a la edad; sin embargo, está claro que a mayor edad hay una mayor necesidad de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria. Las comunidades con mayor número de dependientes a partir de los 65 años, guardan una gran relación con la población general residente en cada Comunidad. Así, las comunidades con mayores tasas serían: Andalucía, Cataluña, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana, Galicia, Castilla y León. Si nos referimos a porcentajes respecto a la población total (Instituto Nacional de Estadística, 2013), las Comunidades con mayores porcentajes de dependencia son: Castilla y León, Galicia, Asturias, País Vasco, Aragón, Rioja (Tabla 8).

Tabla 8. Tasa de dependencia en porcentajes de mayores de 65 años por Comunidades Autónomas.

Total Nacional	26,66
Andalucía	23,24
Aragón	31,31
Asturias, Principado de	35,16
Baleares, Islas	21,06
Canarias	20,33
Cantabria	29,17
Castilla y León	36,39
Castilla - La Mancha	26,99
Cataluña	26,51
Comunidad Valenciana	26,64
Extremadura	29,55
Galicia	35,91
Madrid, Comunidad de	23,53
Murcia, Región de	21,78
Navarra, Comunidad Foral de	28,04
País Vasco	31,31
Rioja, La	29,25
Ceuta	16,22
Melilla	14,77

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2013.

Si hacemos referencia a los porcentajes por provincias, las tasas más elevadas de dependencia se presentan en: Orense, Zamora, Lugo, Soria, Salamanca, Teruel (Tabla 9).

Tabla 9. Tasa de dependencia en porcentajes de mayores de 65 años por provincias.

Total Nacional	26,66	León	39,47
Albacete	27,21	Lleida	27,87
Alicante	28,17	Lugo	45,75
Almería	19,90	Madrid	23,53
Araba/Álava	28,10	Málaga	23,51
Asturias	35,16	Murcia	21,78
Ávila	38,93	Navarra	28,04
Badajoz	27,43	Ourense	49,23
Balears, Illes	21,06	Palencia	35,86
Barcelona	26,76	Palmas, Las	18,40
Bizkaia	32,07	Pontevedra	30,13
Burgos	33,29	Rioja, La	29,25
Cáceres	33,19	Salamanca	39,10
Cádiz	21,13	Sta. Cruz de	
Cantabria	29,17	Tenerife	22,46
Castellón	25,89	Segovia	33,28
Ciudad Real	28,48	Sevilla	22,09
Córdoba	27,15	Soria	40,19
Coruña, A	34,49	Tarragona	25,63
Cuenca	35,39	Teruel	37,57
Gipuzkoa	31,55	Toledo	25,13
Girona	24,85	Valencia	25,7
Granada	24,87	Valladolid	30,15
Guadalajara	22,14	Zamora	47,51
Huelva	22,47	Zaragoza	29,9
Huesca	33,72	Ceuta	16,22
Jaén	27,35	Melilla	14,77

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2013

Los datos de dependencia referidos al género en población mayor de 65 años, apuntan a diferencias importantes entre hombres y mujeres, sobre todo a partir de los 80 años (Tabla 10).

Tabla 10. Datos de dependencia en España en cuanto al género.

	65 a 79 años	Más de 80 años
Mujeres	90.817	312.035
Hombres	52.290	91.005
Total	143.107	403.040

Fuente: Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISSAD), febrero 2014.

3.3.2. Dependencia y formas de convivencia de los mayores

Los datos del INE (2011) hacen referencia a que a mayor edad se aumenta la probabilidad de vivir en soledad. En los últimos años, ha habido un incremento de los hogares unipersonales siendo las mujeres las más mayoritarias sobre todo en las edades más avanzadas (Abellán y Pujol, 2013). La distribución de las formas de convivencia en cuanto al género se ofrece en la Figura 8.

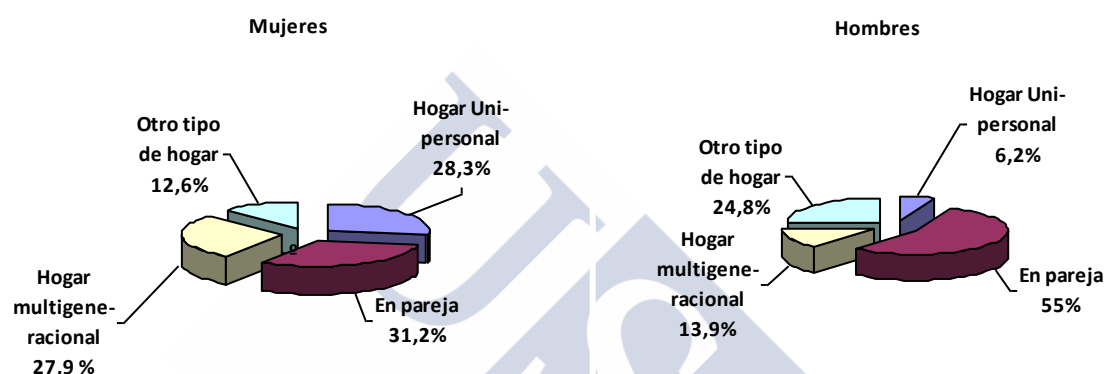


Figura 8. Formas de convivencia de la población mayor de 65 años según el género.

Fuente: INE: Censo de Población y Viviendas, 2011.

Desde los 65 años y hasta los 74 los mayores porcentajes, en cuanto a la convivencia, se concentran en hogares en pareja y multigeneracionales. Desde los 75 años a los 84, hay un aumento de los hogares unipersonales respecto a las edades anteriores y una disminución de los modos anteriormente citados. En los mayores de 85 años se destaca el aumento de los hogares unipersonales y otros tipos de hogares (Figura 9).

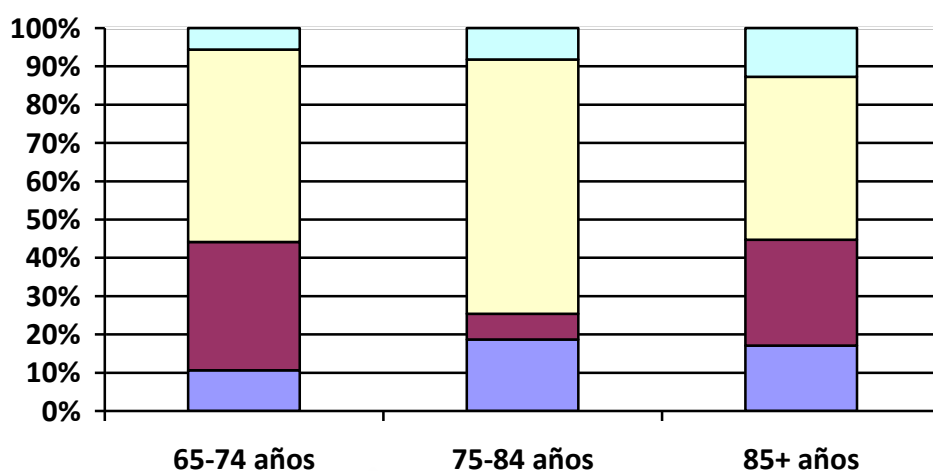


Figura 9. Formas de convivencia de la población mayor de 65 años por grupos de edad.

Fuente: INE: Censo de Población y Viviendas, 2011.

En cuanto al grado de dependencia relacionado con los distintos tipos de convivencia de los mayores (Abellán et al., 2014), nos encontramos que las personas mayores españolas que viven en hogares de otro tipo (presencia de empleados de hogar con mayores, centros residenciales etc.) son las que presentan mayor porcentaje de dependencia ya sea moderada o severa (Figura10).

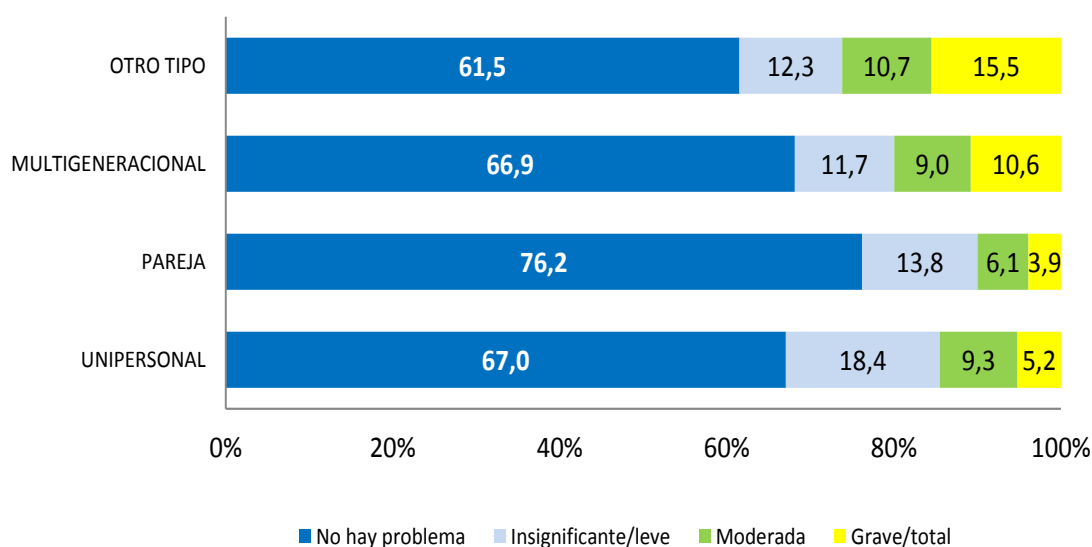


Figura 10. Grado de dependencia según el tipo de hogar.

Fuente: Abellán et al., (2014).

Si nos referimos específicamente a los Centros Residenciales, el ingreso en estos centros se produce cuando las personas que viven solas necesitan ayuda, ya sea por edad o por alguna discapacidad y, no tienen el apoyo necesario (Rojas, Toronjo, Rodríguez y Rodríguez, 2006). En la encuesta realizada por el Centro de Investigaciones Sociológicas (2001), se pregunta a 2.500 personas mayores de 17 años, residentes en diferentes Comunidades Autónomas, acerca de las expectativas sobre la forma de residencia en la que le gustaría vivir en la vejez. La casa de siempre alcanza el 73 %, con los hijos y familiares el 12%. La opción de Centros Residenciales goza de poca aceptación aunque las edades más jóvenes manifiestan una mayor aceptación que las personas mayores de 65 años; no obstante, no se alcanza el 10% de población interesada en Centros Residenciales. Con frecuencia se asocia el ingreso en Centros Residenciales a incapacidad física o mental que precisa de un apoyo importante y que en muchos casos no hay personas en el entorno que puedan proporcionarlo.

3.3.3. Dependencia y discapacidad en Galicia

Las personas que en 2013 se encontraban en situación de dependencia en Galicia (Instituto Galego de Estadística, 2013), residiendo en sus hogares era de 94.251. En la Tabla 11 se muestra la distribución por provincias.

Tabla 11. Población con dependencia por provincias

	Total	%
A Coruña	36.771	39,01%
Lugo	16.401	17,40%
Orense	14.403	15,28%
Pontevedra	26.676	28,30%
Galicia	94.251	100%

Fuente: Instituto Galego de Estadística, 2013.

También consideramos importante señalar a las personas o Entidades que atienden a las/os dependientes en Galicia, correspondientes al año 2011 (IGE. Enquisa estrutural a fogares, 2012) (Tabla 12) ya que la opción de ingresar a la persona

dependiente en un Centro Residencial suele producirse cuando la dependencia es severa o total y el cuidado desborda las posibilidades ya sea personales o incluso económicas del cuidador. Hay que aclarar que una persona puede recibir cuidados de varias opciones lo que, en ocasiones, puede retrasar el ingreso en un Centro Residencial por representar un cierto alivio en las tareas del cuidador.

Tabla 12. Personas o Entidades que se responsabilizan del cuidado de los/as dependientes

	Dependientes
Miembros del hogar	75.077
Parientes de fuera del hogar (hijos, padres etc.)	25.461
Personas no remuneradas de fuera del hogar (amigos, vecinos etc.)	2.157
Personas remuneradas de fuera del hogar o servicios prestados por empresas privadas	15.948
Servicios sociales de las Administraciones públicas	15.751
Servicios sociales de entidades de iniciativa social	2.612

Fuente: Instituto Galego de Estadística, Enquisa estrutural a fogares, 2012.

Si hacemos referencia a las causas de la dependencia en cuanto al género, nos encontramos con que las cifras más altas se corresponden a edad y enfermedad (Tabla 13). Destacar también, que la dependencia en mujeres es superior a los varones en la variable edad y en enfermedades y, aclarar que una persona puede tener varias causas de dependencia.

Tabla 13. Causas de la dependencia según el género

	Hombres	Mujeres	Total
Nacimiento	4.663	3.472	8.135
Accidente	4.143	2.554	6.696
Enfermedad	21.551	43.670	65.221
Edad	15.906	45.711	61.617

Fuente: IGE. Enquisa estrutural a fogares, 2012.

Los datos de dependencia según el género correspondientes a las personas que residen en sus hogares se recogen en la Figura 11. Como puede observarse, el número de mujeres en el cómputo global de dependencia duplica el de varones, situándose la mayor diferencia en “gran dependencia”.

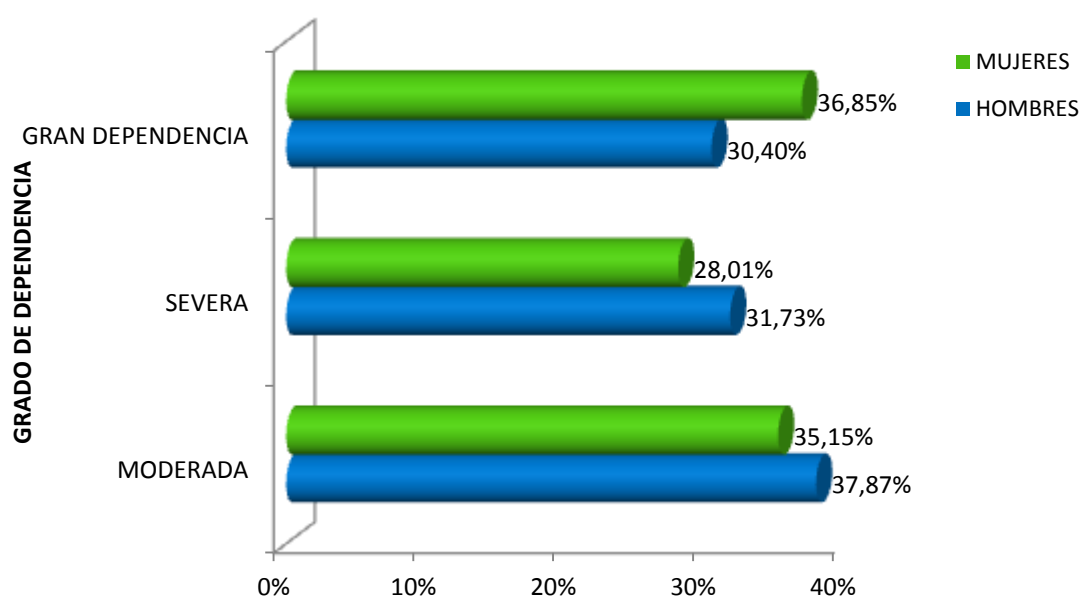


Figura 11. Personas dependientes según el grado de dependencia y el género.

Fuente: IGE. Enquisa estrutural a fogares, 2012.

En cuanto a la severidad de la dependencia según tramos de edad en las personas que habitan en sus hogares, destacar que en los menores de 65 años las cifras de dependencia moderada son muy similares a las cifras de dependencia severa y gran dependencia y, por otra parte, y como cabría esperar, las cifras más elevadas en los mayores de 75 años se alcanzan en gran dependencia.

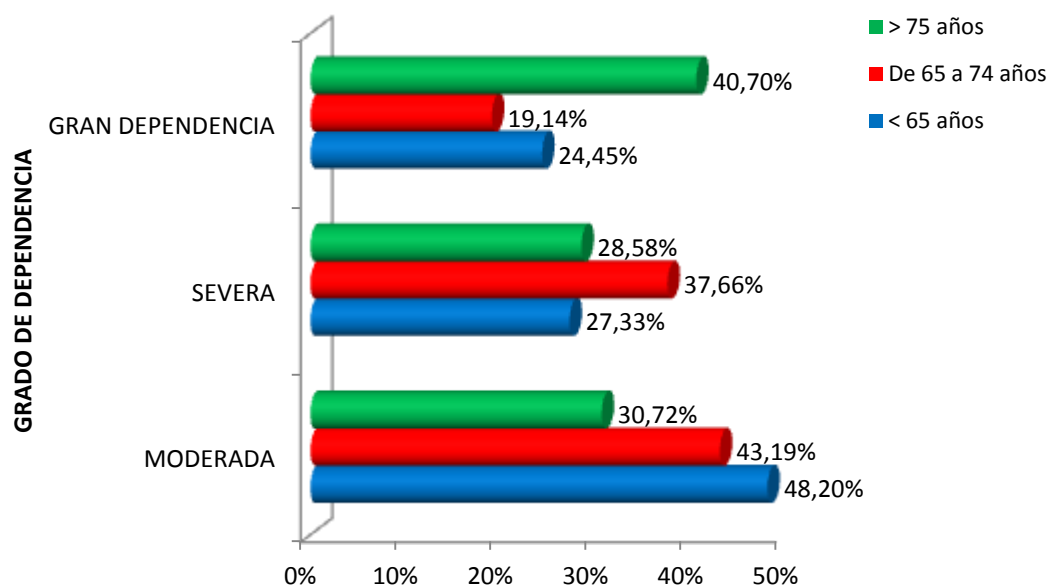


Figura 12. Grado de dependencia según la edad.

Fuente: IGE. Enquisa estrutural a fogares, 2012.

Para finalizar las referencias a los datos sobre dependencia en los hogares de la Comunidad Gallega, hacemos alusión a una investigación llevada a cabo por el Instituto Universitario de Estudios y Desarrollo de Galicia en 2012 (Xunta de Galicia, 2013) en la que se planteó estudiar la estimación de la población en situación de dependencia en esta Comunidad por grado de dependencia para los años 2015 y 2020. La estimación se realizó a partir de los datos del censo de personas con dependencia y las cifras de población en 2012. Los datos indican las cifras más elevadas en el Grado III, seguidas del II y I (Tabla 14).

Tabla 14: Proyecciones de población en situación de dependencia mayor de 16 años en Galicia por grado de dependencia, 2015 y 2020.

Año/Grado	Grado I	Grado II	Grado III	Total
2.015	19.321	27.261	31.072	77.654
2.020	20.107	28.344	32.485	80.396

Fuente: Xunta de Galicia, 2013

La dependencia de grado III crece en el período observado casi un 9%, algo más incluso del total de la población en situación de dependencia; el grupo de personas de grado II crece un 7,61%, y el del grado I crece un 7,70% (Figura 13).

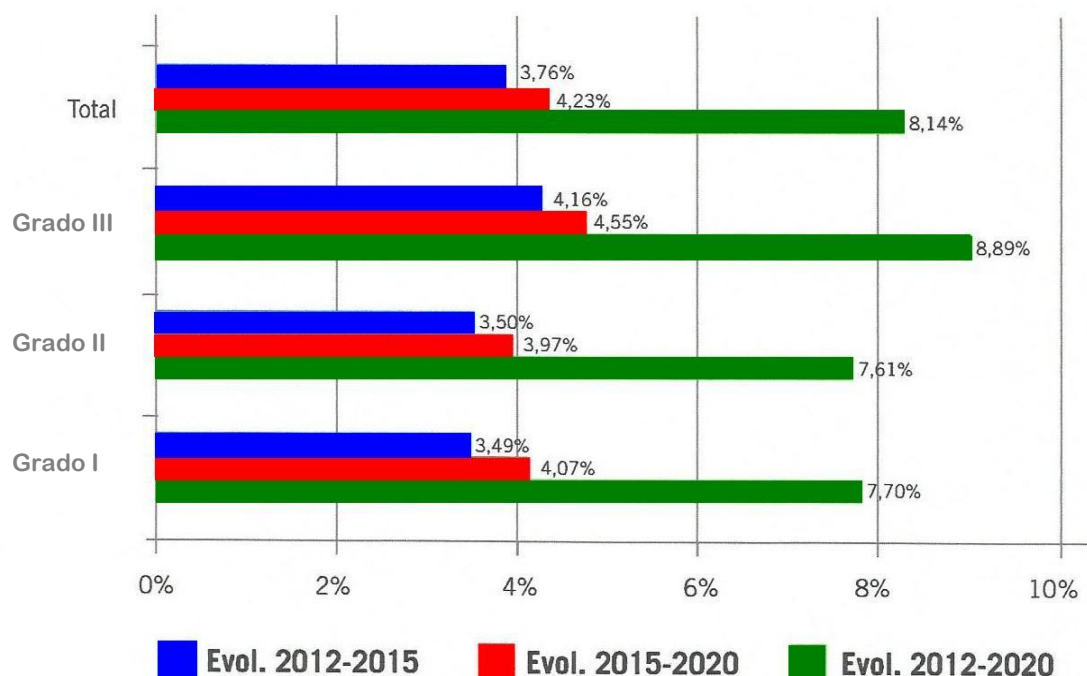


Figura 13. Evolución en el período observado de la población en situación de dependencia en Galicia por grado y total. Porcentaje de variación.

Fuente: Xunta de Galicia, 2013.

Si nos referimos a la discapacidad, en la estructura de la población total con discapacidad en Galicia, por grupos de edad y sexo (Figura 14), se evidencia que el número de personas con discapacidad valorada aumenta con cada grupo de edad hasta alcanzar la franja de 65 a 74 años en los que se aglutina el mayor número. En cuanto a las mujeres que presentan alguna discapacidad, el porcentaje más elevado se sitúa en mayores de 65 años (54%), mientras que, en el caso de los hombres, solamente el 40% que presentan alguna discapacidad superan los 65 años.

La proporción de mujeres con discapacidad sobre el total, es inferior al de los hombres en todos los tramos de edad, aun cuando tiende a igualarse en el intervalo de menos de 16 años y de más de 65.

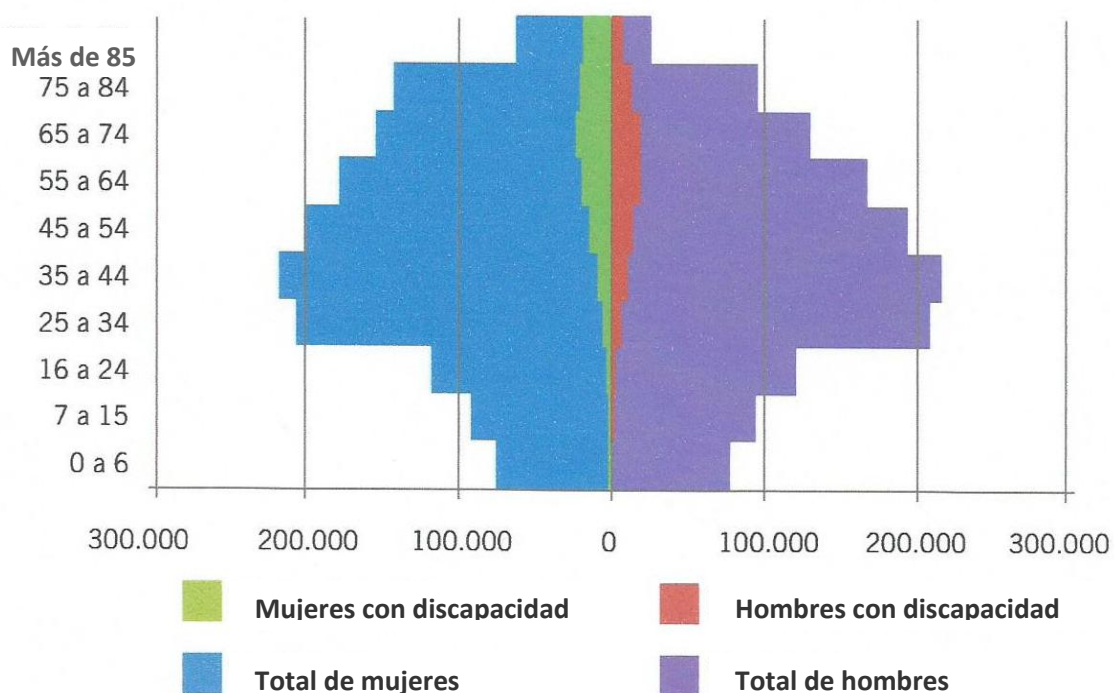


Figura 14. Estructura de la población total y con discapacidad en Galicia por grupos de edad y género. Fuente: Xunta de Galicia, 2013.

En cuanto al grado de discapacidad de las personas registradas en el censo, el porcentaje mayoritario se corresponde con personas con un grado de discapacidad del 33 al 64%, y el grupo más reducido se corresponde con personas con un grado de discapacidad de 75% o más (Figura 15).

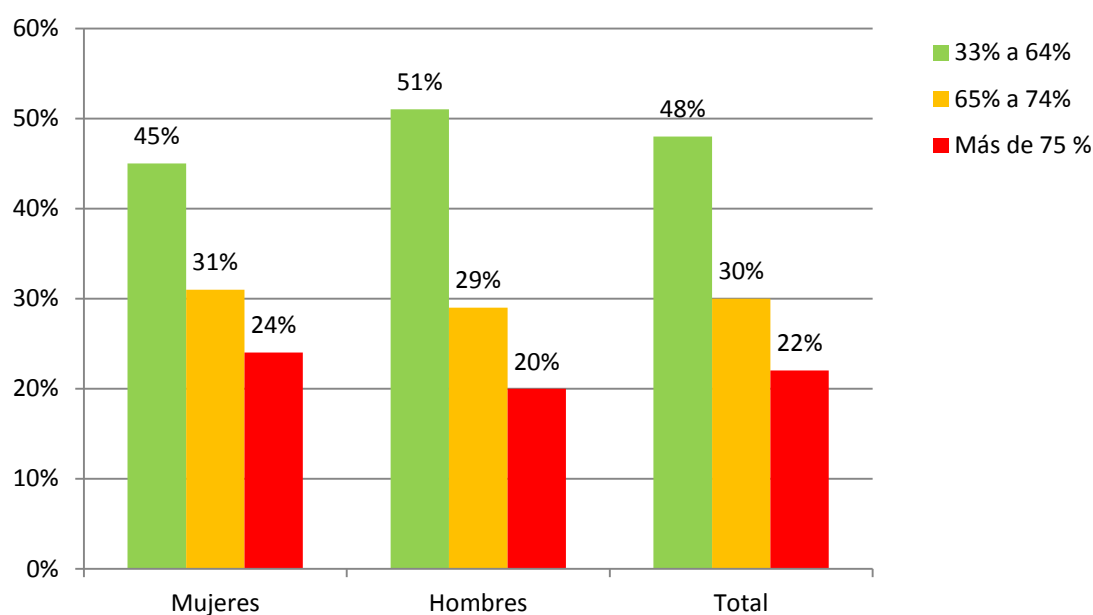


Figura 15. Distribución porcentual de la población con discapacidad por grado y género.

Fuente: Xunta de Galicia, 2013

Un aspecto importante, es el referido a autopercepción de la discapacidad que nos ofrece la Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia (Instituto Nacional de Estadística, 2008). Según los datos de la encuesta, la población con discapacidad en Galicia en 2008 ascendería a 293.000 personas, de las cuales, 181.000 (61,8%) serían mujeres y 112.000 (38,2%) hombres. Supone una tasa de incidencia de 113 personas con discapacidad por cada 1.000 habitantes, cifra que discrepa de la ofrecida por el censo de discapacidad de Galicia que la sitúa en 75,9 por cada 1000 habitantes. Si la tasa se calcula en %, estaríamos hablando del 13% según Instituto Nacional de Estadística (2008) y de 7,6% según el censo. Esta discrepancia podría achacársele a la diferencia en la recogida de datos. En el caso de la Encuesta estaríamos hablando de “autopercepción de las personas entrevistadas”; por tanto, personas que se autoconsideran con discapacidad pero que no necesariamente disponen del certificado correspondiente que acredite tal discapacidad.

Los datos que se recogen en dicha Encuesta sobre la población con discapacidad en Galicia según la edad y género, siguen parámetros similares a los encontrados en otros estudios. Se pone de manifiesto el mayor número de mujeres con discapacidad a

partir de los 45 años mientras que los varones tienen una distribución más homogénea en los distintos tramos de edad. (Tabla 15).

Tabla 15. Población con discapacidad en Galicia por edad y género.

	Mujeres	Hombres	Total
De 6 a 44 años	17,4	20,7	38,0
De 45 a 64 años	35,6	28,8	64,5
De 65 a 79 años	59,8	35,8	95,6
De 80 y más años	68,2	26,7	94,8
Total	181,0	112,0	292,9

Unidades: miles de personas de 6 y más años

Fuente: Xunta de Galicia, 2013.

3.4. Centros de Día y Centros Residenciales

Las distintas comunidades autónomas ofrecen a las personas mayores una amplia gama de servicios de atención que serán seleccionados como la mejor opción, por ellas mismas, por familiares o por los servicios sociales y todo ello en función de diferentes variables como puede ser: el apoyo social, el grado de discapacidad y/o dependencia. Dichos servicios podrían englobarse en tres apartados (Instituto de Mayores y Servicios Sociales IMSERSO, 2011): Servicios de atención a domicilio, Servicios de atención diurna y Servicios de atención residencial. En el presente trabajo nos centramos, únicamente en los Centros de Día y Centros Residenciales.

Los Centros de Día son servicios de atención diurna dirigidos, fundamentalmente a personas mayores que tienen limitada su autonomía física y/o psíquica pero que continúan residiendo en sus domicilios. En diciembre de 2011 había en España 87.343 plazas distribuidas en 3.027 Centros. El 41% son plazas públicas, y 22% concertadas. El 59% son de titularidad privada. En Galicia, había en dicha fecha un total de 6.083 plazas siendo el índice de cobertura del 41% (Tabla 16). Las Comunidades que tienen mayor cobertura son Cantabria, Madrid, País Vasco, entre otras. En cuanto al perfil el 55% son mujeres, el 49% son mayores de 80 años y el 19% personas con TNCM; si nos referimos a Galicia las cifras son un poco diferentes como puede verse en la Tabla 17. (IMSERSO, 2011).

Tabla 16. Centros de Día y número de plazas en Galicia.

	Público	Privado	Concertados	Total
Nº centros	96	52		148
Nº plazas	2.517	3.486	80	6.083

Fuente: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, 2011).

Tabla 17. Perfil del usuario gallego en Centros de Día públicos y concertados.

Usuarios	Mujeres	Mujeres.>80años	>80 años	Media edad	Psicogeríátricos
2.779	60%	24%	40%	75	30%

Fuente: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, 2011).

Los Servicios de atención residencial tienen denominaciones diferentes en las distintas Comunidades Autónomas, aunque la clasificación aportada por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, 2011) es clarificadora.

En el apartado de Viviendas para Mayores se recogen: viviendas tuteladas, apartamentos residenciales y acogimientos familiares. El total de plazas asciende a 10.416. Esta oferta es especialmente elevada en Cataluña (2.733), País Vasco (2.222), Castilla-La Mancha (1.823) y Galicia, que se situaría un poco más bajo con 999 plazas. Las Comunidades con menor número de plazas serían: Castilla-León, Aragón y La Rioja. De todas formas, estas cifras pueden no ser muy precisas ya que en ciertos casos las Residencias con pocas plazas (menos de 15) se pueden incluir en la categoría de Centros Residenciales como sucede en Extremadura.

Los Centros Residenciales se consideran como centros que ofrecen asistencia integral y vivienda permanente a personas mayores de 60 años que por sus condiciones sociales, económicas, sanitarias o familiares no pueden ser atendidas en sus propios domicilios y necesitan estos servicios. Este tipo de Centros se han ido incrementando globalmente en España en los últimos años aunque también hay que tener en cuenta que la población mayor de 65 años ha crecido considerablemente. Si nos remontamos a 2001 tenemos que referirnos a 239.761 plazas distribuidas en 4.800 centros con una cobertura media de 3,34% para la población mayor de 65 años. A 31 de diciembre de 2011 el número de plazas asciende a 372.628, lo que implica que, desde diciembre de 2001, se ha producido un incremento medio anual de 13.287 plazas con un total de

5.418 Centros (4114 de titularidad privada y 1304 de titularidad pública) y un índice de cobertura de 4,53% a finales de 2011.

Es interesante destacar que en cuanto a la proporción en la distribución de plazas: concertadas, públicas y privadas, ha habido un cambio en los últimos años referido, sobre todo, a las plazas concertadas en las que se ha producido un aumento pasando de un 16% a un 29%. En las plazas privadas ha habido una disminución pasando de 59% a 46%. Las plazas públicas se han mantenido en un 25%. El mayor número de Centros Residenciales con titularidad privada se sitúan en los que tienen una capacidad media (entre 25 y 49 plazas y entre 50 y 99 plazas). En las de titularidad pública el menor número se sitúa en los Centros Residenciales con más de 100 plazas.

Si nos referimos a Galicia (Tabla 18) constatamos que el número de Centros privados duplica el de públicos pero hay que clarificar que distintos Centros de titularidad privada disponen de plazas concertadas con lo que se facilita el ingreso a un mayor número de usuarios.

Tabla 18: Centros Residenciales en las cuatro provincias gallegas.

Provincias	Centros Públicos	Centros Privados
A Coruña	29	37
Lugo	12	26
Ourense	7	43
Pontevedra	12	34
Total	60	140

Fuente: Xunta de Galicia, 2011.

El número de plazas públicas al finalizar 2011 era de 94.188, el número de concertadas 106.752 y el de privadas 171.688. En todas las Comunidades se duplica e incluso se triplica el número de plazas privadas respecto a las públicas excepto en Extremadura y Melilla.

Las Comunidades con mayor número de plazas son: Cataluña, Comunidad de Madrid, Andalucía y la Comunidad de Castilla y León. Sin embargo, si hablamos de número de Centros se invierte un poco el orden siendo de mayor a menor: Cataluña, Andalucía, Castilla y León y Comunidad de Madrid. Analizando el índice de cobertura, Castilla y León tendrían el índice más elevado (7,42%) seguida de Castilla La Mancha

(6,86%), Aragón (6,69%). Galicia estaría en un punto intermedio (3,31%) y en los lugares más bajos, Región de Murcia (2,26%) y Ceuta (2,21%). Si nos referimos a los datos de Galicia y que aparecen en la Tabla 19, nos encontramos con que el número de plazas en Centros privados duplican y en algunas provincias triplican a los de titularidad pública; de nuevo debemos aludir al concierto de plazas que tienen distintos Centros con la Xunta de Galicia para facilitar el acceso a toda la población que lo necesite.

Tabla 19. Plazas en Centros Residenciales de titularidad pública y privada en la Comunidad Autónoma de Galicia.

Provincias	Público	Privado	Total
A Coruña	2.434	3.127	5.561
Lugo	973	2.221	3.194
Ourense	623	3.643	4.266
Pontevedra	965	2.879	3.844
Total	4.995	11.870	16.865

Fuente: Xunta de Galicia, 2011.

A finales de 2013, el número de plazas a nivel nacional se cifraba en 255.094 de titularidad privada y 94.268 de titularidad pública manteniéndose una proporción bastante similar a la aportada a finales de 2011. Si nos referimos a Galicia, los datos apuntan a un aumento en el número total de plazas (Tabla 20) con respecto al año 2011 dándose el aumento, fundamentalmente, en las de titularidad privada.

Tabla 20. Centros Residenciales y plazas de titularidad pública y privada en la Comunidad Autónoma de Galicia.

Provincias	Centros y plazas titularidad pública	Centros y plazas titularidad privada	Centros y plazas Total
A Coruña	17/ 1.639	60/ 4.389	77/ 6.0283
Lugo	11/ 791	31/ 2.627	42/ 3.418
Ourense	15/ 720	70/ 3.976	85/ 4.696
Pontevedra	10/ 959	52/ 3.267	62/ 4.226
Total	53/ 4.109	213/ 14.259	266/ 18.368

Fuente: CSIC, 2013.

Respecto a los datos sociodemográficos de las personas residentes en Centros Residenciales son, en su mayoría, de edad avanzada, con más de 80 años (59%), y con una edad media que se sitúa en torno a los 83 años. La edad media de ingreso en el Centro Residencial es de 81 años (83 las mujeres y 80 los hombres). El 57% de los residentes son mujeres y el 41% tiene más de 80 años; el 53% son personas en situación

de dependencia y el 14% tienen algún TCNM y ocupa una plaza psicogeriatrica. Los datos referidos a la Comunidad Autónoma de Galicia se recogen en la Tabla 21.

Tabla 21. Perfil del usuario gallego en Centros Residenciales

Usuarios	Mujeres	Mujeres.>80años	> 80 años	Media edad	Psicogeriatricos/dependientes
6.660	67%	50.93%	73%	83(M-85años; H-80 años)	75.98%

Fuente: IMSERSO, 2011.

En cuanto al precio público de una plaza residencial varía en las diferentes Comunidades Autónomas. Si nos referimos a persona autónoma (plaza no dependiente) el coste anual medio es de 18.645,93 euros anuales pero con diferencias según las Autonomías que oscilan entre los 11.409,78 euros, en La Rioja, y 22.392,00 euros en Extremadura.

Si nos referimos a las plazas concertadas para personas no dependientes el costo medio anual es de 17.526,99 euros y, como en el caso anterior con grandes diferencias entre Comunidades Autónomas que oscilan entre los 11.212 euros en Castilla y León y los 31.608,75 en País Vasco, mientras que la media de una plaza por persona en situación de dependencia es de 19.897,51 euros con la oscilación de 16.817 euros en Castilla y León y 28.481,97 euros en País Vasco. Por último, si se trata de una plaza psicogeriatrica la media es de 24.299,84 euros siendo Aragón y Ceuta (17.399,56 euros y 17.085,55 euros respectivamente) las que tienen las tarifas más bajas y Castilla-La Mancha y País Vasco con las tarifas más altas (35.715,25 euros y 34.675,47 euros respectivamente).

Algunos Centros Residenciales ofrecen un servicio de estancia temporal dirigido a las personas mayores que requieren pasar en el centro un periodo de tiempo determinado (días, semanas, meses, etc.) por distintos motivos como puede ser: ausencia temporal de la persona cuidadora, rehabilitación temporal, después de una caída u operación quirúrgica etc.

A 31 de diciembre de 2011, se contaba en España con 6.432 plazas de estancia temporal ofertadas por 801 Centros Residenciales. De todas formas, hay una gran

variabilidad en las distintas Comunidades Autónomas, convocando en unos casos plazas específicas de estancia temporal y en otros serán de estancia temporal o permanente según las necesidades.

4. ESTUDIOS SOBRE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, DE SALUD Y COGNITIVOS DE LAS PERSONAS QUE INGRESAN EN RESIDENCIAS

Como ya apuntábamos en capítulos anteriores, la opción preferente de las personas mayores cuando se recoge información sobre las formas de convivencia está, en primer lugar, la familia y en un porcentaje muy bajo los Centros Residenciales (Rojas Ocaña et al., 2006; Diaz Mardomingo, 2012; Salmerón y Alonso, 2006) abundan en este aspecto destacando que los mayores han sido educados para estar con su familia cuando necesiten cuidados, por lo que el ingreso en un Centro Residencial sería en las situaciones en las que faltan estos apoyos.

La institucionalización del mayor va a estar determinada, fundamentalmente, por tener una edad avanzada, un deterioro cognitivo severo, la incapacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria, alteraciones conductuales y falta de apoyo familiar (Diaz Mardomingo, 2012). En suma, las variables asociadas al ingreso en Centros Residenciales serían la incapacidad física y/o mental y falta de apoyo familiar.

Uno de los objetivos prioritarios que se plantea un Centro de Día o un Centro Residencial cuando se produce un nuevo ingreso es la evaluación completa y multidisciplinar de esa persona que ingresa con la finalidad de llevar a cabo una intervención óptima; no obstante, esta valoración no sigue unos patrones similares en todas las Instituciones con lo que nosotros nos planteamos en nuestro estudio investigar acerca del perfil de la persona que ingresa en Centros Residenciales recogiendo aspectos sociodemográficos, de salud, cognitivos etc. Para ello, en un primer momento, revisamos los estudios recogidos en la literatura científica de la última década.

La estrategia de búsqueda se realizó a través de las bases de datos Medline, PsycINFO, PubMed, Abstract, utilizando los términos “perfil”, “mayores” y “centros residenciales” combinados con “sociodemográfico” “salud”, “cognitivo”. Los idiomas incluidos fueron español e inglés.

También se llevó a cabo una revisión de las Tesis Doctorales y TFG relacionados con la temática y de las publicaciones emanadas de Organismos como el IMSERSO, el Centro Estatal de Documentación e Información de Servicios Sociales (CEDISS) o de revistas especializadas como la Revista española de Geriátrica y Gerontología, la Revista multidisciplinar de Gerontología o la revista International Psychogeriatrics.

Se seleccionaron algunos de los estudios tanto realizados en Galicia como en España y en otros países, siendo el criterio de selección el abordaje de alguno de los aspectos relacionados con nuestra temática. La gran mayoría de la documentación consultada hacía referencia a estudios con residentes que ya llevaban un tiempo de ingreso en los Centros. Por otra parte, también nos planteamos hacer referencia a algún estudio de revisión centrando la búsqueda en los 10-15 últimos años.

Teniendo en cuenta lo anterior, seleccionamos unos 15 estudios cuya pretensión no es hacer un rastreo exhaustivo de la documentación existente sino reflejar bastante coincidencia en los perfiles de las personas que ingresan en Centros Residenciales.

4.1. Estudios realizados en Centros Residenciales en Galicia

Moreno Santolaya (2013), realiza una investigación en un Centro Residencial de titularidad privada para personas mayores, ubicado en la ciudad de A Coruña. El objetivo de la investigación consistió en determinar si existía variación en el perfil de usuario en el año 2007 y 2012. El número total de sujetos fue de 234, correspondiendo 97 al año 2007 y 137 al 2012. Los resultados hacen referencia a un mayor número de ingresos en 2012 siendo la media de edad muy similar en los 2 años estudiados (alrededor de 83 años), y correspondiendo el mayor porcentaje a las mujeres. El estado civil mayoritario fue viudo/a (casi 50%) y el apoyo familiar por parte de hijos también obtuvo un alto porcentaje (entre 60% y 70%). Las diferencias en el perfil de los usuarios en los 2 años estudiados apuntan a mayores porcentajes en el 2007 respecto al número de mujeres, viudos/as y apoyo por parte de los hijos. Sin embargo, en 2012 aumentó la enfermedad de Alzheimer y problemas psiquiátricos, siendo la depresión y la esquizofrenia los trastornos más frecuentes.

Balo (2013) realiza un estudio con personas mayores en una Residencia y en un Centro de Día en la ciudad de A Coruña tratando de evaluar el estado cognitivo y afectivo de una muestra y su modificación en un período de un año. La muestra total estuvo constituida por 94 sujetos, con una media de edad de 83,4 años y rango de edad comprendido entre los 65 y los 97 años, de los que el 92,6% tenían más de 75 años. El 74,5% eran mujeres y el 25,5% eran hombres. Respecto al nivel de estudios, el 58,5% de los sujetos tenían estudios primarios. El 83% de la muestra global presentaban deterioro cognitivo y la enfermedad de Alzheimer aparecía como el diagnóstico en un 34% de ancianos, mientras que el 6,4% de los casos tenían un diagnóstico de TNCM sin especificar. Si nos ceñimos a los resultados de la muestra de los mayores en Centro Residencial son muy similares a los de la muestra global, únicamente destacar el menor porcentaje de personas con enfermedad de Alzheimer (28,9%) frente a los usuarios de centro de día con Alzheimer (37,5%). Por el contrario, mayor porcentaje de accidentes cerebrovasculares (18,4% en Centro Residencial frente al 11,7% en Centro de Día).

4.2. Estudios realizados en Centros Residenciales españolas entre 2000 y 2014.

En España, uno de los estudios más recientes (Salvá et al., 2014) plantea el objetivo de establecer un perfil de las personas con dependencia asociada a problemas médicos, en cuanto a características sociodemográficas, estado funcional físico y cognitivo, terapias rehabilitadoras etc., ingresadas en unidades sociosanitarias de larga estancia (centros dependientes del Servicio Catalán de la Salud, que atienden a personas que requieren de una atención médica que no puede proporcionársele en los centros residenciales, domicilio etc.) entre los años 2003 y 2009. En cuanto al número de ingresos, ha aumentado casi cada año llegando a duplicarse el número en los 7 años estudiados. Respecto al género, el 60% de los ingresos corresponde a mujeres siendo muy similar el porcentaje en cada uno de los 7 años. La edad al ingreso superaba los 80 años.

En cuanto al diagnóstico de ingreso más frecuente, destacaron problemas orgánicos, así como TNCM y enfermedad cerebrovascular, con un porcentaje próximo al 40% en los 4 primeros años del estudio y alrededor del 30% en los tres últimos años.

Hubo un aumento importante de ingresos a lo largo de los años por descanso familiar pasando de un 4% (en los 3 primeros años del estudio) a un 12% en el último año de estudio.

El estudio de Fuente et al. (2012), aunque no se plantea específicamente determinar el perfil del mayor que ingresa en un Centro Residencial, aporta datos que resultan de interés para nuestra investigación. El objetivo de este trabajo es valorar el grado de dependencia del anciano institucionalizado en las residencias de entidad privada de la ciudad de Soria. Para valorar el grado de dependencia se utilizó el índice de Barthel y para valorar el deterioro cognitivo el test de Pfeiffer. La muestra estuvo constituida por 156 ancianos. Los resultados apuntan a que 70,9% de los hombres y 54,5% de mujeres son independientes, mientras que 29,1% de hombres el 45,5% de mujeres son dependientes. Respecto al grado de dependencia en función de la edad, el 76,6% de los ancianos de menos de 85 años son personas independientes y el 23,4% son dependientes. Los mayores de 85 años, son independientes el 48,9% y dependientes el 51,1%. Al relacionar el tiempo de institucionalización con el grado de dependencia, se encuentra que son independientes el 87,9% de los residentes que llevan menos de un año en la residencia mientras que baja al 52,8% cuando llevan más de un año institucionalizados. Destacar que no se aportan resultados acerca del funcionamiento cognitivo.

En el estudio de Ayuso, Pozo y Escribano, (2010) se trata de determinar los factores sociodemográficos y de salud asociados a la institucionalización de personas dependientes, para ello se realiza un estudio transversal de la población dependiente de la provincia de Cuenca y se realiza un muestreo aleatorio simple obteniéndose una muestra de 690 personas de las cuales, 568 no están institucionalizadas y 122 institucionalizados. En cuanto a resultados sociodemográficos, la proporción de mujeres era mayor que la de varones en ambos grupos, aunque el número de mujeres es tres veces mayor si están institucionalizados y algo más del doble si no están institucionalizados. Los porcentajes con mayor número de sujetos se situaron en las edades comprendidas entre los 75 y los 94 años con porcentajes muy similares en ambos grupos. En edades inferiores a 74 años, los porcentajes son más elevados en los no institucionalizados mientras que en mayores de 95 años se invierte. Respecto al

estado civil, los resultados indican que los casados tenían mayor proporción en el grupo no institucionalizado mientras que la proporción de solteros y viudos es mayor en el grupo institucionalizado. En cuanto a la zona de procedencia (rural, urbana) había una mayor proporción de procedencia rural en los no institucionalizados y una mayor proporción en los institucionalizados de procedencia urbana. Por otra parte, si nos referimos a la renta, había un mayor porcentaje de sujetos institucionalizados cuando la renta era inferior a 9.500 euros mientras que el porcentaje era mayor en los no institucionalizados cuando la renta era mayor de 9.500 euros. Si hacemos referencia a aspectos sociosanitarios se encuentra en este estudio que es más probable estar institucionalizado cuando el mayor presenta TNCM, precisa de un tratamiento farmacológico, psicoterapéutico o de rehabilitación.

Vallejo y Rodríguez Palma (2010) realizan un estudio con residentes institucionalizados en la Residencia de Mayores José Matia Calvo de Cádiz para determinar la prevalencia del DCL. De los 99 residentes del Centro se excluyó el 64% que correspondía a las personas que presentaban patología neurológica o deterioro cognitivo severo. De la muestra del estudio el número de mujeres es prácticamente el doble que la de hombres y el deterioro cognitivo leve también es mayor en mujeres (28,6%) aunque no aparecen diferencias significativas respecto a los hombres cuyo porcentaje es 25%.

En el estudio de López-Mongil y López-Trigo (2009), no se aborda específicamente estudiar el perfil del mayor cuando ingresa en un Centro Residencial pero aporta datos de interés por la magnitud del estudio. Destacar que se recoge una amplia muestra (852 después de ser depurados los datos) en distintas Comunidades y en Residencias de titularidad pública y privada (estudio RESYDEM). Se realizó una valoración neuropsicológica mediante la aplicación de varios test cognitivos (MMSE, AMT, CDR, DCL) y una valoración de la capacidad funcional para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, síntomas conductuales y psicológicos también aplicando diferentes pruebas (CM 98, NPI, NH). En cuanto a los resultados de este estudio, el 66,0% de la muestra fueron mujeres con una edad media de 84,8 años mientras que los varones tenían una media de edad de 80,7 años. El 56,8% eran viudos,

el 25,6% solteros, el 13,3% casados y el 4,3% restante eran separados. Respecto al nivel de estudios, el 71,2% de la muestra tenía estudios básicos, el 15,9% eran analfabetos, y el 12,9% tenían estudios medios o superiores. Respecto a la capacidad funcional para actividades básicas de la vida diaria, un 18% de los residentes son autónomos, un 35,8% presenta criterios de dependencia ligera, un 11,20% son dependientes moderados, un 35% presenta dependencia severa y total. Si nos referimos a actividades instrumentales de la vida diaria, un 12% son autónomos, un 22% presenta dependencia ligera, un 18% moderada y un 48% son dependientes severos y dependientes totales. Los datos de prevalencia global de TNCM apuntan a 61,7% correspondiendo a Alzheimer alrededor de $\frac{1}{4}$ y siendo 5 veces superior en mujeres. Por el contrario, el TNCM vascular (segunda en prevalencia de TNCM) es un 60% mayor en hombres. El DCL apunta al 14,3%. Otro dato interesante de este estudio es que no se encuentra relación entre un bajo nivel de estudios con la mayor frecuencia de deterioro cognitivo leve, como habían encontrado otros autores (Hanninen et al., 2002; Meguro et al., 2004; Tognoni et al., 2005).

Dengra (2008) realiza un amplio estudio con una numerosa muestra en la provincia de Granada. Se plantea elaborar un modelo de toma de decisiones para la elección del servicio idóneo en personas mayores dependientes partiendo del estudio del perfil de las personas mayores ingresadas en Centros Residenciales. La muestra correspondiente a los Centros Residenciales fue de 276 personas y el número de Centros 23, repartidos por toda la provincia de Granada. Los resultados indican que el número de mujeres dobla al de hombres (63,3 % frente al 32%) sobre todo en edades mayores de 85 años. La relación se invierte en el rango de edad 60-74 años aunque el porcentaje de la muestra en estas edades es el 18,1%. La media de edad de las mujeres es de 82 años mientras que la de los hombres es de 77,51. Respecto al nivel de estudios, 41,8% de la muestra es analfabeta y 45,4%, únicamente sabe leer y escribir. En cuanto al estado civil, el 57,8% son mujeres viudas y el 45,7% corresponde a hombres solteros. Si nos referimos a la capacidad funcional y al grado de dependencia, el 56,3% de la muestra presenta dependencia total o severa, correspondiendo el 64,65 % a las mujeres y el 39,1% a los hombres. El deterioro cognitivo medido con el MEC apunta a 66,9% de la muestra aunque no se obtienen relación estadísticamente significativa con la edad

de mayor. Los síntomas de depresión medidos con el GDS apuntan a un 29,9% de mayores con depresión moderada y 10,3 % con depresión severa. Esta sintomatología no está relacionada significativamente con la edad ni con el género (aunque el porcentaje es mayor en las mujeres) pero sí con el grado de dependencia ya que un 45% de depresiones severas están relacionadas con dependencia total.

Por último, los datos de apoyo social indican que 77,1% de la muestra tienen la percepción de apoyo social adecuado no encontrándose relación significativa ni con la edad ni con el género. Los sujetos más jóvenes y los hombres son los que muestran peor apoyo social.

Real (2008), realizó un estudio en la comarca del Bages (provincia de Barcelona) con una muestra de 68 ancianos institucionalizados sin deterioro cognitivo para determinar la dependencia funcional, depresión y la percepción de calidad de vida. Los instrumentos aplicados fueron el MEC, GDS de Yesavage y la Escala Filadelfia de calidad de vida. Los resultados indican que un 32,4% son hombres y el 67,6% son mujeres con una media de edad de 82,74 años; puntuaciones medias de 29,35 (3,31) en el MEC de Lobo; 6,10 (3,55) en el GDS de Yesavage; 79,28 (23,55) en el Índice de Barthel y 8,31 (3,73) en la Escala Filadelfia.

Rojas et al., (2006), realizan un estudio con una muestra de residentes de un Centro Residencial mixto de Huelva para conocer la percepción de salud y el grado de autonomía del anciano después de año y medio de su ingreso. Para ello se selecciona una muestra de 19 válidos, mayores de 60 años que ingresan en los 4 primeros meses del año 2002. Se les aplica una serie de pruebas (Índices de Barthel y de Lawton, Láminas de Coop-Wonca,) 20 días después de ingresar (cuando finaliza el período de adaptación), y a los 18 meses después del ingreso. En cuanto a los resultados que nos interesan para nuestro trabajo, destaca el alto porcentaje de personas mayores de 75 años (84,2%), mayor porcentaje de varones (63,2%) y del ámbito de procedencia urbana (63,2%). Hay un alto porcentaje de mujeres viudas (85,71) aunque el porcentaje global de viudos/as también es elevado (73,7%). Hay que aclarar que este estudio se realiza con residentes que cuando ingresan en la Residencia deben ser válidos, por lo que el motivo fundamental de ingreso es estar solos y sin apoyo de personas que pudieran

ayudarles en ciertas actividades de la vida diaria (por ejemplo, subir y bajar escaleras requieren ayuda un 36,8% de la muestra y son totalmente dependientes 21%).

En el estudio de Damián, Valderrama, Rodríguez Artalejo y Martín Moreno (2004) se recoge una muestra de 800 residentes en Centros Residenciales públicos y privados del municipio de Madrid mediante un muestreo estratificado por conglomerados. El objetivo general del estudio era la valoración del estado de salud y la capacidad funcional de mayores en centros residenciales. Las variables estudiadas, entre otras, fueron: el estado cognitivo, depresión, salud percibida, dolor etc. Los resultados indican que casi el 47% son mayores de 85 años siendo el porcentaje de mujeres mayor que el de varones en este rango de edad. Entre 75 y 84 años hay un 40% de residentes siendo en este rango de edad el porcentaje de varones mayor que el de mujeres. El estado civil que predomina es el de viudo con más de la mitad de la muestra, correspondiendo el mayor porcentaje a las mujeres. Si hacemos referencia a la capacidad funcional, un 46% son independientes o presentan una dependencia leve. Alrededor de un 30% presentan dependencia severa y total. También en este caso los porcentajes de dependencia son mayores en las mujeres. En cuanto al estado cognitivo (medido por la escala de Pfeiffer), casi un 70% tienen un estado cognitivo normal o un ligero deterioro. Del 30% restante se distribuyen casi a la mitad el deterioro moderado y grave. Los porcentajes más elevados de deterioro cognitivo los presentan las mujeres. Respecto a sintomatología psiquiátrica, el 30% de la muestra presenta síntomas depresivos (medido con el GDS) aunque sólo el 4% presenta sintomatología grave. Los porcentajes de síntomas depresivos o ausencia de los mismos son muy similares en hombres y mujeres.

Gonzalez-Delgado et al., (2001), realizan un estudio para conocer el deterioro cognitivo de personas ingresados en una residencia geriátrica en Málaga en relación con el nivel educacional y factores de salud. La muestra estuvo constituida por 21 personas de las cuales 14 eran mujeres. Las edades estaban comprendidas entre 64 y 93 años siendo la media de edad de las mujeres mayor que la de los hombres (81,7 frente a 71,3 años). Un alto porcentaje de residentes eran analfabetos (42,8%) o tenían estudios primarios (38%). En cuanto a los resultados se encuentra relación positiva entre el nivel de estudios y la puntuación en el test Minimental. Un nivel educacional menor

conlleva un mayor deterioro y una puntuación menor en el test, incluso no teniendo en cuenta las cuestiones que requieren de escritura.

4.3. Estudios en otros países

Gaugler, Duval, Anderson y Kane (2007), realizan una revisión de estudios en EEUU, llevando a cabo un meta-análisis que arroja resultados, en gran medida coincidentes, con los encontrados en los estudios de nuestro país. Una de las limitaciones es que se centraron en estudios con mayores que estaban funcionalmente deteriorados por lo que el estudio presenta una limitación a la hora de hacer generalizaciones. Partiendo de 736 informes, selecciona 77 a través de 12 fuentes de datos con lo que consigue información de 178.056 adultos mayores de 65 años. Los indicadores que encuentran como predictores del ingreso de las personas en centros residenciales harían referencia a los siguientes aspectos: 1) los predictores más fuertes serían dependencia con una puntuación mayor de 3 y deterioro cognitivo importante; 2) otros indicadores serían la falta de apoyo informal o disponer de un cuidador no familiar (esto último se contradice con otros hallazgos), falta de recursos socioeconómicos (entre 5 y 10 mil dólares de ingresos anuales), raza caucásica, personas que viven solas, las personas que tienen una hospitalización o estancia previa en un centro residencial, los hombres más que las mujeres; 3) en cuanto a enfermedades, destacan diabetes, presión arterial alta, cancer y accidentes cerebro vasculares; también se señalan las caídas pero sería un moderado predictor. Las personas mayores con hijos o con pareja tienen menor probabilidad de ingresar en un centro residencial.

Luppa et al., (2010) realizan también un trabajo de revisión recogiendo información en diferentes bases de datos como MEDLINE, Web of Science, Cochrane Library y PSYINDEXplus. Los idiomas utilizados fueron inglés y alemán. Partiendo de 1931 estudios, seleccionan 201 potencialmente relevantes y después de una amplia revisión seleccionan 36 estudios de los cuales, 28 corresponden a EEUU, 3 a Europa, 2 a Australia, 2 a Canadá y 1 a Hon Kong. La muestra de cada estudio oscilaba entre 207 y 487,38 sujetos. Los mejores predictores de institucionalización hacen referencia a los siguientes: a mayor edad más probabilidad de ser institucionalizado, no disponer de casa

propia, ser de raza blanca (estudios de EEUU), autoperibirse con poca salud, deterioro funcional y deterioro cognitivo, TNCM, anteriores ingresos en centros de mayores, polifármacos. Entre los predictores que muestran una moderada evidencia se destacan: estatus de empleado, escasas redes sociales, bajo nivel de actividad y diabetes. Entre los predictores de baja evidencia se destaca estar casado. Por último, entre los factores que encuentran no evidentes se destacan: género masculino, vivir solo, bajo nivel de educación, hipertensión, artritis, problemas respiratorios, incontinencia, depresión, estancias hospitalarias previas. Algunos de estos factores estarían en contradicción con los encontrados por Gaugler et al., (2007).

Tratando de sintetizar las aportaciones de los estudios señalados, nos encontramos con valores muy diferentes en las distintas variables medidas y que pueden achacarse a diferentes causas como: planteamiento de cada estudio, criterios de selección de las muestras, tipo de instrumentos aplicados etc. Podríamos decir que el perfil de la persona que ingresa en un Centro Residencial se caracteriza por: ser mujer, viuda o soltera, con una edad media de 83 años, con estudios básicos (lee y escribe) y con valores elevados de dependencia y de deterioro cognitivo.

5. OBJETIVOS

Como hemos visto en la revisión previa, pocos son los estudios realizados en Galicia sobre la temática que nos ocupa y en el momento que nos planteamos la presente investigación (año 2010-11) la documentación era nula en nuestra Comunidad. Ante esta situación nos propusimos estudiar el perfil de los usuarios que ingresan en los Centros Residenciales de Galicia. Debido a las dificultades para obtener una muestra representativa en toda la Comunidad Autónoma, como explicaremos más adelante en la sección de métodos, nos centramos en dos provincias representativas, A Coruña y Lugo.

Con ese propósito general nos planteamos los siguientes objetivos específicos:

1. Determinar el perfil sociodemográfico en cuanto al género edad, nivel educativo, estado civil y profesión.
2. Determinar el perfil de salud-enfermedad e índice de comorbilidad.

3. Determinar el perfil de salud en cuanto a alteraciones neuropsiquiátricas.
4. Determinar el perfil en cuanto a autonomía y dependencia.
5. Determinar la incidencia del deterioro cognitivo grave, moderado y ligero.
6. Determinar el perfil cognitivo en cuanto a:
 - 6.1. Capacidad cognitiva general y en dominios cognitivos específicos (orientación, lenguaje, memoria, atención-cálculo, praxis, pensamiento abstracto, percepción y función ejecutiva).
 - 6.2. Rendimiento específico en memoria a corto y largo plazo, aprendizaje, uso de estrategias, efectos de primacía y recencia y errores en memoria.
7. Explorar la relación entre dependencia, salud y perfil cognitivo.





II METODOLOGÍA

1. INSTRUMENTOS

De acuerdo con los objetivos planteados, se seleccionaron los instrumentos que se describen a continuación, y que nos permitirán recoger información acerca de las características sociodemográficas y cognitivas de las personas que ingresan en Centros Residenciales. La descripción se hace siguiendo el orden de aplicación.

1.1. Protocolo de recogida de datos sociodemográficos

Se elaboró un protocolo (ver Anexo 1) para recoger información acerca de variables sociodemográficas como: edad, estado civil, número de hijos, nivel de estudios, profesión que ha desarrollado antes de ingresar al Centro o antes de su jubilación, si era el caso.

1.2. Cuestionario de Comorbilidad de Charlson

El Charlson Comorbidity Index (CCI) (Charlson, Pompei, Ales, McKenzie, 1987), es un sistema de evaluación de las comorbilidades del sujeto. Consta de 19 ítems, que si están presentes, se ha comprobado que influyen de una forma concreta en la esperanza de vida del sujeto. Se asigna a cada uno de los ítems un peso (entre 1 y 6) de acuerdo con el riesgo de muerte. Hay que tener en cuenta también la edad del sujeto. Inicialmente adaptado para evaluar la supervivencia al año, se adaptó finalmente en su forma definitiva para supervivencia a los 10 años. La interpretación de la puntuación se realiza de acuerdo al siguiente criterio: ausencia de comorbilidad (0-1 puntos), baja comorbilidad (2 puntos), alta comorbilidad (más de 3 puntos). En nuestra investigación, los datos correspondientes a esta prueba, fueron recogidos de los informes médicos de los residentes, disponibles en los respectivos Centros.

1.3. Examen Cognitivo Cambridge Revisado (CAMCOG-R)

El CAMCOG-R forma parte de una batería más amplia, The Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination–R (CAMDEX-R) (Roth et al., 1986) que contiene otras dos secciones: una entrevista clínica estructurada sobre la sintomatología actual, los antecedentes y la historia de la persona evaluada y una entrevista estructurada con un familiar. Se ha utilizado la versión española adaptada por López-Pousa (2003).

El CAMCOG-R es un instrumento muy utilizado en el cribado e identificación de etapas pre-clínicas (Fountoulakis, Tsolaki, Kazis, 2001; Huppert et al., 1996; Schmand, Walstra, Lindeboom, Teunisse, y Jonker, 2000) y, actualmente, disponemos de normas para la población gallega (Pereiro, Ramos-Lema, Juncos-Rabadán, Facal y Lojo-Seoane, 2015), aunque no se han podido utilizar en esta investigación por no estar disponibles en el momento de los análisis.

Consiste en un examen cognitivo compuesto por 67 ítems que valoran el deterioro cognitivo global en personas mayores. Evalúa un amplio rango de funciones cognitivas necesarias para el diagnóstico de TNCM que incluyen: orientación temporoespacial, memoria, lenguaje, atención y concentración, percepción, praxias, pensamiento abstracto, percepción visual y función ejecutiva. El CAMCOG-R proporciona subescalas de puntuaciones para cada área cognitiva, al igual que una puntuación total con un máximo de 107 puntos.

1.4. Minimental State Examination (MMSE)

Desarrollado por Folstein y colaboradores en 1975, el MMSE es el test cognitivo abreviado de mayor difusión internacional. Este test mide de manera breve las capacidades cognitivas de un sujeto mediante la evaluación de áreas de: *orientación*, en donde proporciona información acerca de la capacidad de orientación en espacio y tiempo de los sujetos; *memoria*, tanto inmediata como el registro de memoria reciente. Incluye áreas de *atención y cálculo*, en donde se mide la capacidad de atención, concentración y abstracción que tiene el sujeto; *lenguaje*, en donde indica la capacidad de la persona para recibir órdenes y expresarse de manera oral y escrita. Determina, de

igual manera, la capacidad de escritura de la persona. El MMSE también mide las habilidades *visuoconstructivas*, en donde, repitiendo el dibujo de Bender, además de medir la capacidad de percepción visuoespacial, evalúa la concentración, organización y coordinación motora fina. Se ha utilizado la versión española de Lobo y colaboradores de 30 puntos (Lobo et al., 1999), extraída del CAMCOG-R.

1.5. Test de Aprendizaje Verbal de España-Complutense (TAVEC)

El TAVEC es una adaptación española del California Verbal Learning Test original de Delis, Kramer, Kaplan y Ober (1987), realizada por Benedet y Alejandre (1998). Se trata de una prueba que nos permite valorar los tres procesos básicos implicados en el sistema mnésico verbal: codificación, almacenamiento y recuperación. A través de diferentes subpruebas se evalúa: la capacidad de aprendizaje de material verbal, el recuerdo a corto y a largo plazo, la utilización de claves semánticas y la memoria de reconocimiento de la información presentada previamente. Además, se evalúa también la progresión o curva de aprendizaje, es decir, la cantidad de palabras que la persona evaluada ha repetido en cada uno de los ensayos de aprendizaje permitiendo, de este modo, analizar el efecto de primacía y recencia, además de la estabilidad del aprendizaje, la susceptibilidad a la interferencia, las intrusiones, las perseveraciones, las omisiones y los falsos positivos.

El TAVEC se puede utilizar con personas mayores de 16 años y se considera un instrumento útil para el diagnóstico de alteraciones de memoria en el envejecimiento normal, el deterioro cognitivo ligero, y la enfermedad de Alzheimer (Ribeiro, Guerreiro y De Mendonça, 2007; Hutchens et al., 2012).

La primera subprueba, Aprendizaje (lista A), hace referencia al “recuerdo libre inmediato” y consta de una lista de aprendizaje de 16 palabras que corresponden a cuatro categorías semánticas diferentes, dos de alta frecuencia (frutas y prendas de vestir) y dos de frecuencia media-baja (especias y herramientas). Nunca van seguidas dos palabras de la misma categoría semántica y se presentan en un orden constante en todos los ensayos.

La segunda subprueba, Lista de interferencia (lista B), formada por 16 palabras y equivalente en cuanto características a la lista A con la que comparte dos categorías semánticas aunque no las palabras (categorías compartidas) y dos que le son exclusivas (categorías no compartidas).

La tercera subprueba es, una Lista de reconocimiento, compuesta por un total de 44 palabras en la que se mezclan las 16 palabras de la lista A, palabras que se relacionan fonéticamente o semánticamente con las que aparecen en la lista A y palabras que no tienen ninguna relación.

En cuanto al procedimiento de aplicación, se realizan en un primer momento 5 ensayos; el evaluador debe leer en 5 momentos las palabras de la lista A y cada vez que se lee, el evaluado debe enumerar todas las palabras que recuerda de esta lista (recuerdo libre inmediato). A continuación, se pasa a la lectura de la lista B (lista de interferencia). Esta lista sólo se lee una vez y el participante debe recordar todas las palabras que pueda. Una vez enumeradas las palabras recordadas, se le pide que enumere de nuevo las palabras que recuerda de la lista A (recuerdo libre a corto plazo). Una vez realizada esta tarea, se vuelve a preguntar por la lista A pero ofreciéndole claves para recordar. Las claves consisten en decirle los nombres de las categorías en las que están clasificadas las palabras de la lista (recuerdo con claves a corto plazo). Luego se deja transcurrir unos 2 minutos en los que el participante puede realizar otra tarea, y se le vuelve a preguntar por la lista A en modo de recuerdo libre y seguidamente, utilizando las claves o categorías (recuerdo con claves a largo plazo). Para finalizar, el evaluador lee la “lista de reconocimiento” y en cada palabra el evaluado debe responder si estaba presente o no en la lista A.

La valoración de las respuestas, pueden ser: *correcta*, *intrusión* o *perseveración*. Una respuesta es *correcta* si figura en la lista de aprendizaje y si aparece por primera vez en esa prueba de recuerdo. Una respuesta es *intrusión* si no forma parte de la lista cuyo recuerdo se está verificando en ese momento. Las intrusiones pueden proceder de la otra lista de aprendizaje o del almacén de memoria del participante. Una respuesta es *perseveración* si aparece varias veces en una misma prueba de recuerdo sin que el sujeto sea consciente de ello o sin que esté seguro de haberla dicho antes.

Por otra parte, también se valoran las estrategias *semánticas* y *las estrategias seriales*. Una estrategia es *semántica* cuando el sujeto dice una palabra correcta de una categoría semántica inmediatamente después de otra palabra correcta de la misma categoría semántica. Las *estrategias seriales* aparecen cuando el sujeto dice una palabra correcta inmediatamente después de otra palabra correcta que le precede en la lista correspondiente.

1.6. Cuestionario de Quejas Subjetivas de Memoria.

Las quejas subjetivas de memoria se evaluaron mediante una versión abreviada del Cuestionario de Quejas Subjetivas de Memoria (QQSM) (Benedet y Seisdedos, 1996). La prueba consta de 7 ítems que se valoran en una escala Likert (nunca, casi nunca, a veces, bastantes veces y casi siempre). La puntuación máxima que puede obtener la persona evaluada es 35 puntos, lo que indicaría el mayor grado de deterioro percibido de la memoria. Se puede aplicar al participante o puede ser contestada por el cuidador. Incluye ítems relativos a dificultades de memoria que pueden presentarse al mayor en la vida cotidiana.

1.7. Escala Lawton y Brody para evaluar las actividades instrumentales de la vida diaria

La Escala de Lawton y Brody (1969) fue desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia para la población mayor, con objeto de evaluar autonomía física en actividades de la vida diaria.

Es uno de los instrumentos de medición de las actividades de la vida diaria y una de las escalas más utilizada en las unidades de geriatría de España, sobre todo a nivel de consulta y hospital de día. Su traducción al español se publicó en el año 1993 (Kane y Kane, 1993). Evalúa actividades más elaboradas y, por tanto, se pierden antes que las actividades básicas de la vida diaria.

Valora 8 ítems (capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía) y les asigna un valor numérico 1 (independiente) y 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas. Oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). La información se obtiene preguntando directamente al mayor o a su cuidador principal. Esta escala da mucha importancia a las tareas domésticas, por lo que en nuestro entorno los hombres suelen obtener menor puntuación. La disponibilidad de electrodomésticos y otros utensilios pueden influir también en la puntuación. El tiempo medio requerido para su realización es de 5 a 10 minutos.

1.8. *Inventario Neuropsiquiátrico (“Neuropsychiatric Inventory”) (NPI)*

Las alteraciones neuropsiquiáticas fueron evaluadas con la versión abreviada del Inventario Neuropsiquiátrico o NPI (Cummings et al., 1994) utilizando la versión validada en español (Boada, Cejudo, Tárraga, López y Kaufer, 2002). El NPI se administró a los cuidadores a los que se preguntaba por la presencia y severidad de los 12 síntomas: delirios, alucinaciones, agitación/agresión, depresión/disforia, ansiedad, exaltación/euforia, apatía/indiferencia, desinhibición, irritabilidad/labilidad, conducta motora anómala, sueño, alimentación/apetito. Los cuidadores marcaban la gravedad de cada síntoma asignando una puntuación de 1 (Leve: cambio evidente, pero no es significativo, fácil manejo de la situación); 2 (Moderada: cambio significativo, pero no drástico, se hace más difícil controlar la situación), y 3 (Grave: cambio drástico, muy marcado, no se puede manejar la situación). Se calculó la puntuación para cada uno de los síntomas (máximo de 3 puntos) y para el total del Inventario (máximo de 36).

2. PROCEDIMIENTO

Para poder llevar a cabo la aplicación de la batería de pruebas expuestas a la muestra de personas mayores ingresadas en los distintos Centros Residenciales, se tramitó una solicitud, a la Consellería de Trabajo e Benestar de la Xunta de Galicia.

Una vez obtenidos los permisos se procedió a la selección de los distintos Centros Residenciales de las provincias de A Coruña y Lugo en los se llevaría a cabo la aplicación de los instrumentos. Algunos Centros seleccionados no permitieron la aplicación, con lo que se sustituyeron por otros que se prestaron a colaborar en la investigación.

En la provincia de A Coruña, los Centros participantes han sido: La Residencia pública de mayores Volta do Castro en Santiago de Compostela, Residencia de mayores Abrente Noia, Residencia de San Lázaro Sar Quavitae de Santiago de Compostela, Asilo de Ancianos Desamparados de San Marcos en Santiago de Compostela y Residencia Fundación José Otero- Carmela Martínez en Santiago de Compostela.

En la Provincia de Lugo, los Centros participantes han sido: Complejo Terapéutico Xerontolóxico A Veiga en Láncara-Puebla de San Julián, Residencial Carlos IV en Outeiro de Rei, Residencia de Mayores de Castro de Riveras de Lea en Castro de Rei y Residencia de ancianos de nuestra Señora del Carmen en Sarria.

Las personas encargadas de realizar la aplicación de las pruebas fueron licenciados en Psicología con años de experiencia trabajando con mayores y, recibieron un entrenamiento para llevar a cabo la aplicación. Se realizó un estudio piloto con el fin de perfeccionar la aplicación y revisar los aspectos que pudieran presentar dificultad añadida a los participantes.

Una vez cumplidos los requisitos anteriores, se pasó a contactar telefónicamente con cada uno de los Directores de los Centros seleccionados para realizar la aplicación. En este contacto se proporcionaba una explicación del proceso y se acordaban las fechas de inicio de las aplicaciones. La Trabajadora Social de cada Centro era la persona encargada de proporcionarnos el listado de los ingresos realizados en los últimos seis meses y de coordinar la aplicación de las pruebas.

Antes de comenzar la aplicación de las pruebas, los residentes o sus familiares firmaban un consentimiento informado. La aplicación se realizaba en un despacho y la duración de la misma variaba en función del deterioro cognitivo que presentaba el residente. La media fue de hora y media, realizándose todas las pruebas en una sesión con los descansos que necesitara el residente.

El período de aplicación de las pruebas abarcó desde julio a diciembre de 2011.

3. PARTICIPANTES

La muestra, se ha obtenido siguiendo el criterio de seleccionar los residentes que ingresaron en los 6 últimos meses del año 2011 en los Centros Residenciales participantes en la investigación de las provincias de A Coruña y Lugo. Ha quedado constituida por 138 personas (Tabla 22).

Tabla 22. Muestra según la titularidad de Centro en las provincias de A Coruña y Lugo.

Centros Residenciales	Plazas Privadas	Plazas Públicas	Total
A Coruña	16	53	69
Lugo	48	21	69
Total	64	74	138

Para establecer un perfil cognitivo indicativo de la capacidad cognitiva general y en dominios específicos de los residentes que ingresan en Centros residenciales, nos planteamos realizar un proceso de clasificación de los participantes dentro de un continuum entre estado cognitivo normal y distintos niveles de deterioro. Se siguieron los criterios de Petersen (Petersen, 2004; Winblad et al., 2004) y de Dubois y colaboradores. (Dubois y Albert, 2004; Gauthier et al., 2006) y actualizados por Albert et al., (2011) para determinar el Deterioro cognitivo ligero teniendo en cuenta las quejas subjetivas de memoria corroboradas por un informante, su rendimiento cognitivo general y su rendimiento en memoria. Las quejas subjetivas de memoria se evaluaron mediante una versión abreviada del Cuestionario de Quejas Subjetivas de Memoria (QQSM) (Benedet y Seisdedos, 1996). Para evaluar el rendimiento cognitivo general, se utilizó el MMSE (Lobo et al., 1999; Lobo, Marcos y Gupo de Trabajo ZARADEMP, 2002) y para evaluar dominios específicos se utilizó el CAMCOG-R (versión española adaptada por López-Pousa, 2003). La evaluación más específica de distintos aspectos de la memoria se realizó mediante el TAVEC (Benedet y Alejandre, 1998).

En base a los resultados, se llevó a cabo una clasificación de los sujetos en 6 grupos cuyos pasos describimos a continuación.

En primer lugar, y atendiendo a la medida del deterioro cognitivo general medido por el MMSE (Lobo et al., 1999) se realizó una primera clasificación. Para ello se

tomaron los siguientes puntos de corte indicados en el Manual del MMSE (adaptación española de Lobo et al., 2002):

- 1) Rendimiento cognitivo normal: puntuaciones en el MMSE entre 27 y 30.
- 2) Deterioro cognitivo leve: puntuaciones en el MMSE entre 21 y 26.
- 3) Deterioro cognitivo moderado: puntuaciones en el MMSE entre 11 y 20 puntos y alteración moderada de las actividades de la vida diaria.
- 4) Deterioro cognitivo grave: puntuaciones en el MMSE entre 0 y 10 puntos y alteraciones graves en las actividades de la vida diaria.

En segundo lugar, todos los participantes, excepto los clasificados como deterioro cognitivo moderado o grave, fueron reclasificados aplicando los criterios de Albert et al., (2011) y Petersen et al., (2004) en los siguientes grupos:

- 1) Deterioro cognitivo ligero multidominio amnésico cuando cumplieran los criterios siguientes: A) Puntuación en el MMSE de 1,5 desviaciones típicas por debajo de la media de su grupo de edad y nivel educativo (Lobo et al., 1999). B) Puntuaciones de 1,5 desviaciones típicas por debajo de la media en varias áreas del CAMCOG-R (mínimo 2). C) Puntuaciones de 1,5 desviaciones típicas por debajo de las puntuaciones normativas en dos de las medidas del TAVEC, Recuerdo Libre a Corto Plazo (RLCP) y Recuerdo Libre a Largo Plazo (RLLP). D). Tener conservadas o levemente afectadas las habilidades de la vida diaria (Lawton mayor de 3). E) No cumplir los criterios de TNCM según el DMS-5.
- 2) Deterioro cognitivo ligero unidominio amnésico cuando cumplieran los siguientes criterios: A) Rendimiento cognitivo general dentro de la normalidad, con puntuaciones en el MMSE dentro de las normas según edad y nivel educativo. B) Puntuaciones de 1,5 desviaciones típicas por debajo de las puntuaciones normativas en dos de las medidas del TAVEC, Recuerdo Libre a Corto Plazo (RLCP) y Recuerdo Libre a Largo Plazo (RLLP). C) Tener conservadas o

levemente afectadas las habilidades de la vida diaria (Lawton mayor de 3). D) No cumplir los criterios de TNCM según el DMS-5.

3) Deterioro cognitivo ligero no amnésico cuando cumplieran los criterios siguientes: A) Puntuación en el MMSE de 1,5 desviaciones típicas por debajo de la media de su grupo de edad y nivel educativo (Lobo et al., 1999). B) Puntuaciones dentro de las normas en dos de las medidas del TAVEC, Recuerdo Libre a Corto Plazo (RLCP) y Recuerdo Libre a Largo Plazo (RLLP). C) Tener conservadas o levemente afectadas las habilidades de la vida diaria (Lawton mayor de 3). D) No cumplir los criterios de TNCM según el DMS-5.

En resumen, los grupos constituidos fueron los siguientes:

- 1) Participantes con envejecimiento normal (Env.N.).
- 2) Participantes con deterioro cognitivo ligero multidominio amnésico (DCLmda).
- 3) Participantes con deterioro cognitivo ligero unidominio amnésico (DCLuda).
- 4) Participantes con deterioro cognitivo ligero no amnésico (DCLna).
- 5) Participantes con deterioro cognitivo moderado (DCM).
- 6) Participantes con deterioro cognitivo grave (DCG)

4. ANALISIS ESTADÍSTICOS

Se realizó una estadística descriptiva con medidas de tendencia central (media y desviación estándar) y medidas de frecuencia (frecuencia y/o porcentajes). Se utilizó la prueba de Levene para comprobar si los grupos de rendimiento cognitivo establecidos, tienen varianzas homogéneas. Para determinar si existían diferencias entre los grupos de rendimiento cognitivo establecidos se realizó un análisis no paramétrico, Kruskal-

Wallis. Se utilizó la U de Mann-Whitney para comprobar qué grupos son similares o diferentes, comparándolos dos a dos.

El nivel de significación estadística se estableció para un valor de $P < 0,05$. Los datos del presente trabajo fueron registrados en hojas de cálculo del programa Microsoft Excel, y los diferentes análisis estadísticos se llevaron a cabo con la ayuda del programa estadístico SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL).





III. RESULTADOS

1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Las características sociodemográficas se reflejan en la Tabla 23. La muestra ha estado constituida por 138 personas, 69 de la provincia de Lugo y 69 de la provincia de Coruña con una edad media de 82,41 años y un desviación típica de 7,50. El número de mujeres ha sido 88 y el de hombres 50; de ellos, 64 están en plazas privadas y 74 en plazas públicas. En cuanto al estado civil, la mitad de los participantes eran viudos, 33 casados, 27 solteros y 9 divorciados.

Si hacemos referencia al sexo por intervalos de edad, las mujeres superan a los hombres en todos los intervalos excepto de 55 a 70 años. La mayor diferencia se produce en el intervalo de 86 a 90 años.

En cuanto a la cualificación laboral que presentan los participantes de la muestra, se observa que 7 participantes no han tenido ocupación, 44 residentes han sido obreros no cualificados (dependientes, peones, conductores o cocineros), 26 han sido obreros cualificados (comerciantes, funcionarios de nivel bajo, pequeños empresarios, administrativos), 6 residentes han sido altos funcionarios, jefes empresa o académicos. Por último, 55 han sido amas de casa.

Tabla 23. Características sociodemográficas

VARIABLES	Total N=138	Hombres n=50 (36,23%)	Mujeres N=88 (63,77%)	Coruña n= 69	Lugo n= 69
Edad					
55-77 años		5 (10%)	4 (4,54%)		
71-75		1 (2%)	10 (11,36%)		
76-80		13 (26%)	23 (26,14%)		
81-85		16 (32%)	20 (22,72%)		
86-90		7 (14%)	21 (23,87%)		
Mayores de 90		8 (16%)	10 (11,37%)		
Tipo de centro					
Público	74 (53,6%)	22 (44%)	52 (59,1%)	53 (76,81%)	21 (30,43%)
Privado	64 (46,4%)	28 (56%)	36 (40,9%)	16 (32,19%)	48 (69,57%)
Estado civil					
Viudo	69 (50%)				
Soltero	27 (19,57%)				
Casado	33 (23,91%)				
Divorciado	9 (6,52%)				
Nivel de estudios					
Analfabetos	3 (2,17%)				
Primarios	120 (86,96%)				
Secundarios	9 (6,52%)				
Universitarios	6 (4,35%)				
Profesión					
Sin ocupación	7 (5,07%)				
No cualificado	44 (31,88%)				
Cualificado	26 (18,84%)				
Nivel superior	6 (4,35%)				
Ama de casa	55 (39,86%)				
Lengua de comunicación					
Bilingüe	120 (79,71%)				
Monolingüe	18 (20,29%)				

2. PERFIL DE SALUD/ENFERMEDAD

Los resultados nos indican que un porcentaje importante de la muestra presenta enfermedades hipertensivas (58,69%), neurodegenerativas (53,62%), mentales (28,26%) y vasculares (18,11%). Las oncológicas son poco frecuentes (6,52%) y en el apartado de “otras” en el que se recogen dolencias variadas (asma, litiasis biliar, prostatismo, esofagitis, artitis, artrosis, cataratas etc.) se observa un porcentaje elevado (32,61%).

Los rangos de edad en los que se dan más problemas son los que abarcan desde los 75 años hasta los 90 años (Tabla 24). Si hacemos referencia al género, todos los problemas de salud son mas frecuentes en mujeres que en hombres, excepto en las oncológicas con frecuencias muy similares (Tabla 25).

Tabla 24. Problemas de salud de las personas que ingresan en Centros Residenciales por rangos de edad

EDAD	Degenerativas	Vasculares	Hipertensivas	Mentales	Oncológicas	Otras
55-70	3	0	6	2	1	2
71-75	7	3	5	5	2	3
76-80	18	9	23	14	0	1
81-85	17	6	19	10	3	11
86-90	17	3	17	6	3	12
91-	12	4	11	2	0	7
Total	74(53,62%)	25(18,11%)	81 (58,69%)	39(28,26%)	9(6,52%)	36(26,08%)

Tabla 25. Problemas de salud de las personas que ingresan en Centros Residenciales según el género, provincia y titularidad

PATOLOGÍAS	Género		Provincias		Titularidad	
	Masculino	Femenino	A Coruña	Lugo	Público	Privado
Neurodegenerativas	21	53	38	36	45	25
Hipertensivas	33	48	38	46	42	39
Mentales	10	29	21	18	24	15
Oncológicas	5	4	6	3	5	4
Vasculares	7	18	11	14	11	14
Otras	16	29	19	26	20	25

En cuanto al índice de comorbilidad de Charlson, se reflejan las puntuaciones en la Tabla 26, atendiendo al género, provincia y titularidad de centro. Como puede verse, los porcentajes más elevados y con alta comorbilidad hacen referencia a: provincia de A Coruña, centros públicos y en cuanto al género muy similar en hombres y mujeres.

Tabla 26. Índice de comorbilidad de Charlson de las personas que ingresan en Centros Residenciales según el género, provincia y titularidad

Índice de Comorbilidad	Género		Provincias		Titularidad	
	Masculino	Femenino	A Coruña	Lugo	Público	Privado
0-1 (ausencia comorbilidad)	44%	46,6%	34,8%	56,5%	35,1%	57,8%
2 (baja comorbilidad)	30%	28,4%	27,5%	30,4%	27%	31,2%
> 3 (alta comorbilidad)	26%	25%	37,7%	13,1	37,9%	11%

En relación a la movilidad manual de los participantes en el estudio, un 80% no presenta problemas de movilidad manual. De los participantes que presentan problemas, los más frecuentes corresponden a hombres de la provincia de Lugo y residentes en centros de titularidad pública (Tabla 27).

Tabla 27. Problemas de movilidad manual en las personas que ingresan en Centros

Problemas de movilidad manual	Género		Provincias		Titularidad	
	Masculino	Femenino	Coruña	Lugo	Público	Privado
SI	10(20%)	16 (18,18%)	9 (13,04%)	17 (24,64%)	16 (21,62%)	10 (15,62%)
NO	40 (80%)	72 (81,82%)	60 (86,96%)	52 (75,36%)	58 (78,38%)	54 (84,38%)

Residenciales según el género, provincia y titularidad

3. PERFIL DE SALUD EN CUANTO A ALTERACIONES NEUROPSIQUIÁTRICAS

Los resultados apuntan a que la gran mayoría de la muestra estudiada no presenta problemas importantes. Fijándonos en sintomatología grave presentan: delirios, alucinaciones, y exaltación/euforia, únicamente un residente varón; 2 personas presentan ansiedad e irritabilidad grave; 3 personas presentan conductas desinhibitorias y conductas repetitivas; 4 personas presentan problemas de alimentación y, 10 personas apatía e indiferencia.

Si hacemos referencia a la presencia de síntomas moderados, lo más destacado son 10 sujetos con ciertos problemas de ansiedad, 11 con conductas repetitivas, 12 con delirios y 16 con apatía.

Englobando sintomatología grave y moderada, la apatía e indiferencia es el síntoma que presenta el mayor porcentaje de personas (18,8%) (Tabla 28).

Tabla 28. Alteraciones neuropsiquiátricas en las personas que ingresan en Centros Residenciales según el género, provincia y titularidad

NPI	Hombres	Mujeres	A Coruña	Lugo	Centros Privados	Centros Públicos
	n=50	n=88	n=69	n=69	n=64	n=74
Delirios						
No presenta	42 (84%)	82 (93,2%)	63 (91,3%)	61 (88,5%)	58 (90,6%)	66 (89,3%)
Leve	1 (2%)	0 (0%)	1 (1,4%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,3%)
Moderado	6 (12%)	6 (6,8%)	5 (7,3%)	7 (10,1%)	5 (7,8%)	7 (9,4%)
Grave	1 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,4%)	1 (1,6%)	0 (0%)
Alucinaciones						
No presenta	49 (98%)	84 (95,4%)	68 (98,6%)	65 (94,3%)	62 (96,8%)	71 (96%)
Leve	0 (0%)	1 (1,1%)	0 (0%)	1 (1,4%)	0 (0%)	1 (1,3%)
Moderado	0 (0%)	3 (3,4%)	1 (1,4%)	2 (2,9%)	1 (1,6%)	2 (2,7%)
Grave	1 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,4%)	1 (1,6%)	0 (0%)
Agitación/agresión						
No presenta	45 (90%)	87 (99%)	67 (97,1%)	65 (94,2%)	60 (93,7%)	72 (97,4%)
Leve	1 (2%)	1 (1,1%)	0 (0%)	2 (2,9%)	1 (1,6%)	1 (1,3%)
Moderado	4 (8%)	0 (0%)	2 (2,9%)	2 (2,9%)	3 (4,7%)	1 (1,3%)
Grave	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Ansiedad						
No presenta	42 (84%)	80 (91%)	62 (89,9%)	60 (87,1%)	56 (87,5%)	66 (89,3%)
Leve	4 (8%)	0 (0%)	1 (1,4%)	3 (4,3%)	4 (6,2%)	0 (0%)
Moderado	3 (6%)	7 (7,9%)	5 (7,3%)	5 (7,2%)	3 (4,7%)	7 (9,4%)
Grave	1 (2%)	1 (1,1%)	1 (1,4%)	1 (1,4%)	1 (1,6%)	1 (1,3%)
Exaltación/euforia						
No presenta	50 (100%)	87 (99%)	69 (100%)	68 (98,6%)	63 (98,4%)	74 (100%)
Leve	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Moderado	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Grave	0 (0%)	1 (1,1%)	0 (0%)	1 (1,4%)	1 (1,6%)	0 (0%)
Apatía/indiferencia						
No presenta	36 (72%)	74 (84,1%)	53 (76,8%)	57 (82,6%)	51 (79,7%)	59 (79,8%)
Leve	2 (4%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (2,9%)	2 (3,1%)	0 (0%)
Moderado	7 (14%)	9 (10,2%)	10 (14,5%)	6 (8,7%)	8 (12,5%)	8 (10,8%)
Grave	5 (10%)	5 (5,7%)	6 (8,7%)	4 (5,8%)	3 (4,7%)	7 (9,4%)
Desinhibición						
No presenta	44 (88%)	86 (98%)	66 (95,7%)	64 (92,8%)	60 (93,8%)	70 (94,6%)
Leve	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Moderado	3 (6%)	2 (2,3%)	2 (2,9%)	3 (4,3%)	2 (3,1%)	3 (4,1%)
Grave	3 (6%)	0 (0%)	1 (1,4%)	2 (2,9%)	2 (3,1%)	1 (1,3%)
Irritabilidad/labilidad						
No presenta	44 (88%)	86 (98%)	64 (92,8%)	66 (95,8%)	61 (95,3%)	69 (93,3%)
Leve	2 (4%)	0 (0%)	1 (1,4%)	1 (1,4%)	2 (3,1%)	0 (0%)
Moderado	2 (4%)	2 (2,3%)	3 (4,4%)	1 (1,4%)	0 (0%)	4 (5,4%)
Grave	2 (4%)	0 (0%)	1 (1,4%)	1 (1,4%)	1 (1,6%)	1 (1,3%)
Conducta motora anómala						
No presenta	44 (88%)	77 (87,5%)	59 (85,5%)	62 (89,9%)	56 (87,4%)	65 (87,9%)
Leve	1 (2%)	2 (2,3%)	2 (2,9%)	1 (1,4%)	1 (1,6%)	2 (2,7%)
Moderado	4 (8%)	7 (7,9%)	7 (10,2%)	4 (5,8%)	4 (6,3%)	7 (9,4%)
Grave	1 (2%)	2 (2,3%)	1 (1,4%)	2 (2,9%)	3 (4,7%)	0 (0%)

Tabla 28 (continuación). Alteraciones neuropsiquiátricas en las personas que ingresan en Centros Residenciales según el género, provincia y titularidad

NPI	Hombres	Mujeres	A Coruña	Lugo	Centros Privados	Centros Públicos
	n=50	n=88	n=69	n=69	n=64	n=74
Sueño						
No presenta	47 (94%)	83 (94,3%)	63 (91,4%)	67 (97,1%)	62 (96,8%)	68 (91,9%)
Leve	1 (2%)	0 (0%)	1 (1,4%)	0 (0%)	1 (1,6%)	0 (0%)
Moderado	2 (4%)	5 (5,7%)	5 (7,2%)	2 (2,9%)	1 (1,6%)	6 (8,1%)
Grave	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Apetito/alimentación						
No presenta	45 (90%)	79 (89,8%)	60 (87%)	64 (92,8%)	59 (92,2%)	65 (87,9%)
Leve	1 (2%)	1 (1,1%)	1 (1,4%)	1 (1,4%)	1 (1,6%)	1 (1,3%)
Moderado	2 (4%)	6 (6,8%)	6 (8,7%)	2 (2,9%)	3 (4,7%)	5 (6,7%)
Grave	2 (4%)	2 (2,3%)	2 (2,9%)	2 (2,9%)	1 (1,6%)	3 (4,1%)

4. PERFIL DE AUTONOMÍA Y DEPENDENCIA

Cómo puede observarse en la Tabla 29, los resultados muestran porcentajes muy elevados de dependencia en las actividades de la vida diaria. Si sumamos las personas independientes y las que presentan dependencia ligera y moderada nos quedamos por debajo del 10%.

Tabla 29. Autonomía y dependencia en las personas que ingresan en Centros Residenciales según el género, provincia y titularidad

	0-1 (dep. total)	2-3 (dep. severa).	4-5 (dep. moderada)	6-7 (dep. ligera)	8 (independencia)	Totales
Hombres	40 (80%)	5 (10%)	1 (2%)	2 (4%)	2 (4%)	50
Mujeres	74 (84,1%)	6 (6,8%)	4 (4,5%)	2 (2,3%)	2 (2,3%)	88
A Coruña	62 (89,8%)	4 (5,8%)	0 (0%)	1 (1,5%)	2 (2,9%)	69
Lugo	52 (75,4%)	7 (10,2%)	5 (7,2%)	3 (4,3%)	2 (2,9%)	69
C. Públicos	61 (82,4%)	6 (8,1%)	2 (2,7%)	2 (2,7%)	3 (4,1%)	74
C. Privados	53 (82,8%)	5 (7,8%)	3 (4,7%)	2 (3,1%)	1 (1,6%)	64

5. PERFIL COGNITIVO

Los resultados de nuestra investigación nos indican que el 8,69% de la muestra no presentan deterioro cognitivo, el 20,28% presenta deterioro cognitivo ligero, el 31,16% presenta deterioro cognitivo moderado y el 39,87% presenta deterioro cognitivo grave. Dentro del Deterioro Cognitivo Ligero (DCL), el 5,07% corresponde al grupo DCL multidominio amnésico, el 7,24% al grupo DCL unidominio amnésico y el 7,97% al grupo DCL no amnésico.

5.1. Rendimiento cognitivo general y en dominios específicos por grupos

En la Tabla 30 se muestran las puntuaciones medias, desviaciones estándar y rangos obtenidos por cada uno de los grupos en rendimiento cognitivo general evaluado con el MMSE y el CAMCOG-R (puntuación total) y en los dominios o áreas específicas de: Orientación, Lenguaje, Memoria, Atención-Cálculo, Praxis, Pensamiento Abstracto, Percepción y Función Ejecutiva. En las Figuras, 16 y 17 se representan las puntuaciones medias totales así, como por dominios y por grupos.

Tabla 30. Puntuaciones medias, desviaciones estándar y rangos obtenidos por grupos, en el MMSE y en el CAMCOG-R (total y áreas específicas)

Grupos	Env.N (n=12)	DCLmda (n=7)	DCLluda (n=10)	DCLna (n=11)	DC M (n=43)	DCG (n=55)	Total (n=138)
MMSE	25,08 (3,62) 19-30	21,42(1,98) 19-25	23,60(3,86) 17-27	18,90(2,58) 16-23	14,62(2,62) 11-20	3,89(3,74) 0-10	12,59 (8,47) 0-30
CAMCOG-R-Total	79,75 (9,69) 66-97	60,28(12,77) 45-77	73,20(14,85) 46-89	64,09(8,57) 50-78	46,02(15,00) 20-76	12,27(12,40) 0-36	39,63(27,76) 0-97
Orientación	9,83 (0,38) 9-10	8,71 (1,11) 7-10	8,80 (1,22) 7-10	8,18(1,88) 4-10	5,06(2,47) 0-10	0,83(1,38) 0-5	4,50(3,79) 0-10
Lenguaje	25,83 (2,28) 22-30	22,14 (3,13) 16-25	24,60(2,36) 21-28	21,72(3,28) 17-26	18,27(5,01) 6-26	5,87(6,00) 0-16	14,92(9,16) 0-30
Memoria	18,91(3,31) 13-25	11,28(4,68) 5-17	16,30(5,59) 5-22	15,18(3,18) 9-20	9,76(5,74) 0-22	2,29(3,18) 0-10	8,56(7,25) 0-25
Atención cálculo	6,41(2,81) 2-9	3,57(2,37) 0-7	6,40(3,02) 1-9	3,63(0,80) 2-5	2,32(1,55) 0-5	0,18(0,58) 0-2	2,28(2,67) 0-9
Praxis	9,41(1,83) 6-12	6,57(2,29) 3-10	8,30(2,49) 3-11	6,90(2,30) 4-11	5,48(2,70) 0-12	1,70(2,02) 0-7	4,69(3,52) 0-12
Pensamiento abstracto	4,41(2,57) 1-8	4,71(2,56) 0-8	3,50(2,32) 0-8	3,09(1,57) 0-5	1,95(1,95) 0-8	0,36(0,96) 0-4	1,87(2,25) 0-8
Percepción	4,91(1,83) 3-9	3,28(1,49) 0-4	5,30(2,16) 1-7	5,36(1,56) 3-8	3,13(1,85) 0-7	0,90(1,46) 0-5	1,87(2,25) 0-8
Función ejecutiva	16,16(3,29) 13-23	8,57(2,87) 4-11	12,50(5,10) 4-20	11,36(3,04) 8-18	7,51(3,89) 0-16	1,61(2,06) 0-7	2,74(2,37) 0-9

Nota: Env. N: Envejecimiento normal; DCLmda: Deterioro cognitivo ligero multidominio amnésico; DCLluda: Deterioro cognitivo ligero unidominio amnésico; DCLna: Deterioro cognitivo ligero no amnésico; DCM: Deterioro cognitivo moderado; DCG: Deterioro cognitivo grave.

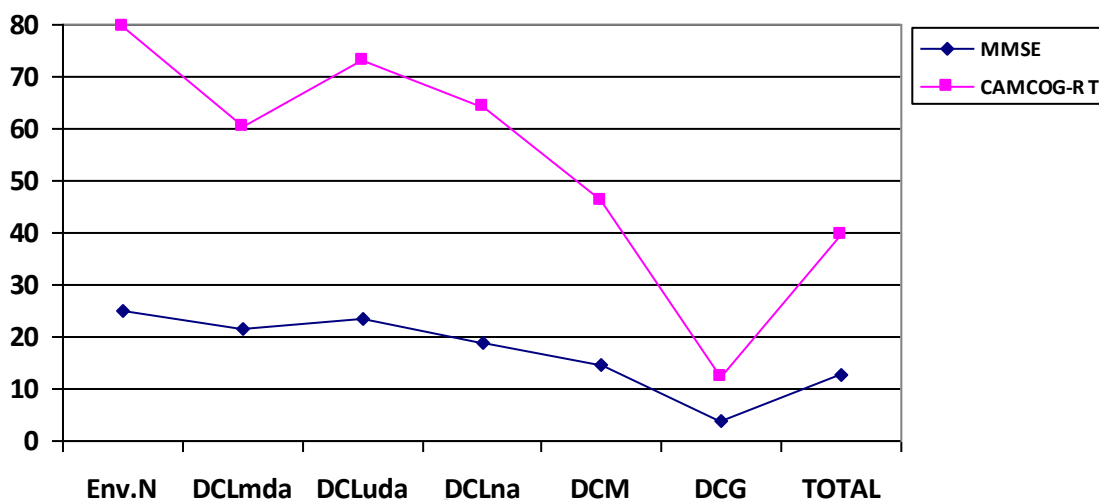


Figura 16. Puntuaciones medias obtenidas por los distintos grupos, en el MMSE y en el CAMCOG-R total

Nota: Env. N: Envejecimiento normal; DCLmda: Deterioro cognitivo ligero multidominio amnésico; DCLuda: Deterioro cognitivo ligero unidominio amnésico; DCLna: Deterioro cognitivo ligero no amnésico; DCM: Deterioro cognitivo moderado; DCG: Deterioro cognitivo grave.

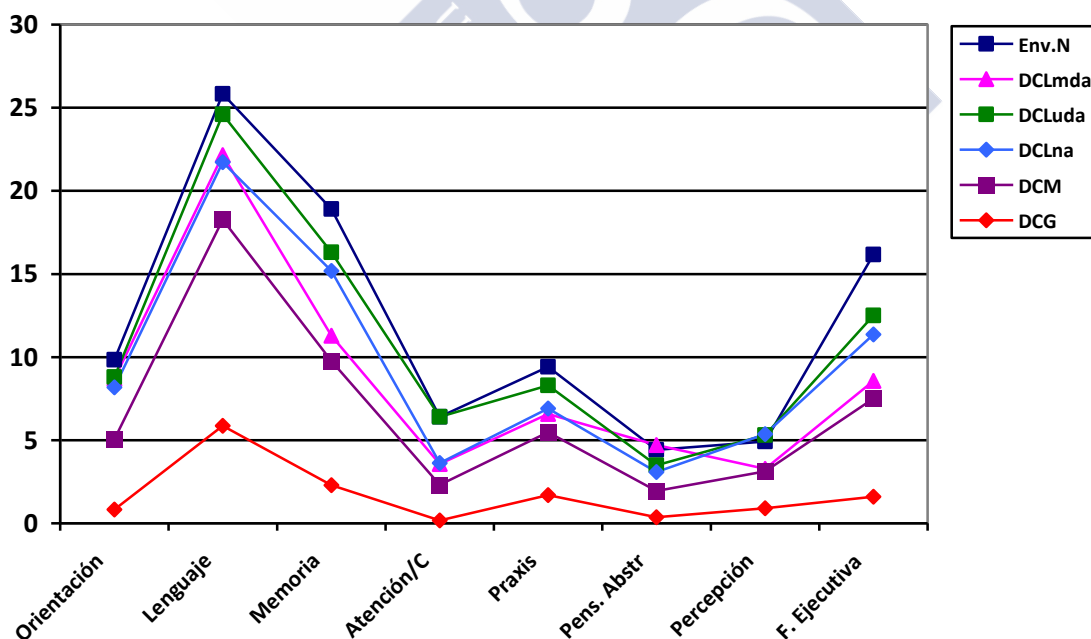


Figura 17. Puntuaciones medias obtenida en cada dominio: Orientación, Lenguaje, Memoria, Atención/Concentración, Praxis, Pensamiento Abstracto, Percepción y Función Ejecutiva en cada uno de los grupos: Env. N: Envejecimiento normal; DCLmda: Deterioro cognitivo ligero multidominio amnésico; DCLuda: Deterioro cognitivo ligero unidominio amnésico; DCLna: Deterioro cognitivo ligero no amnésico; DCM: Deterioro cognitivo moderado; DCG: Deterioro cognitivo grave.

Para determinar si existen diferencias entre los grupos, se realizó un análisis no paramétrico, Kruskal-Wallis, ya que no se cumplía el criterio de homogeneidad de la varianza (prueba de Levene). El resultado, nos indica que hay diferencias significativas entre los grupos en MMSE [$\chi^2(5) = 119,32, p < 0,0001$], CAMCOG-R total [$\chi^2(5) = 107,45, p < 0,0001$], Orientación [$\chi^2(5) = 106,47, p < 0,0001$], Lenguaje [$\chi^2(5) = 99,79, p < 0,0001$], Memoria [$\chi^2(5) = 88,23, p < 0,0001$], Atención-Cálculo [$\chi^2(5) = 92,62, p < 0,0001$], Praxis [$\chi^2(5) = 81,17, p < 0,0001$], Pensamiento Abstracto [$\chi^2(5) = 63,31, p < 0,0001$], Percepción [$\chi^2(5) = 71,68, p < 0,0001$], y Función Ejecutiva [$\chi^2(5) = 95,31, p < 0,0001$].

Los análisis Post-hoc se reflejan en la Tabla 31 (Ver valores estadísticos de contraste, Mann-Whitney, siendo el valor de significación $p < 0,05$).



Tabla 31. Análisis Post-hoc. Comparaciones inter-grupos para las medidas cognitivas generales (MMSE y CAMCOG-R total) y para las áreas específicas. Estadístico z (Mann-Whitney) y probabilidad (p)

	Orientación	Lenguaje	Memoria	Atención- Cálculo	Praxis	Pensamiento Abstracto	Percepción	Función Ejecutiva	MMSE	CAMCOG-R Total
Grupo 1-2	z=-2,55*	z=-2,59**	z=-3,05**	z=-1,97*	z=-2,43*	z=-0,21	z=-1,69	z=-3,57**	z=-2,09*	z=-2,88**
Grupo 1-3	z=-2,30*	z=-1,20	z=-0,96	z=-0,10	z=-0,96	z=-0,70	z=-0,94	z=-1,53	z=-1,06	z=-0,62
Grupo 1-4	z=-2,59**	z=-2,88**	z=-2,32*	z=-2,30*	z=-2,45*	z=-1,18	z=-1,00	z=-3,09**	z=-3,3**	z=-3,14**
Grupo 1-5	z=-4,93**	z=-4,55**	z=-4,22**	z=-4,01**	z=-4,10**	z=-2,89**	z=-2,56*	z=-4,92**	z=-5,49**	z=-5,48**
Grupo 1-6	z=-5,88**	z=-5,49**	z=-5,65**	z=-6,96**	z=-5,59**	z=-6,11**	z=-5,37**	z=-5,59**	z=-5,22**	z=-5,11**
Grupo 2-3	z=-0,20	z=-1,77	z=-1,86	z=-1,92	z=-1,53	z=-1,18	z=-2,29*	z=-1,82	z=-1,53	z=-2,15
Grupo 2-4	z=-0,46	z=-0,22	z=-1,77	z=-0,14	z=-0,13	z=-1,84	z=-2,63**	z=-1,41	z=-1,83	z=-0,77
Grupo 2-5	z=-3,22**	z=-2,13*	z=-0,72	z=-1,53	z=-1,05	z=-2,71**	z=-0,38	z=-0,75	z=-4,10**	z=-2,34*
Grupo 2-6	z=-4,78**	z=-4,32**	z=-4,00**	z=-5,26**	z=-3,98**	z=-4,81**	z=-3,40**	z=-4,20**	z=-4,39**	z=-4,38**
Grupo 3-4	z=-0,66	z=-1,95	z=-0,95	z=-2,12*	z=-1,41	z=-0,18	z=-0,50	z=-0,99	z=-2,71**	z=-1,93
Grupo 3-5	z=-3,83**	z=-3,66**	z=-2,87**	z=-3,47**	z=-2,85**	z=-2,00*	z=-2,85**	z=-2,74**	z=-4,56**	z=-3,91**
Grupo 3-6	z=-5,49**	z=-5,10**	z=-5,01**	z=-6,59**	z=-4,89**	z=-5,25**	z=-4,90**	z=-4,93**	z=-5,10**	z=-5,09**
Grupo 4-5	z=-3,39**	z=-2,01*	z=-2,83**	z=-2,53*	z=-1,47	z=-2,02*	z=-3,35**	z=-2,81**	z=-3,87**	z=-3,62**
Grupo 4-6	z=-5,63**	z=-5,30**	z=-5,40**	z=-6,87**	z=-4,96**	z=-5,42**	z=-5,42**	z=-5,40**	z=-5,30**	z=-5,29**
Grupo 5-6	z=-7,58**	z=-7,30**	z=-6,54**	z=-7,07**	z=-6,24**	z=-4,97**	z=-5,76**	z=-7,01**	z=-8,83**	z=-7,72**

Nota: grupo 1= Env. N, grupo 2= DCLmda, grupo 3= DCLuda, grupo 4= DCLna, grupo 5= DCM, grupo 6= DCG

Nota: * p<0,05; ** p<0,01

Tal como se indica en la Tabla 31, en rendimiento cognitivo general (MMSE, CAMCOG-R) encontramos que existen diferencias significativas entre todos los grupos excepto entre el grupo de envejecimiento normal (Env.N) y el grupo DCLuda, y entre DCLmda y el DCLuda y el DCLna. Estos resultados indican que el grupo DCLuda es el más similar al grupo de envejecimiento normal, y por otra parte, que los tres subtipos de DCL presentan muchas similitudes.

Si nos referimos al dominio Orientación, se encuentran diferencias significativas entre todos los grupos excepto, en lo que se refiere a la orientación temporal y espacial en los tres subgrupos de DCL. Cabe destacar que el subgrupo de DCL que más se aleja de la ejecución del grupo Env. N es el grupo DCLna. Los que presentan puntuaciones más similares son los dos amnésicos (ver Tablas 30 y 31). Destacar también, las bajas puntuaciones en algunos grupos lo que podría explicarse, en cierta medida, por la desorientación que supone en estas edades cambiar su entorno social, en el contexto del ingreso reciente.

En el dominio Lenguaje, que incluye comprensión lectora, expresión, denominación, repetición, fluidez verbal y lenguaje espontáneo, se encuentran diferencias significativas entre todos los grupos excepto: el grupo Env.N respecto al grupo DCLuda y el grupo DCLmda respecto al DCLuda y al DCLna; es decir, el grupo con un envejecimiento normal tendría una ejecución diferente a los demás grupos excepto con el grupo DCLuda que tendría un rendimiento o funcionamiento cognitivo general normal y, únicamente, presentaría una alteración de la memoria.

Respecto a la ejecución de los tres subgrupos del DCL en Lenguaje no presentan diferencias significativas, correspondiendo la puntuación más baja al grupo DCLna, es decir, estos sujetos tendrían una peor ejecución en el área del lenguaje. Los sujetos con mejores puntuaciones corresponderían al grupo DCLuda (alteración de la memoria y funcionamiento cognitivo general normal) (ver Tablas 30 y 31)

En el dominio Memoria, que incluye una puntuación global sobre la evaluación de fijación de la información, memoria a corto y largo plazo y reconocimiento, se encuentran diferencias significativas entre todos los grupos excepto: el grupo Env.N respecto al grupo DCLuda; los tres subgrupos de DCL, y el grupo DCLmda respecto al grupo DCLna. La mejor

ejecución en los subgrupos DCL le corresponde al grupo DCLuda, seguido del DCLna y el DCLmda. Estos resultados llaman la atención ya que cabría esperar la mejor ejecución en el grupo DCLna. También llama la atención la ausencia de diferencias significativas entre el grupo Env.N y el DCLuda.

En Atención-Cálculo, que incluye preguntas de repetición de cifras y diferentes operaciones matemáticas de contar hacia atrás, restas sucesivas etc., todo ello realizado mentalmente, se encuentran diferencias significativas entre todos los grupos, excepto: el grupo Env.N respecto al grupo DCLuda y el grupo DCLmda respecto a los grupos DCLuda y DCM. Los resultados muestran, como cabría esperar, una ejecución muy similar en los sujetos del grupo Env.N y el grupo DCLuda, al igual que sucede con los del grupo DCLmda y el grupo DCM. Dentro de los subgrupos del DCL, no se encuentran diferencias significativas mostrándose las ejecuciones más similares entre los grupos multidominio amnésico y no amnésico (ver Tablas 30 y 31).

En Praxis, que incluye copia y dibujo, escritura espontánea y al dictado y praxis ideacional e ideomotora, se encuentran diferencias significativas entre los grupos excepto: el grupo Env.N respecto al grupo DCLuda; los tres grupos de DCL y el grupo DCM respecto a los grupos de DCL multidominio amnésico y no amnésico; es decir, se encuentra una ejecución muy similar entre los grupos: multidominio amnésico, no amnésico y deterioro cognitivo moderado. En los subgrupos del DCL los rendimientos más similares y más bajos corresponden a los grupos multidominio amnésico y no amnésico. Por último, destacar, como cabría esperar, la ausencia de diferencias significativas entre el G. Normal y unidominio amnésico (ver Tablas 30 y 31).

En Pensamiento Abstracto, medido por tareas en las que se verbalizan semejanzas entre dos conceptos no se encuentran diferencias significativas en la ejecución de las pruebas entre los grupos: Env.N y los tres subgrupos del DCL ni entre los tres subgrupos de DCL (ver Tablas 30 y 31).

En Percepción, se mide reconocimiento de personajes conocidos, de objetos y de acciones de personas. Como en el caso de la ejecución en pensamiento abstracto, no se encuentran diferencias significativas entre los grupos Env.N y los tres subgrupos de

DCL. Destacar también, una ejecución muy similar entre el grupo DCLmda y el grupo de DCM (ver Tablas 30 y 31).

En Función Ejecutiva, que mide semejanzas, fluidez verbal y fluidez ideacional y razonamiento visual (Tabla 31), hay diferencias significativas entre el grupo, Env.N y todos los demás, excepto el DCLuda. Los tres subgrupos de DCL tienen una ejecución bastante similar siendo el multidominio amnésico el que peor resultado obtiene; resultado que se asemeja más al grupo de DCM (ver Tabla 30).

5.2. Rendimiento en pruebas específicas de memoria por grupos

Para una definición más precisa de los problemas de memoria, que en el CAMCOG-R sólo se evalúan con una puntuación global, analizaremos los resultados específicos obtenidos con el TAVEC. En primer lugar, se presenta una tabla de los factores, las variables incluidas y los acrónimos que las representan (Tabla 32).

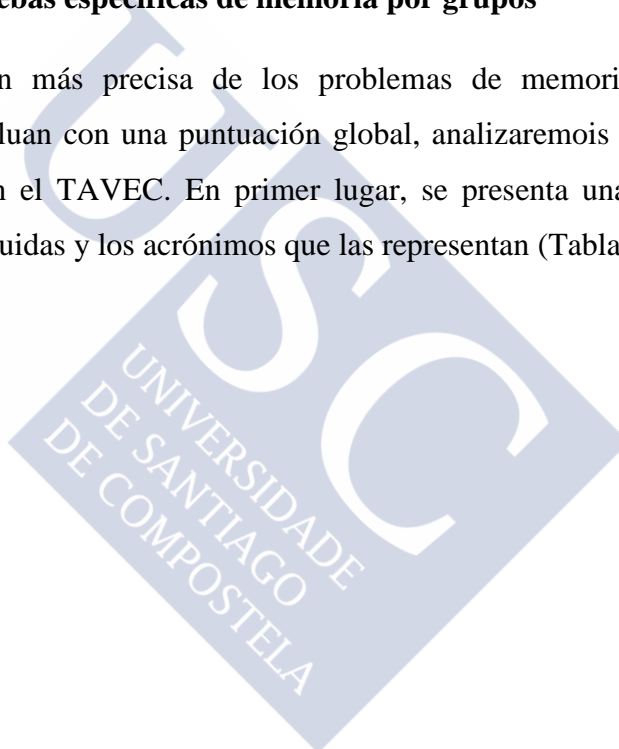


Tabla 32. Factores y variables incluidos en el TAVEC con sus correspondientes acrónimos

Factores	Variables del TAVEC	Acrónimos
<u>Recuerdo</u>	Recuerdo libre Corto Plazo	RLCP
	Recuerdo Libre Corto plazo con claves	RCLCP
	Recuerdo Libre Largo Plazo	RLLP
	Recuerdo Libre Largo Plazo con claves	RCLLP
<u>Aprendizaje</u>	Recuerdo lista 1	RIA1
	Recuerdo lista 5	RIA5
	Recuerdo total	TAVEC TOTAL
	Recuerdo lista B	RIB
<u>Efectos seriales</u>	Porcentaje primacia	RGPR
	Porcentaje media	RGMD
	Porcentaje recencia	RGRC
<u>Estrategias</u>	Estrategia Semántica lista A	ESEMRIA
	Estrategia Semántica lista B	ESEMRIB
	Estrategia Semántica recuerdo libre a corto plazo	ESEMRLCP
	Estrategia Semántica a Largo Plazo	ESEMRLLP
	Estrategia Serial Lista A	ESERRIA
	Estrategia Serial Lista B	ESERRIB
	Estrategia Serial Recuerdo Libre Corto Plazo	ESERRLCP
	Estrategia Serial a Largo Plazo	ESERRLLP
<u>Errores</u>	Perseveraciones	P
	Intromisiones recuerdo libre	IRL
	Intromisiones recuerdo libre con claves	IRLC
	Total falsos positivos en reconocimiento	FP
<u>Reconocimiento</u>	Aciertos en reconocimiento	AR

5.2.1. Rendimiento en recuerdo

En la Tabla 33, se muestran las puntuaciones medias, desviaciones estándar y rangos obtenidos por cada uno de los grupos en las variables RLCP, RCLCP, RLLP y RCLLP. En la Figura 18 se reflejan las puntuaciones medias en recuerdo en cada uno de los grupos.

Tabla 33. Puntuaciones medias, desviaciones estándar y rangos obtenidos por los distintos grupos, en recuerdo del TAVEC (RLCP, RCLCP, RLLP, RCLLP)

	Env. N.	DCLmda	DCLuda	DCLna	DCM	DCG	Total
RLCP	6,33(2,70) 3-12	0,28(0,48) 0-1	1,40(1,17) 0-4	4,63(2,69) 1-9	1,25(1,60) 0-6	0,20(0,64) 0-3	1,50(2,40) 0-12
RCLCP	8,08(4,35) 3-15	2,00(1,52) 0-4	3,30(2,05) 0-6	5,36(2,01) 3-10	2,02(2,06) 0-6	0,27(0,73) 0-3	2,21(3,02) 0-15
RLLP	6,41(3,87) 0-12	0,42(1,13) 0-3	1,30(1,25) 0-3	4,45(2,54) 0-9	0,69(1,28) 0-5	0,16(0,78) 0-5	1,31(2,51) 0-12
RCLLP	8,58(4,56) 3-17	1,57(1,81) 0-4	2,60(2,45) 0-8	4,81(2,27) 1-10	1,62(2,08) 0-7	0,34(1,33) 0-9	2,04(3,19) 0-17

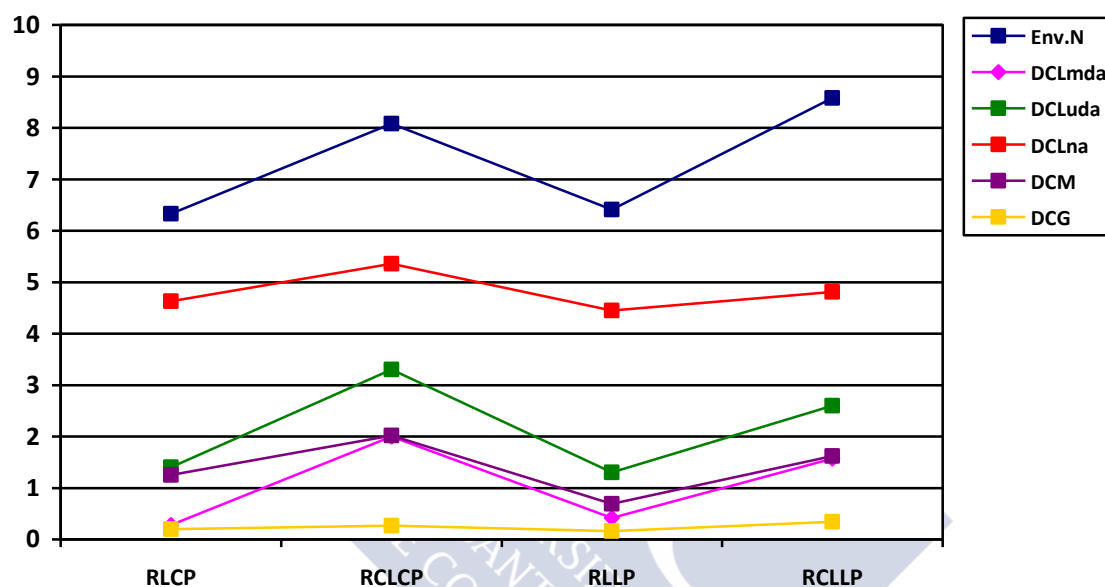


Figura 18. Puntuaciones medias obtenidas, en recuerdo (RLCP, RCLCP, RLLP, RCLLP), en los distintos grupos: Env. N: Envejecimiento normal; DCLmda: Deterioro cognitivo ligero multidominio amnésico; DCLuda: Deterioro cognitivo ligero unidominio amnésico; DCLna: Deterioro cognitivo ligero no amnésico; DCM: Deterioro cognitivo moderado; DCG: Deterioro cognitivo grave.

El análisis no paramétrico (Kruskal-Wallis) indica que hay diferencias significativas entre los grupos en RLCP [$\chi^2(5) = 76,59, p < 0,0001$], RCLCP [$\chi^2(5) = 78,20, p < 0,0001$], RLLP [$\chi^2(5) = 70,87, p < 0,0001$], RCLLP [$\chi^2(5) = 70,64, p < 0,0001$].

Los análisis Post-hoc se reflejan en la Tabla 34 (ver valores estadísticos de contraste, Mann-Whitney, siendo el valor de significación $p < 0,05$).

Tabla 34. Análisis Post-hoc. Comparaciones inter-grupos para las medidas de recuerdo del TAVEC

	RLCP	RCLCP	RLLP	RCLLP
Grupo 1-2	$z=-3,59^{**}$	$z=-3,05^{**}$	$z=-3,16^{**}$	$z=-3,31^{**}$
Grupo 1-3	$z=-3,82^{**}$	$z=-2,49^*$	$z=-3,16^{**}$	$z=-3,24^{**}$
Grupo 1-4	$z=-1,52$	$z=-1,30$	$z=-1,20$	$z=-2,17^*$
Grupo 1-5	$z=-5,04^{**}$	$z=-4,31^{**}$	$z=-4,86^{**}$	$z=-4,77^{**}$
Grupo 1-6	$z=-6,89^{**}$	$z=-6,61^{**}$	$z=-6,79^{**}$	$z=-6,50^{**}$
Grupo 2-3	$z=-2,28^*$	$z=-1,38$	$z=-1,53$	$z=-0,95$
Grupo 2-4	$z=-3,45^{**}$	$z=-2,97^{**}$	$z=-3,05^{**}$	$z=-2,68^{**}$
Grupo 2-5	$z=-1,45$	$z=-0,28$	$z=-0,76$	$z=-0,08$
Grupo 2-6	$z=-1,18$	$z=-4,28^{**}$	$z=-0,88$	$z=-2,84^{**}$
Grupo 3-4	$z=-2,97^{**}$	$z=-2,05^*$	$z=-2,97^{**}$	$z=-2,13^*$
Grupo 3-5	$z=-0,79$	$z=-1,72$	$z=-1,68$	$z=-1,44$
Grupo 3-6	$z=-4,77^{**}$	$z=-5,00^{**}$	$z=-4,46^{**}$	$z=-4,70^{**}$
Grupo 4-5	$z=-3,94^{**}$	$z=-3,82^{**}$	$z=-4,54^{**}$	$z=-3,67^{**}$
Grupo 4-6	$z=-6,53^{**}$	$z=-6,47^{**}$	$z=-6,58^{**}$	$z=-6,15^{**}$
Grupo 5-6	$z=-4,25^{**}$	$z=-5,32^{**}$	$z=-3,21^{**}$	$z=-4,28^{**}$

Nota: grupo 1= Env. N, grupo 2= DCLmda, grupo 3= DCLLuda, grupo 4= DCLna, grupo 5= DCM, grupo 6= DCG

Nota: * $p<0,05$; ** $p<0,01$

Si nos centramos en la memoria a corto plazo (RLCP), se encuentran diferencias significativas entre los grupos excepto: Env.N y DCLna; DCLmda respecto a los grupos DCM y DCG; grupo DCLLuda respecto a DCM). Como cabría esperar, ejecutan de forma bastante similar los grupos Env.N y el DCLna, con una puntuación mejor en el primero. También hay bastante similitud en la ejecución, por una parte, entre DCLmda y DCG con las puntuaciones más bajas de todos los grupos y, por otra, entre DCLLuda y DCM con puntuaciones un poco superiores a los anteriores (ver Tabla 33 y 34).

Si analizamos el Recuerdo Libre a Corto plazo con claves (RCLCP), hay bastante similitud con los resultados obtenidos en la prueba anterior aunque con matices interesantes. Seguimos encontrando una ejecución muy similar entre el grupo Env.N y el DCL no amnésico, con una puntuación mejor en el primero pero hay un acercamiento

en la ejecución entre los grupos que tienen un problema amnésico ya sea multidominio o unidominio y, a su vez, con el grupo de DCM, distanciándose del grupo de DCG (ver Tabla 33 y 34).

En el Recuerdo Libre a Largo Plazo (RLLP), se encuentran unos resultados que englobarían a los de las dos pruebas anteriores. Seguimos encontrando una ejecución muy similar entre el grupo Env.N y el DCL no amnésico, con una puntuación mejor en el primero y muy distantes de la ejecución en los demás grupos entre los que hay bastante similitud (ver Tabla 33 y 34).

Si nos centramos en el Recuerdo Libre a Largo Plazo con Claves (RCLLP) las mejores puntuaciones las siguen obteniendo los grupos Env.N y DCL no amnésico pero en este caso con diferencias significativas. Tendrían una pobre ejecución, bastante similar los grupos amnésicos (uni y multi dominio) y el grupo DCM (ver Tabla 33 y 34).

5.2.2. Rendimiento en aprendizaje

En la Tabla 35 se muestran las puntuaciones medias, desviaciones estándar y rangos obtenidos por cada uno de los grupos en aspectos de: Recuerdo inmediato del primer ensayo de aprendizaje (RIA 1). Recuerdo inmediato del quinto ensayo de aprendizaje (RIA 5). Recuerdo inmediato de la lista de interferencia (RIB) y TAVEC Total. En la Figura 19 se reflejan las puntuaciones medias en cada grupo.

Tabla 35. Puntuaciones medias, desviaciones estándar y rangos en aprendizaje (RIA 1, RIA 5; RIB) y TAVEC Total

	Env. N n=12	DCLmda n=7	DCLuda n=10	DCLna n=11	DCM n=43	DCG n=55	Total n=138
RIA 1	4,00(2,44) 1-8	1,71(0,75) 1-3	2,50(1,35) 0-4	2,72(1,19) 1-4	1,72(1,20) 0-4	0,50(1,03) 0-4	1,57(1,65) 0-8
RIA 5	8,16(4,15) 2-14	3,57(1,90) 1-6	5,30(2,54) 0-9	7,00(1,41) 5-9	3,39(2,18) 0-10	0,76(1,31) 0-5	3,19(3,21) 0-14
RIB	3,50(1,67) 0-7	1,71(1,11) 0-4	2,70(1,63) 0-5	3,00(1,48) 0-5	1,46(1,29) 0-5	0,27- (0,59) 0-2	1,39(1,58) 0-7
TAVEC	31,58(13,18)	14,71(5,12)	19,60(9,50)	26,00(6,01)	14,02(7,83)	3,36(5,99)	12,69(11,88)
TOTAL	15-51	0-20	0-33	15-35	0-32	0-19	0-51

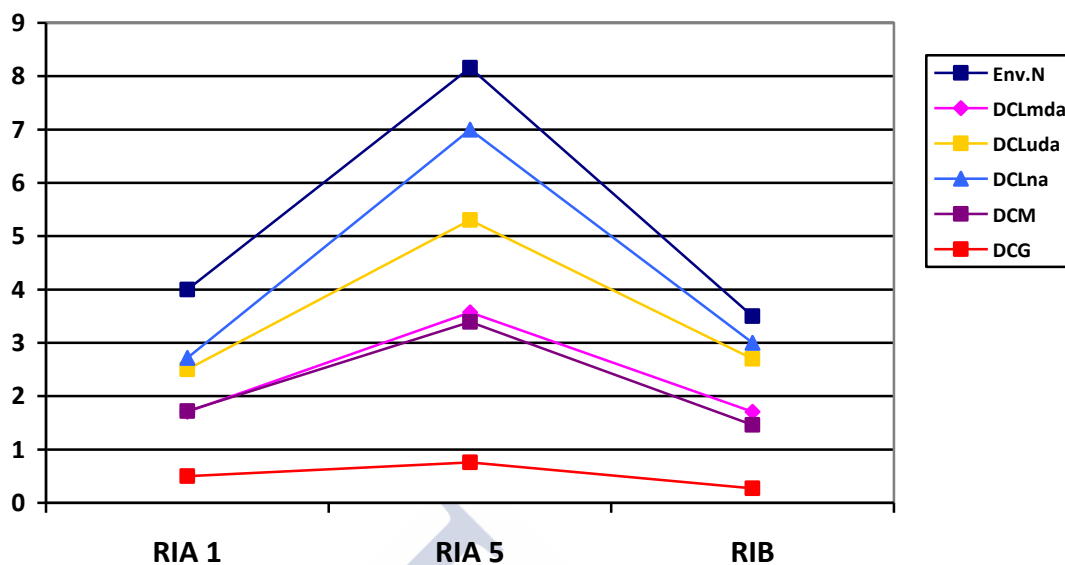


Figura 19. Puntuaciones medias de aprendizaje (RIA 1, RIA 5, RIB) en los distintos grupos: Env. N: Envejecimiento normal; DCLmda: Deterioro cognitivo ligero multidominio amnésico; DCLuda: Deterioro cognitivo ligero unidominio amnésico; DCLna: Deterioro cognitivo ligero no amnésico; DCM: Deterioro cognitivo moderado; DCG: Deterioro cognitivo grave.

El análisis no paramétrico (Kruskal-Wallis) indica que hay diferencias significativas entre los grupos en TAVEC RIA 1 [$\chi^2(5) = 56,48, p < 0,0001$], TAVEC RIA 5 [$\chi^2(5) = 81,45, p < 0,0001$], TAVEC RIB [$\chi^2(5) = 69,41, p < 0,0001$], TAVEC TOTAL [$\chi^2(5) = 81,95, p < 0,0001$].

Los análisis Post-hoc se reflejan en la Tabla 36 (ver valores estadísticos de contraste, Mann-Whitney, siendo el valor de significación $p < 0,05$)

Tabla 36. Análisis Post-hoc. Comparaciones inter-grupos para las medidas en aprendizaje y TAVEC Total

	TAVEC RIA 1	TAVEC RIA 5	TAVEC RIB	TAVEC TOTAL
Grupo 1-2	$z=-1,99^*$	$z=-2,25^*$	$z=-2,25^*$	$z=-2,79^{**}$
Grupo 1-3	$z=-1,30$	$z=-1,49$	$z=-0,88$	$z=-2,05^*$
Grupo 1-4	$z=-0,96$	$z=-0,80$	$z=-0,47$	$z=-0,92$
Grupo 1-5	$z=-2,86^{**}$	$z=-3,43^{**}$	$z=-3,60^{**}$	$z=-4,02^{**}$
Grupo 1-6	$z=-5,35^{**}$	$z=-5,66^{**}$	$z=-6,09^{**}$	$z=-5,73^{**}$
Grupo 2-3	$z=-1,41$	$z=-1,63$	$z=-1,25$	$z=-1,38$
Grupo 2-4	$z=-2,06^*$	$z=-2,97^{**}$	$z=-1,81$	$z=-3,22^{**}$
Grupo 2-5	$z=-0,01$	$z=-0,29$	$z=-0,55$	$z=-0,47$
Grupo 2-6	$z=-3,63^{**}$	$z=-3,95^{**}$	$z=-4,42^{**}$	$z=-3,88^{**}$
Grupo 3-4	$z=-0,40$	$z=-1,74$	$z=-0,39$	$z=-1,94$
Grupo 3-5	$z=-1,70$	$z=-2,38^*$	$z=-2,20^*$	$z=-1,90$
Grupo 3-6	$z=-4,35^{**}$	$z=-4,87^{**}$	$z=-5,01^{**}$	$z=-4,41^{**}$
Grupo 4-5	$z=-2,40^*$	$z=-4,22^{**}$	$z=-2,93^{**}$	$z=-3,95^{**}$
Grupo 4-6	$z=-4,74^{**}$	$z=-5,82^{**}$	$z=-5,42^{**}$	$z=-5,62^{**}$
Grupo 5-6	$z=-5,23^{**}$	$z=-6,24^{**}$	$z=-5,42^{**}$	$z=-6,32^{**}$

Nota: grupo 1= Env. N, grupo 2= DCLmda, grupo 3= DCLluda, grupo 4= DCLna, grupo 5= DCM, grupo 6= DCG

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Si analizamos los resultados en el TAVEC Total, se encuentran diferencias significativas entre los grupos excepto: Env.N y DCLna; DCLmda y DCLluda; DCLmda y DCM; DCLluda y DCLna (ver Tabla 36).

Las puntuaciones mejores en el rendimiento en aprendizaje y el funcionamiento de la memoria verbal las obtiene el grupo Env.N seguido por el DCLna y DCLluda; tienen unas puntuaciones muy similares los sujetos del grupo DCLmda y el grupo DCM. Las peores puntuaciones las obtienen los sujetos del grupo DCG (ver Tabla 35).

Los resultados en RIA 1, RIA 5 y RIB son muy similares a los del TAVEC Total excepto entre los grupos: Env.N y DCLuda; DCLmda y DCLna; DCLuda y DCM.

5.2.3. Rendimiento en efectos seriales

En la Tabla 37 se muestran las puntuaciones medias (en porcentajes sobre el número total de palabras recordadas en el conjunto de los cinco ensayos), desviaciones estándar y rangos obtenidos por cada uno de los grupos en el porcentaje de palabras procedentes de la región de primacía (RGPR); porcentaje de palabras procedentes de la región de media (RGMD); porcentaje de palabras procedentes de la región de recencia (RGRC). En la Figura 20 se reflejan los porcentajes medios de efectos seriales en los distintos grupos (en la región media se dividen las puntuaciones por dos como se indica en el manual, para que las puntuaciones de las tres regiones sean equivalentes).

Tabla 37. Porcentajes medios, desviaciones estándar y rangos obtenidos en efectos seriales (RGPR, RGMD, RGRC)

	Env.N n=12	DCLmda n=7	DCLuda n=10	DCLna n=11	DCM n=43	DCG n=55	Total n=138
RGPR	26,30 (8,25) 12,50-38,46	21,99(13,49) 0-42,86	23,26(12,64) 0-40,75	29,32(12,77) 8,75-52,40	19,35(17,99) 0-60	4,47(10,96) 0-46,20	15,23(16,37) 0-60
RGMD	42,22(10,46) 18,75-54,90	28,87(15,08) 5-45	26,95(16,47) 0-44,44	35,84(20,01) 4,80-66,70	26,66(22,38) 0-100	11,18(25,12) 0-100	22,71(24,01) 0-100
RGRC	26,57(10,25) 10-45	36,03(20,15) 2,50-55	31,51(18,06) 0-57,14	25,41(12,18) 4,30-47,60	34,78(26,97) 0-100	16,38(32,01) 0-100	25,81(27,46) 0-100

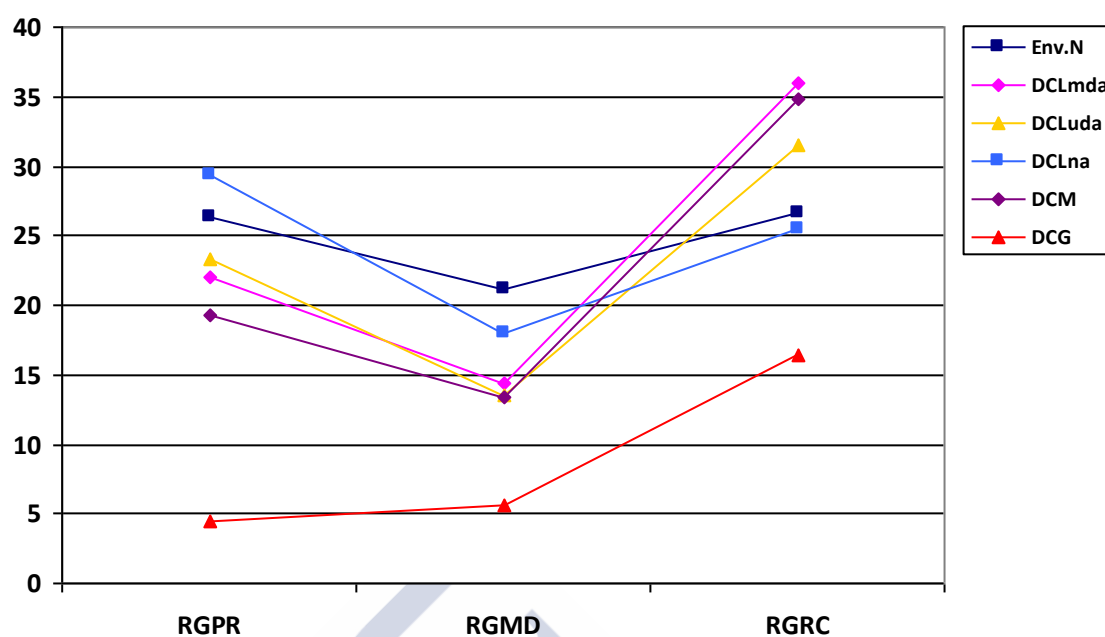


Figura 20. Porcentajes medios de efectos seriales (RGPR, RGMD y RGRC) en los distintos grupos: Env. N: Envejecimiento normal; DCLmda: Deterioro cognitivo ligero multidominio amnésico; DCLuda: Deterioro cognitivo ligero unidominio amnésico; DCLna: Deterioro cognitivo ligero no amnésico; DCM: Deterioro cognitivo moderado; DCG: Deterioro cognitivo grave.

El análisis no paramétrico (Kruskal-Wallis) indica que hay diferencias significativas entre los grupos en: RGPR [$\chi^2(5) = 52,14, p < 0,0001$], RGMD [$\chi^2(5) = 46,64, p < 0,0001$], RGRC [$\chi^2(5) = 32,61, p < 0,0001$]

Los análisis Post-hoc se reflejan en la Tabla 38 (ver valores estadísticos de contraste, Mann-Whitney, siendo el valor de significación $p < 0,05$).

Tabla 38. Análisis Post-hoc. Comparaciones inter-grupos para las medidas de efectos seriales del TAVEC

	RGPR	RGMD	RGRC
Grupo 1-2	$z=0,76$	$z=1,86$	$z=-0,21$
Grupo 1-3	$z=0,33$	$z=-2,44^*$	$z=-0,98$
Grupo 1-4	$z=0,64$	$z=-1,07$	$z=-0,06$
Grupo 1-5	$z=1,58$	$z=-2,91^{**}$	$z=-0,73$
Grupo 1-6	$z=5,39^{**}$	$z=-4,67^{**}$	$z=-3,39^{**}$
Grupo 2-3	$z=0,53$	$z=-0,34$	$z=-0,68$
Grupo 2-4	$z=-1,13$	$z=-0,40$	$z=-1,40$
Grupo 2-5	$z=-0,45$	$z=-0,57$	$z=-0,43$
Grupo 2-6	$z=-3,68^{**}$	$z=-3,52^{**}$	$z=-3,10^{**}$
Grupo 3-4	$z=-1,12$	$z=-0,70$	$z=-1,19$
Grupo 3-5	$z=-0,96$	$z=-0,48$	$z=-0,05$
Grupo 3-6	$z=-4,49^{**}$	$z=-3,56^{**}$	$z=-2,97^{**}$
Grupo 4-5	$z=-1,95$	$z=-1,45$	$z=-0,90$
Grupo 4-6	$z=-5,46^{**}$	$z=-4,33^{**}$	$z=-3,28^{**}$
Grupo 5-6	$z=-5,12^{**}$	$z=-5,02^{**}$	$z=-4,91^{**}$

Nota: * $p<0,05$; ** $p<0,01$

Nota: grupo 1= Env. N, grupo 2= DCLmda, grupo 3= DCLuda,
grupo 4= DCLna, grupo 5= DCM, grupo 6= DCG

En cuanto al comentario de los resultados, como puede verse en la Figura 20, los trazados más similares y que muestran mayor coincidencia con el que se encuentra en población normal, son las del grupo Env. N y DCLna. También se encuentran diferencias significativas en las tres Regiones, entre los distintos grupos respecto al grupo DCG. En la Región Media hay diferencias significativas, además de lo anterior, entre el grupo Env.N y los grupos DCLuda y DCM. En los demás casos no hay diferencias significativas. Las puntuaciones más elevadas del aprendizaje de las palabras al principio de la lista le corresponde al grupo DCLna seguido de los grupos: Env.N, DCLuda, DCLmda, DCM y DCG, por este orden (ver Tabla 37).

Las puntuaciones más elevadas del aprendizaje de las palabras en la zona media de la lista le corresponde al grupo Env.N seguido de los grupos: DCLna, DCLmda, DCLuda, DCM, DCG (ver tabla 35), Las de la Región Recencia, las obtiene el grupo DCLmda, seguido de los grupos: DCM, DCLuda, Env.N, DCLna y DCG, por este orden (ver Tabla 37).

5.2.4. Rendimiento en estrategias semánticas

En la Tabla 39 se muestran las puntuaciones medias, desviaciones estándar y rangos obtenidos por cada uno de los grupos en las estrategias semánticas ESEMRIA, ESEMRIB, ESEMRLCP, ESEMRLLP. En la Figura 21 se reflejan las puntuaciones medias de estrategias semánticas en los distintos grupos.

Tabla 39. Puntuaciones medias, desviaciones estándar y rangos obtenidos en estrategias semánticas (ESEMRIA, ESEMRIB, ESEMRLCP, ESEMRLLP)

	Env.N n=12	DCLmda n=7	DCLuda n=10	DCLna n=11	DCM n=43	DCG n=55	Total n=138
ESEMRIA	6,83(5,93) 0-17	2,28(1,38) 0-4	3,50(2,87) 0-8	4,45(1,96) 2-8	1,81(2,20) 0-9	0,27(0,78) 0-4	1,99(3,06) 0-17
ESEMRIB	0,33(0,49) 0-1	0,00(0,0) 0-0	0,40(0,51) 0-1	0,36(0,67) 0-2	0,06(0,25) 0-1	0,00(0,00) 0-0	0,10(0,33) 0-2
ESEMRLCP	2,08(1,62) 0-5	0,00(0,00) 0-0	0,10(0,31) 0-1	1,18(1,83) 0-6	0,20(0,46) 0-2	0,01(0,13) 0-1	0,35(0,95) 0-6
ESEMRLLP	2,16(2,28) 0-6	0,00(0,00) 0-0	0,20(0,42) 0-1	1,18(1,47) 0-4	0,11(0,39) 0-2	0,01(0,13) 0-1	0,34(1,02) 0-6

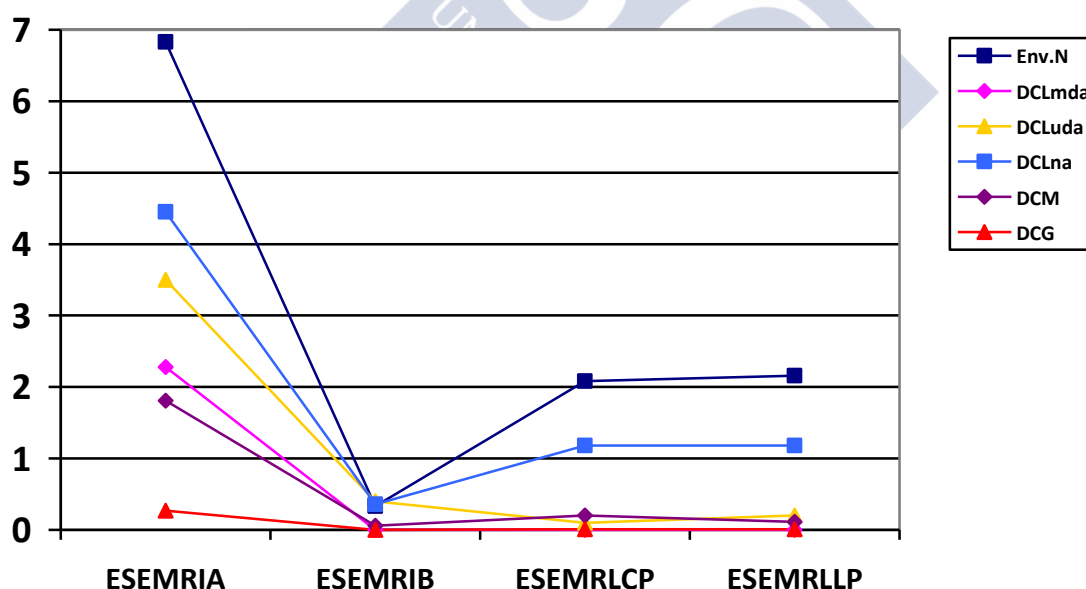


Figura 21. Puntuaciones medias de estrategias semánticas (ESEMRIA, ESEMRIB, ESEMRLCP, ESEMRLLP) en cada grupo: Env. N: Envejecimiento normal; DCLmda: Deterioro cognitivo ligero multidominio amnésico; DCLuda: Deterioro cognitivo ligero unidominio amnésico; DCLna: Deterioro cognitivo ligero no amnésico; DCM: Deterioro cognitivo moderado; DCG: Deterioro cognitivo grave.

El análisis no paramétrico (Kruskal-Wallis) indica que hay diferencias significativas entre los grupos en: ESEMRIA [$\chi^2(5) = 66,98, p < 0,0001$], ESEMRIB [$\chi^2(5) = 27,63, p < 0,0001$], ESEMRLCP [$\chi^2(5) = 56,25, p < 0,0001$], ESEMRLLP [$\chi^2(5) = 50,46, p < 0,0001$].

Los análisis Post-hoc se reflejan en la Tabla 40 (ver valores estadísticos de contraste, Mann-Whitney, siendo el valor de significación $p < 0,05$).

Tabla 40. Análisis Post-hoc. Comparaciones inter-grupos para las medidas de estrategias semánticas del TAVEC

	ESEMRIA	ESEMRIB	ESEMRLCP	ESEMRLLP
Grupo 1-2	$z=-1,31$	$z=-1,67$	$z=-3,14^{**}$	$z=-2,64^{**}$
Grupo 1-3	$z=-1,29$	$z=-0,31$	$z=-3,36^{**}$	$z=-2,39^*$
Grupo 1-4	$z=-0,49$	$z=-0,15$	$z=-1,59$	$z=-1,02$
Grupo 1-5	$z=-2,90^{**}$	$z=-2,40^*$	$z=-4,71^{**}$	$z=-4,41^{**}$
Grupo 1-6	$z=-5,77^{**}$	$z=-4,38^{**}$	$z=-6,91^{**}$	$z=-5,97^{**}$
Grupo 2-3	$z=-0,69$	$z=-1,95$	$z=-0,83$	$z=-1,22$
Grupo 2-4	$z=-2,03$	$z=-1,46$	$z=-2,01^*$	$z=-2,27^*$
Grupo 2-5	$z=-1,29$	$z=-0,71$	$z=-1,23$	$z=-0,83$
Grupo 2-6	$z=-4,47^{**}$	$z=0,00$	$z=-0,3$	$z=-0,35$
Grupo 3-4	$z=-0,99$	$z=-0,42$	$z=-1,90$	$z=-1,78$
Grupo 3-5	$z=-1,79$	$z=-2,75^{**}$	$z=-0,66$	$z=-0,91$
Grupo 3-6	$z=-5,22^{**}$	$z=-4,80^{**}$	$z=-1,36$	$z=-2,50^*$
Grupo 4-5	$z=-3,60^{**}$	$z=-1,95$	$z=-2,22^*$	$z=-3,53^{**}$
Grupo 4-6	$z=-6,28^{**}$	$z=-3,93^{**}$	$z=-4,62^{**}$	$z=-5,18^{**}$
Grupo 5-6	$z=-5,19^{**}$	$z=-1,97^*$	$z=-2,84^{**}$	$z=-1,6$

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$
 Nota: grupo 1= Env. N, grupo 2= DCLmda, grupo 3= DCLuda, grupo 4= DCLna,
 grupo 5= DCM, grupo 6= DCG

En los resultados de estrategias semánticas en la lista A (ESEMRIA) y la lista B (ESEMRIB) se encuentran diferencias significativas entre los grupos excepto: el grupo Env.N con los tres grupos DCL, los tres grupos DCL entre si y grupos DCLmda respecto a DCM. Además, en ESEMRIA no hay tampoco diferencias significativas entre los grupos DCLuda y DCM y, en ESEMRIB entre los grupos DCLmda y DCG (ver Tabla 40).

La mejor puntuación en ESEMRIA la obtiene el grupo Env.N seguido por los subgrupos DCL (na, uda y mda, por este orden como cabría esperar). En ESEMRIB, el resultado es diferente ya que la mejor puntuación la obtiene el grupo DCLuda seguido del grupo DCLna y del grupo Env.N. Las puntuaciones de los tres grupos restantes son muy similares (ver Tabla 39).

En el uso de la Estrategia Semántica en el Recuerdo Libre a Corto Plazo (ESEMRLCP) y en el Recuerdo Libre a Largo Plazo (ESEMRLLP) se encuentran diferencias significativas entre los grupos excepto: el grupo de Env.N respecto al DCLna; el grupo DCLmda respecto a los grupos DCLuda, DCM, DCG; el grupo DCLuda respecto a los grupos DCLna y DCM. Además, en ESEMRLCP tampoco se obtienen diferencias significativas entre los grupos DCLuda y DCG y en ESEMRLLP entre los grupos DCM y DCG (ver Tabla 40).

La puntuación más elevada la obtiene en ambas variables el grupo Env.N seguido del DCLna. La peor puntuación en ambos casos la obtiene el G.DCLmda seguido del G.DCG (ver Tabla 39).

5.2.5. Rendimientos en estrategias seriales

En la Tabla 41 se muestran las puntuaciones medias, desviaciones estándar y rangos obtenidos por cada uno de los grupos en las estrategias seriales *ESERRIA*, *ESERRIB*, *ESERRLCP*, *ESERRLLP*. En la Figura 22 se reflejan las puntuaciones medias de estrategias seriales en los distintos grupos.

Tabla 41. Puntuaciones medias, desviaciones estándar y rangos en estrategias seriales (ESERRIA, ESERRIB, ESERRLCP, ESERRLLP)

	Env.N n=12	DCLmda n=7	DCLuda n=10	DCLna n=11	DCM n=43	DCG n=55	Total n=138
ESERRIA	2,83(2,62) 0-7	1,71(1,38) 0-4	1,80(2,04) 0-7	1,90(1,30) 0-4	1,46(1,46) 0-5	0,25(0,84) 0-4	1,17(1,63) 0-7
ESERRIB	0,33(0,49) 0-1	0,14(0,37) 0-1	0,30(0,67) 0-2	0,09(0,30) 0-1	0,20(0,59) 0-3	0,01(0,13) 0-1	0,13(0,43) 0-3
ESERRLCP	0,41(0,66) 0-2	0,00(0,00) 0-0	0,00(0,00) 0-0	0,18(0,40) 0-1	0,06(0,25) 0-1	0,00(0,00) 0-0	0,07(0,28) 0-2
ESERRLLP	0,50(0,67) 0-2	0,00(0,00) 0-0	0,27(0,64) 0-2	0,27(0,64) 0-2	0,00(0,00) 0-0	0,00(0,00) 0-0	0,31(0,) 0-2

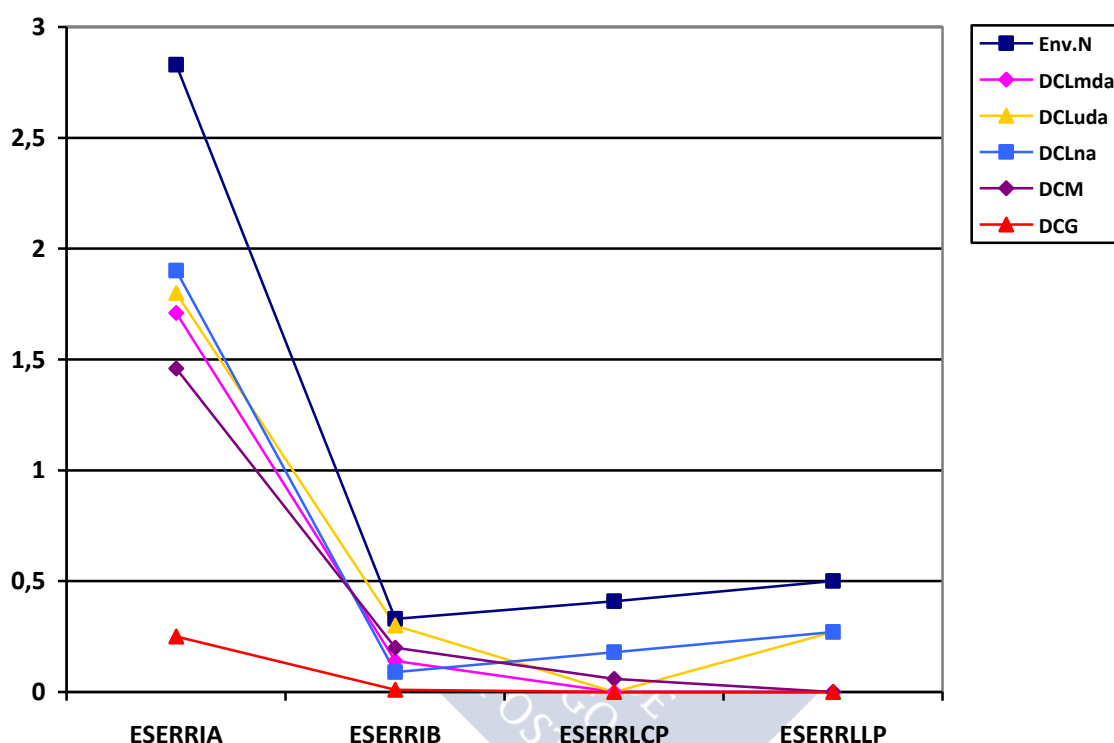


Figura 22. Puntuaciones medias de estrategias seriales (ESERRIA, ESERRIB, ESERRLCP, ESERRLLP), en los distintos grupos: Env. N: Envejecimiento normal; DCLmda: Deterioro cognitivo ligero multidominio amnésico; DCLuda: Deterioro cognitivo ligero unidominio amnésico; DCLna: Deterioro cognitivo ligero no amnésico; DCM: Deterioro cognitivo moderado; DCG: Deterioro cognitivo grave.

El análisis no paramétrico (Kruskal-Wallis) indica que hay diferencias significativas entre los grupos en: ESERRIA [$\chi^2(5) = 45,11, p < 0,0001$], ESERRIB [$\chi^2(5) = 12,00, p < 0,0001$], ESERRLCP [$\chi^2(5) = 21,73, p < 0,0001$], ESERRLLP [$\chi^2(5) = 37,76, p < 0,0001$].

Los análisis Post-hoc se reflejan en la Tabla 42 (ver valores estadísticos de contraste, Mann-Whitney, siendo el valor de significación $p < 0,05$).

Tabla 42. Análisis Post-hoc. Comparaciones inter-grupos para las medidas de estrategias seriales del TAVEC

	ESERRIA	ESERRIB	ESERRLCP	ESERRLLP
Grupo 1-2	$z=-0,72$	$z=-0,88$	$z=-1,67$	$z=-1,92$
Grupo 1-3	$z=-0,83$	$z=-0,50$	$z=-1,96^*$	$z=-1,65$
Grupo 1-4	$z=-0,72$	$z=-1,37$	$z=-0,88$	$z=-1,06$
Grupo 1-5	$z=-1,51$	$z=-1,39$	$z=-2,45^*$	$z=-4,39^{**}$
Grupo 1-6	$z=-4,71^{**}$	$z=-3,73^{**}$	$z=-4,38^{**}$	$z=-4,93^{**}$
Grupo 2-3	$z=-0,25$	$z=-0,36$	$z=0,00$	$z=-0,83$
Grupo 2-4	$z=-0,37$	$z=-0,33$	$z=-1,16$	$z=-1,16$
Grupo 2-5	$z=-0,62$	$z=-0,02$	$z=-0,71$	$z=0,00$
Grupo 2-6	$z=-4,71^{**}$	$z=-1,74$	$z=0,00$	$z=0,00$
Grupo 3-4	$z=-0,75$	$z=-0,75$	$z=-1,38$	$z=-0,57$
Grupo 3-5	$z=-0,38$	$z=-0,49$	$z=-0,85$	$z=-2,07^*$
Grupo 3-6	$z=-4,81^{**}$	$z=-2,52^*$	$z=0,00$	$z=-2,34^*$
Grupo 4-5	$z=-1,07$	$z=-0,46$	$z=-1,13$	$z=-2,82^{**}$
Grupo 4-6	$z=-5,15^{**}$	$z=-1,27$	$z=-3,18^{**}$	$z=-3,18^{**}$
Grupo 5-6	$z=-5,46^{**}$	$z=-2,31^*$	$z=-1,97^*$	$z=0,00$

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Nota: grupo 1= Env. N, grupo 2= DCLmda, grupo 3= DCLLda, grupo 4= DCLna, grupo 5= DCM, grupo 6= DCG

Los resultados en el uso de la Estrategia Serial en el recuerdo inmediato de la Lista A (ESERRIA) y de la Lista B (ESERRIB), nos indican que las puntuaciones más elevadas en ambos casos las obtiene el grupo Env.N. En ESERRIA le siguen los grupos DCL y, a continuación el grupo DCM (todos con puntuaciones muy similares). En ESERRIB las peores puntuaciones las obtiene el grupo DCG seguido de los grupos de DCLna y mda por este orden (ver tabla 41).

En ambos casos no se encuentran diferencias significativas entre los grupos excepto los grupos: Env.N, DCLuda y DCM respecto al grupo DCG; además, en ESERRIA, también los grupos DCLmda y na respecto al grupo DCG (ver tabla 42).

En el uso de la Estrategia Serial en el Recuerdo Libre a Corto Plazo (ESERRLCP) y a Largo Plazo (ESERRLLP), la puntuación más elevada en ambos casos la obtiene el grupo Env.N seguido del grupo DCLna. Las puntuaciones más bajas le corresponden a los grupos DCLmda y DCG (ver tabla 41).

Las diferencias significativas se encuentran en ambos casos entre el grupo Env.N y los grupos DCM y DCG; además en ESERRLCP también el grupo Env.N respecto a DCLuda y los grupos DCLna y DCM respecto al DCG. En ESSRLLP destacar diferencias tanto en DCLuda como el G.DCLna respecto a los grupos DCM y DCG (ver tabla 42).

5.2.6. Errores y reconocimiento

En la Tabla 43 se muestran las puntuaciones medias, desviaciones estándar y rangos obtenidos por cada uno de los grupos en: Perseveraciones (P), Intrusiones en el conjunto de las pruebas de recuerdo libre (IRL), Intrusiones en el conjunto de las pruebas de recuerdo con claves (IRLC), Aciertos en la prueba de Reconocimiento (A) y Falsos positivos en la prueba de Reconocimiento (FP). En la Figura 23 se reflejan las puntuaciones medias de aciertos en reconocimiento y errores en cada uno de los grupos.

Tabla 43. Puntuaciones medias, desviaciones estándar y rangos en aciertos de reconocimiento y errores (P, IRL, IRLC, AR, FP)

	Env.N n=12	DCLmda n=7	DCLuda n=10	DCLna n=11	DCM n=43	DCG n=55	Total n=138
P	1,00(1,34) 0-4	0,28(0,48) 0-1	1,10(1,59) 0-5	2,09(2,62) 0-7	0,74(1,54) 0-6	0,20(1,0) 0-7	0,65(1,49) 0-7
IRL	2,83(3,40) 0-9	6,42(9,60) 0-27	5,10(7,90) 0-26	5,63(6,15) 0-17	4,27(7,05) 0-40	0,87(2,47) 0-12	3,07(5,77) 0-40
IRLC	3,08(3,44) 0-12	5,28(4,15) 0-11	7,30(6,42) 0-19	7,54(4,69) 0-18	4,83(5,06) 0-24	0,80(2,28) 0-13	3,49(4,68) 0-24
AR	14,50(2,87) 0-21	10,71(2,28) 0-13	9,50(5,73) 0-16	13,81(2,63) 0-19	11,34(7,37) 0-39	3,76(7,29) 0-44	8,63(7,64) 0-44
FP	5,33(3,96) 0-13	3,20(1,21) 0-11	6,10(6,45) 0-22	7,81(7,16) 0-28	9,58(7,23) 0-28	3,70(6,75) 0-28	6,37(6,97) 0-28

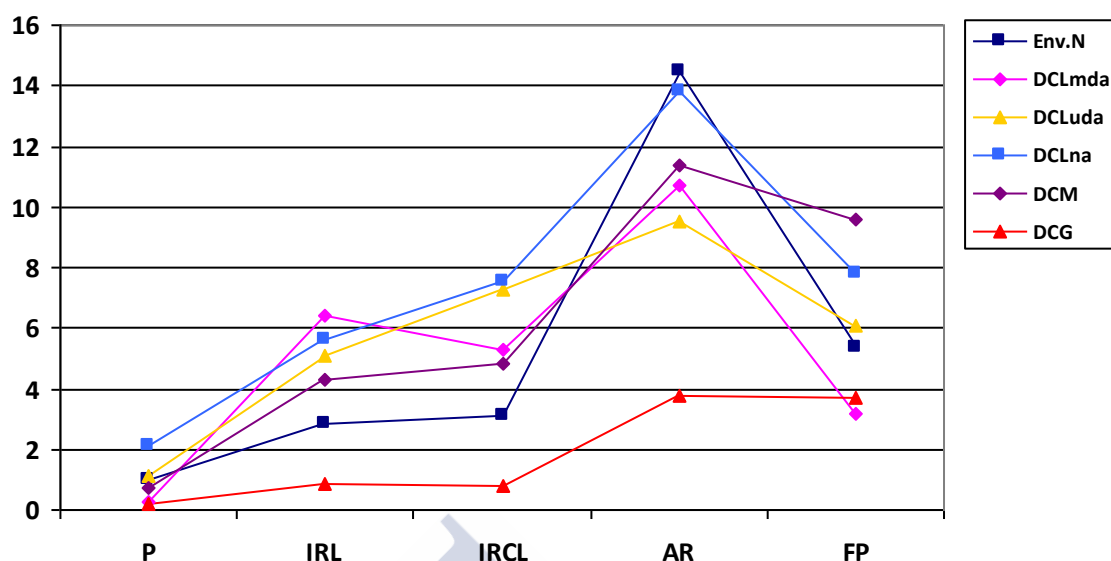


Figura 23. Puntuaciones medias de aciertos en reconocimiento y errores (P, IRL, IRCL, A, FP) en los distintos grupos: Env. N: Envejecimiento normal; DCLmda: Deterioro cognitivo ligero multidominio amnésico; DCLuda: Deterioro cognitivo ligero unidominio amnésico; DCLna: Deterioro cognitivo ligero no amnésico; DCM: Deterioro cognitivo moderado; DCG: Deterioro cognitivo grave.

El análisis no paramétrico (Kruskal-Wallis) indica que hay diferencias significativas entre los grupos en: PERSEVERACIONES (P) [$\chi^2(5) = 24,81, p < 0,0001$], INTRUSIONES RECUERDO LIBRE (IRL) [$\chi^2(5) = 32,23, p < 0,0001$], INTRUSIONES RECUERDO LIBRE CON CLAVES (IRCL) [$\chi^2(5) = 50,71, p < 0,0001$] y ACIERTOS EN RECONOCIMIENTO (AR) [$\chi^2(5) = 55,94, p < 0,0001$].

Los análisis Post-hoc se reflejan en la Tabla 44 (ver valores estadísticos de contraste, Mann-Whitney, siendo el valor de significación $p < 0,05$).

Tabla 44. Análisis Post-hoc. Comparaciones inter-grupos para las medidas de aciertos en reconocimiento y errores del TAVEC

	P	IRL	IRLC	AR	FP
Grupo 1-2	$z=-1,03$	$z=-0,44$	$z=-1,20$	$z=-2,47^*$	$z=-1,10$
Grupo 1-3	$z=-0,10$	$z=-0,54$	$z=-1,74$	$z=-2,28^*$	$z=-0,10$
Grupo 1-4	$z=-0,98$	$z=-1,19$	$z=-2,63^{**}$	$z=-0,71$	$z=-0,96$
Grupo 1-5	$z=-1,00$	$z=-0,56$	$z=-0,99$	$z=-1,79$	$z=-1,88$
Grupo 1-6	$z=-3,43^{**}$	$z=-2,76^{**}$	$z=-3,29^{**}$	$z=-5,18^{**}$	$z=-2,64^{**}$
Grupo 2-3	$z=-1,15$	$z=-0,15$	$z=-0,49$	$z=-0,09$	$z=-1,38$
Grupo 2-4	$z=-1,80$	$z=-0,36$	$z=-0,64$	$z=-2,32^*$	$z=-0,68$
Grupo 2-5	$z=-1,95$	$z=-2,51$	$z=-3,37$	$z=-3,45$	$z=-2,74$
Grupo 2-6	$z=-1,95$	$z=-2,51^{**}$	$z=-3,37^{**}$	$z=-3,45^{**}$	$z=-2,74^{**}$
Grupo 3-4	$z=-0,88$	$z=-0,42$	$z=-0,53$	$z=-1,63$	$z=-0,53$
Grupo 3-5	$z=-1,30$	$z=-0,17$	$z=-1,07$	$z=-0,66$	$z=-1,64$
Grupo 3-6	$z=-3,79^{**}$	$z=-3,36^{**}$	$z=-4,29^{**}$	$z=-2,97^{**}$	$z=-2,15^*$
Grupo 4-5	$z=-2,34^*$	$z=-0,82$	$z=-2,02^*$	$z=-1,29$	$z=-1,00$
Grupo 4-6	$z=-4,81^{**}$	$z=-4,18^{**}$	$z=-5,22^{**}$	$z=-4,87^{**}$	$z=-3,16^{**}$
Grupo 5-6	$z=-2,76$	$z=-5,03^{**}$	$z=-5,94^{**}$	$z=-5,62^{**}$	$z=-4,99^{**}$

Nota: * $p<0,05$; ** $p<0,01$

Nota: grupo 1= Env. N, grupo 2= DCLmda, grupo 3= DCLuda, grupo 4= DCLna, grupo 5= DCM, grupo 6= DCG

Lo más destacado en los resultados en las cinco variables es que se presentan diferencias significativas, en casi todas, entre los distintos grupos y el grupo DCG. También aparecen diferencias significativas en reconocimiento entre el grupo Env.N y los dos grupos con DCL amnésico. En los errores la principal diferencia se da en las Intromisiones en recuerdo libre con claves (IRLC) entre el grupo Env.N y el grupo DCL no amnésico (Tabla 44).

6. DEPENDENCIA-AUTONOMÍA E ÍNDICE DE COMORBILIDAD EN RELACIÓN CON EL ESTATUS COGNITIVO

En relación a la dependencia-autonomía en los distintos grupos, en la Tabla 45 se muestran las puntuaciones medias, desviaciones estándar y rangos obtenidos por cada uno de los grupos en la prueba Lawton. En la Figura 24 se reflejan las puntuaciones medias en dependencia en los distintos grupos.

Tabla 45. Puntuaciones medias, desviaciones típicas y rangos obtenidos por los distintos grupos, en la prueba Lawton

Env.N.	DCLmda	DCLuda	DCLna	DCM	DCG	Total
2,50(2,87)	1,57(1,39)	1,90(1,79)	1,27(2,0)	0,76(1,61)	0,47(1,52)	0,96(1,83)
0-8	0-4	0-5	0-6	0-8	0-8	0-8

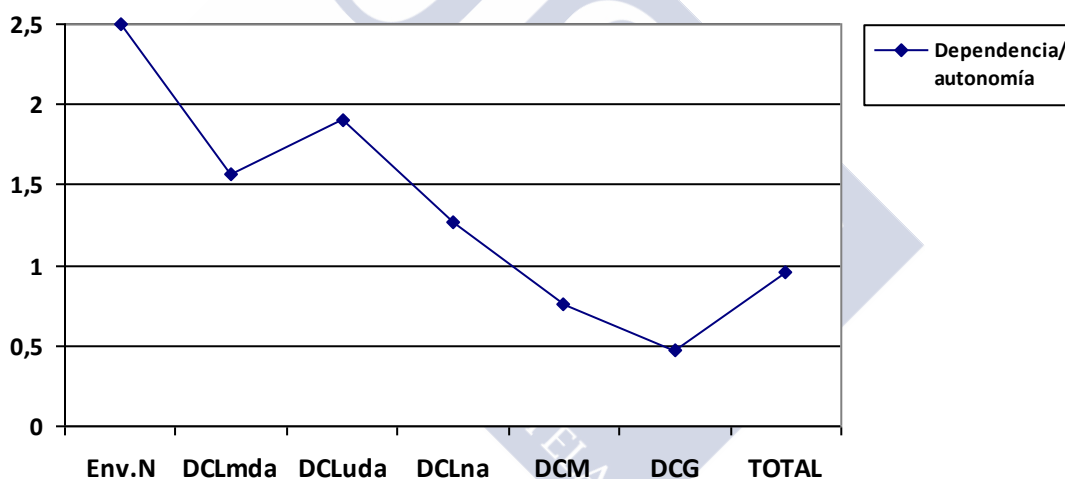


Figura 24. Puntuaciones medias obtenidas, en dependencia por los distintos grupos Env.N: Envejecimiento normal; DCLmda: Deterioro cognitivo ligero multidominio amnésico; DCLuda: Deterioro cognitivo ligero unidominio amnésico; DCLna: Deterioro cognitivo ligero no amnésico; DCM: Deterioro cognitivo moderado; DCG: Deterioro cognitivo grave.

El análisis no paramétrico (Kruskal-Wallis) indica que hay diferencias significativas entre los grupos 1 y 6 con un $[\chi^2(5) = 21,61, p < 0,001]$, 2 y 6 de $[\chi^2(5) = 18,60, p < 0,00]$, $[\chi^2(5) = 13,71, p < 0,00]$, 5 y 6 $[\chi^2(5) = 4,56, p < 0,03]$. $[\chi^2(5) = 63,31, p < 0,00]$

Los análisis Post-hoc se reflejan en la Tabla 46 (ver valores estadísticos de contraste, Mann-Whitney, siendo el valor de significación $p < 0,05$).

Tabla 46. Análisis Post-hoc no paramétricos. Comparaciones inter-grupos para las puntuaciones en la prueba Lawton

Lawton	1-2	1-3	1-4	1-5	1-6	2-3	2-4	2-5	2-6
	$z=-0,30$	$z=-0,16$	$z=-0,98$	$z=-1,87$	$z=-2,98^{**}$	$z=-0,29$	$z=-0,90$	$z=-2,09^*$	$z=-3,14^{**}$

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Nota: grupo 1= Env. N, grupo 2= DCLmda, grupo 3= DCLuda, grupo 4= DCLna, grupo 5= DCM, grupo 6= DCG

Tabla 46. (continuación). Análisis Post-hoc no paramétricos. Comparaciones inter-grupos para puntuaciones en la prueba Lawton

Lawton	3-4	3-5	3-6	4-5	4-6	5-6
	$z=-1,03$	$z=-2,26^*$	$z=-3,42^{**}$	$z=-0,59$	$z=-1,83$	$z=-2,12^*$

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Nota: grupo 3= DCLuda, grupo 4= DCLna, grupo 5= DCM, grupo 6= DCG

Los resultados nos indican que las diferencias en dependencia se encuentran entre todos los grupos respecto al grupo DCG con la excepción del grupo DCLna. También aparecen diferencias significativas de los 2 grupos de DCL amnésicos respecto al grupo DCM

En cuanto al Índice de comorbilidad, en la Tabla 47 se muestran las puntuaciones medias, desviaciones estándar y rangos obtenidos por cada uno de los grupos en el Charlson. En la Figura 26 se reflejan las puntuaciones medias de los distintos grupos en comorbilidad.

Tabla 47. Puntuaciones medias, desviaciones típicas y rangos obtenidos en el Índice de Charlson

Env.N	DCLmda	DCLuda	DCLna	DCM	DCG	Total
2,08(1,50)	0,57(0,53)	2,00(1,49)	1,45(1,29)	1,76(1,67)	2,16(1,10)	1,88(1,39)
0-5	0-1	0-5	0-4	0-5	0-7	0-5

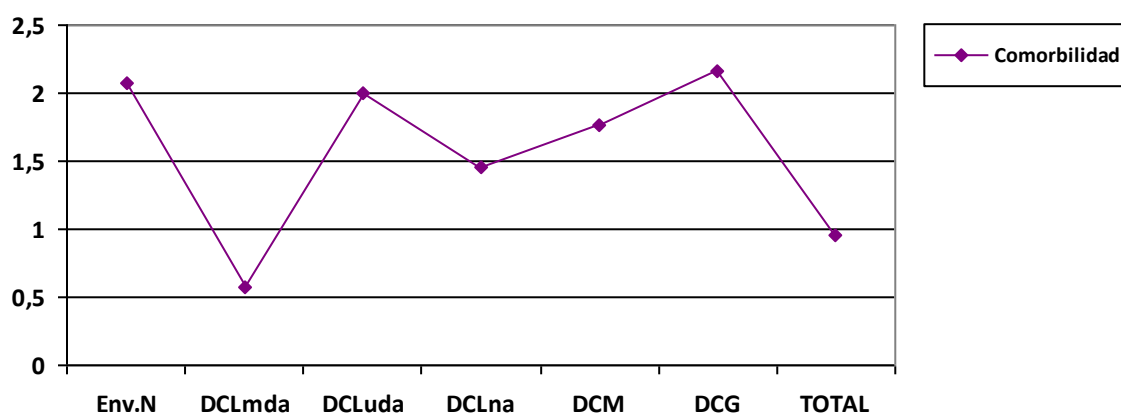


Figura 25. Puntuaciones medias obtenidas en comorbilidad por los distintos grupos Env. N: Envejecimiento normal; DCLmda: Deterioro cognitivo ligero multidominio amnésico; DCLuda: Deterioro cognitivo ligero unidominio amnésico; DCLna: Deterioro cognitivo ligero no amnésico; DCM: Deterioro cognitivo moderado; DCG: Deterioro cognitivo grave.

Estadístico de Levene: 0,28. El análisis de varianza (ANOVA): 0,07, nos indica que no existen diferencias significativas.





IV. DISCUSIÓN

El objetivo principal de esta tesis es conocer el perfil sociodemográfico y cognitivo de las personas que ingresan en Centros Residenciales de titularidad pública y privada en las provincias de Lugo y Coruña.

La muestra utilizada en este estudio fue de 138 personas que ingresaron en Centros Residenciales en los meses de junio a diciembre de 2011.

1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Si nos centramos en el primer objetivo específico que hace referencia a determinar el perfil sociodemográfico de las personas que ingresan en Centros Residenciales en las provincias de A Coruña y Lugo se encuentran resultados con tendencias parecidas a otras investigaciones. Se constata un mayor número de mujeres (88) que de hombres (50) en la muestra analizada, hecho que también es concordante con otros estudios (Acevedo, Alcaraz Baños, Benito Martínez, Muir y Navalón, 2014; Ayuso et al., 2010; Balo, 2013; Dengra, 2008; Rodríguez Díaz, Cruz Quintana y Pérez-Marfil, 2013; Salvá et al., 2014; Vallejo y Rodríguez Palma, 2010; Yanguas, 2006) al ser el género femenino el predominante en los Centros Residenciales. Si lo comparamos con los datos relativos a las mujeres en Centros Residenciales de la Comunidad Gallega (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2011) que se cifran en el 57%, en nuestro estudio el porcentaje se sitúa en el 63,77%. Si hacemos referencia a las mujeres mayores de 80 años, el porcentaje en nuestro estudio se sitúa en 58% frente al 41% correspondiente a los datos generales de Centros Residenciales de la Comunidad Gallega.

Si nos referimos al género por intervalos de edad, las mujeres superan a los hombres en todos los intervalos excepto de 55 a 70 años (9 personas en el intervalo), aunque sólo habría diferencia de una persona a favor de los varones. La mayor diferencia se produce en el intervalo de 86 a 90 años (28 personas en total), siendo el número de mujeres tres veces más que el de varones y en el intervalo 71 a 75 años en el

que nos encontramos con 1 varón y 10 mujeres; es decir, 10 veces más mujeres. También, es interesante destacar que a partir de los 90 años se aproximan de nuevo las cifras siendo el número total de personas 18 y, a favor de las mujeres 2. El porcentaje de personas mayores de 80 años constituyen en nuestro estudio el 67% frente al 73% de Centros Residenciales de Galicia (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2011).

En cuanto al tipo de centro relacionado con el género, cabe destacar que en los centros públicos de nuestra muestra hay más del doble de mujeres que hombres mientras que en los centros privados los porcentajes son más similares, aunque sigue habiendo un mayor porcentaje de mujeres.

Respecto al estado civil un 69% de la muestra son viudos o solteros. Damián et al., (2004) y López Mongil y López Trigo (2007) informan de un 82%. Abellán y Esparza (2011) y Rodríguez Díaz et al., (2013) refieren alrededor del 70%. Balo (2013) en una investigación en un Centro residencial gallego encuentran 50%, resultado bastante similar al encontrado por Yanguas (2006). En nuestra muestra un 24% está casado, similar porcentaje al encontrado por Abellán y Esparza (2011). Damián et al., (2004) y López Mongil y López Trigo (2007) refieren un porcentaje próximo al 14%; Rodríguez Díaz, Cruz Quintana y Pérez-Marfil, (2013) 17% y Yanguas (2006) 48%.

En cuanto al nivel de estudios, la gran mayoría de la muestra analizada no tienen estudios (saben leer y escribir) o tiene estudios primarios constituyendo el 86,96% mientras que casi el 11% han realizado estudios secundarios o universitarios. El 2,1% no saben leer ni escribir. Estos datos son bastante similares a los encontrados por López Mongil y López Trigo (2007); Rodríguez Díaz et al., (2013); Yanguas (2006) y muestran ciertas diferencias con los encontrados en las investigaciones de Abellán y Esparza (2011), Dengra (2008); Gonzalez Delgado et al., (2001) que informan de porcentajes de analfabetismo bastante superiores.

2. PERFIL DE SALUD

El segundo objetivo planteado, era conocer el perfil de salud de las personas que ingresan en Centros Residenciales. Las patologías que están más presentes en la muestra

seleccionada son las enfermedades hipertensivas (58,69%) seguidas de las neurodegenerativas (53,62%), mentales (28,26%) y vasculares (18,11%), respectivamente. Si nos referimos a los rangos de edad, las enfermedades hipertensivas tienen el porcentaje más elevado en las edades de 55 a 70 años, de 76 a 80 e, igualada con las degenerativas en el rango de edad 86 a 90 años. De todas formas, en esta problemática hipertensiva todos los porcentajes superan el 50% excepto en el rango 71 a 75 años. Fernández y Robles (2008) en el primer informe sobre la situación de la persona adulta mayor en Costa Rica hacen referencia a que la hipertensión es el problema más frecuentes en las personas mayores con porcentajes en varones entre el 40 y el 45% en los distintos rangos de edad y en mujeres entre el 55 y 65%, siendo el rango de edad entre 70 y 79 años el que presenta porcentajes más elevados. En cuanto a la situación en otros países, Fernández y Robles (2008) informan que los datos son bastante similares en función de lo que aporta el Proyecto SABE realizado en Buenos Aires, Bridgetown, Sao Paulo, Santiago de Chile, La Habana, México D.F., Montevideo con porcentajes entre el 43% y el 54%. En este sentido, los datos del presente estudio se sitúan en un rango esperable.

En cuanto a las enfermedades neurodegenerativas, los porcentajes más elevados se presenta en los rangos de mayor edad, como cabría esperar (mayores de 75 años). En un estudio realizado por Salvá et al., (2014) las agrupaciones diagnósticas más frecuentes en el momento del ingreso en Centros fueron problemas orgánicos, TNCM y enfermedad cerebrovascular en torno al 40 %. Balo (2013) encuentra que el 28,9% de la muestra está diagnosticada de enfermedad de Alzheimer y el 18,4% problemas cerebrovasculare, Vallejo y Rodriguez Palma (2010) refieren un 64% de los residentes con patología neurológica o deterioro cognitivo severo, López Mongil y López Trigo (2007) refieren un 71,7% de mayores con TNCM. Nuestros datos apoyan estas observaciones, haciendo hincapié en la relevancia de las TNCMs en los Centros Residenciales.

Si hacemos el análisis en relación al género, las mujeres presentan más enfermedades neurodegenerativas, mentales y vasculares mientras que los hombres tienen mayores porcentajes en enfermedades hipertensivas y oncológicas. Esto podría tener una explicación relacionada con la edad ya que a mayor edad, más problemas

vasculares y enfermedades neurodegenerativas y en la mayoría de las investigaciones, la muestra de mujeres es mayor y de más edad que la de varones (Ayuso et al., 2010; Dengra, 2008; Salvá et al., 2014). En cuanto a otras enfermedades añadidas, ambos sexos tienen porcentajes similares.

En cuanto a la titularidad de Centro merece destacarse un porcentaje muy diferente en enfermedades neurodegenerativas con un porcentaje de 60,8% en centros públicos y 39% en centros privados. Esto implica que la carga de cuidados, en relación a los nuevos ingresos con TNCMs, podría ser mayor en los centros públicos o en los centros con plazas concertadas.

Un último comentario en este apartado de salud general, hace referencia a la salud motora manual, la gran mayoría de la muestra seleccionada no presenta problemas importantes de movilidad manual. De las personas que presentan problemas se dan mayores porcentajes en los centros públicos, en la provincia de Lugo y en los hombres, situándose los porcentajes alrededor del 20%. Una posible explicación a estos resultados es que con frecuencia suelen detectarse varias enfermedades en los mayores que ingresan en los Centros Residenciales siendo la artritis, artrosis, reuma etc., patologías muy frecuentes con lo que la movilidad manual se vería afectada.

El tercer objetivo es, el referido a la variable de salud relacionada con aspectos neuropsiquiátricos. Respecto a enfermedades mentales el rango de edad que presentan mayores porcentajes es de 76 a 85 años aunque, únicamente, el 18,8% de nuestra muestra presenta síntomas moderados o graves siendo la apatía e indiferencia lo más destacado. Nuestros resultados aportan cifras más bajas en relación con otros estudios. Acevedo et al., (2014) informan de una prevalencia de sintomatología depresiva establecida en el 22%, Dengra (2008) refiere un 29,9% de mayores con depresión moderada, Damián et al., (2004) señalan que un 30% de la muestra presenta síntomas depresivos aunque sólo el 4% con sintomatología grave, Moreno Santolaya (2013) refiere que en la muestra estudiada, la depresión está presente en un 14,6% de los casos, la esquizofrenia en un 8,5% y el trastorno bipolar en un 5,4%. Estos datos vienen a confirmar que la decisión de ingresar a un mayor en un Centro Residencial está más determinada por altos grados de dependencia y deterioro cognitivo que por las

enfermedades mentales aunque ya se registran cifras que es importante tenerlas en cuenta como posibles variables de ingresos.

3. PERFIL DE AUTONOMÍA/DEPENDENCIA

El cuarto objetivo se refiere al perfil de autonomía/dependencia de los mayores en Centros residenciales. En nuestra investigación se ha medido con la prueba Lawton y, los porcentajes en la muestra estudiada alcanzan el 90% de niveles de dependencia grave, en gran medida coincidente con la investigación de Acevedo et al., (2014) que encuentran un 78% de dependencia grave en su muestra de 200 sujetos o en el estudio de Milagros de la Fuente (Fuente et al, 2012) en el que el 29,1% de los varones y el 45,5% de las mujeres presentarían dependencia. Estos resultados nos indican que, nuestros mayores institucionalizados son la gran mayoría dependientes con lo que habrá que adecuar los Programas de intervención dirigidos a los residentes en los Centros.

4. PERFIL COGNITIVO

En el quinto y sexto objetivo nos planteamos determinar la incidencia del deterioro cognitivo grave, moderado y ligero y el perfil cognitivo de las personas que ingresan en Centros Residenciales. Los resultados de nuestra investigación nos indican que el 8,69% de la muestra no presentan deterioro cognitivo, el 20,28% presenta deterioro cognitivo ligero, el 31,16% presenta deterioro cognitivo moderado y el 39,87% presenta deterioro cognitivo grave. Dentro del deterioro cognitivo ligero (DCL), el 5,07% corresponde al grupo DCL multidominio amnésico, el 7,24% al grupo DCL unidominio amnésico y el 7,97% al grupo DCL no amnésico. Los datos de diferentes investigaciones aportan resultados bastante heterogéneos debido, en gran medida, a la constitución de las muestras. Balo (2013) refiere que el 84,2% de su muestra en un Centro Residencial, tiene algún tipo de deterioro cognitivo, y de este, el 28,9% está diagnosticado de enfermedad de Alzheimer. Por su parte, Damián et al., (2004) y Leiva, Palacios, Sánchez Ramos, Forjan y León (2006) refieren porcentajes del 38,7% y el 44%, López Mongil y López Trigo (2009) aportan 61,7% de personas con TNCM,

correspondiendo a la enfermedad de Alzheimer una cuarta parte (unas 5 veces superior en mujeres); el deterioro cognitivo ligero estaría en un 14,3%. Vallejo y Rodríguez Palma (2010) aportan un 64% de deterioro cognitivo severo y un 27% de deterioro cognitivo ligero.

En cuanto a la capacidad cognitiva general de las personas que ingresan en los Centros Residenciales, en distintas investigaciones se encuentran resultados diferentes en cuanto a las cifras de deterioro cognitivo y la gravedad del mismo de las personas ingresadas (Damian et al., 2004; Dengra, 2008; López Mongil y López Trigo, 2007), aunque una de las variables relacionadas con la decisión de ingresar al mayor en un Centro Residencial es que presente un deterioro cognitivo severo (Díaz Mardomingo, 2012). Rojas, Toronjo, Rodríguez y Rodríguez (2006) aluden a un síndrome específico de institucionalización que cursa, entre otros signos, con disminución de la capacidad cognitiva, apatía y disminución de autonomía, lo que podría justificar el aumento de incidencia de DCL en la población institucionalizada.

Dentro del deterioro cognitivo ligero (DCL), el 5,07% corresponde al grupo DCL multidominio amnésico (DCLmda), el 7,24% al grupo DCL unidominio amnésico (DCLuda) y el 7,97% al grupo DCL no amnésico (DCLna). En cuanto al rendimiento cognitivo general intergrupos, medido por el MMSE y CAMCOG se encuentran diferencias significativas entre el grupo de envejecimiento normal y los demás grupos excepto con el grupo DCLuda. Estos resultados podrían ser esperables ya que este subgrupo se caracteriza por un rendimiento o funcionamiento cognitivo general normal y, únicamente, estaría afectada la memoria. Tampoco habría diferencias entre el grupo DCLuda y el grupo DCLmda, lo que podría estar indicando que la mayor similitud estaría en la alteración de la memoria y que la alteración en otras funciones cognitivas sería leve. Estos resultados nos llevan a plantearnos las implicaciones que pueden tener en la puesta en marcha y perfeccionamiento, tanto de los instrumentos de evaluación utilizados en el momento del ingreso del mayor en los Centros residenciales, como de Programas de intervención centrados en las peculiaridades que presentan las personas enmarcadas en los distintos subgrupos.

En cuanto a la capacidad en dominios cognitivos específicos, observamos que el grupo de envejecimiento normal tiene una ejecución significativamente diferente a los grupos de deterioro cognitivo moderado y deterioro cognitivo grave, como cabría esperar. Dicho grupo presenta una ejecución muy similar a los grupos de DCL tanto en pensamiento abstracto como en percepción; es decir, no habría diferencias entre el grupo de envejecimiento normal y los grupos DCL en tareas de: encontrar semejanzas entre dos conceptos, reconocimiento de personajes conocidos, reconocimiento de objetos y de acciones de personas; no obstante, en orientación, se encuentran diferencias significativas, resultado coincidente con Rodríguez Rodríguez et al., (2008). En lenguaje, memoria, atención/cálculo y praxis, presenta diferencias significativas respecto a los grupos DCL, excepto con unidominio amnésico. Estos datos vienen a mostrarnos que el grupo de envejecimiento normal ejecuta significativamente mejor que las personas que clasificamos en los grupos de DCL: multidominio amnésicas y no amnésicas, en las siguientes tareas: expresión, denominación, fluidez verbal y lenguaje espontáneo, fijación de la información, memoria a corto y largo plazo, reconocimiento, repetición de cifras y operaciones matemáticas realizadas mentalmente, copia de dibujo etc. Respecto al lenguaje, Barrtrés-Faz et al., (2001), Bozoki, Giordani, Heidebrink, Berent y Foster (2001), García Herranz (2013), Grundman et al., (2004), informan de alteraciones en la fluidez fonética y semántica en personas con DCL, datos que estarían en consonancia con nuestros resultados.

Si nos centramos en los tres subgrupos de DCL, tienen una ejecución bastante similar en las distintas funciones cognitivas siendo el DCLmda el que peor resultado obtiene, resultado que se asemeja más al grupo de DCM. En este sentido, Peraita et al., (2011), Silveri, Reali, Jenner y Puopolo (2007), encuentran que las personas con DCL amnésico tienen un desempeño peor en las pruebas de función ejecutiva y tienen más probabilidad de evolucionar hacia TNCM. No obstante, el declive en los distintos componentes o aspectos vinculados a las funciones ejecutivas no se presentan de manera general ni homogénea y pueden verse afectadas en todos los subtipos DCL. García Herranz (2013) encuentra que DCLmda presentó un peor desempeño que el DCLna en las pruebas que tienen que ver con las dimensiones ejecutivas de planificación, flexibilidad cognitiva, atención, inhibición, y fluidez verbal. Este

desempeño fue empeorando paulatinamente en el DCLmda con el paso de los años y estuvo más estable en el DCLna. Por su parte Brandt et al., (2009), Saunders y Summers (2010) encontraron que tanto los DCLna como los DCLuda y los DCLmda presentaron alteración en la capacidad de planificación y flexibilidad cognitiva. En tercer lugar, abordamos el nivel de rendimiento en memoria. En la década de los 60 Atkinson y Shiffrin (1968) propusieron un modelo modal o multialmacén que situaba la memoria a corto plazo (MCP) y a largo plazo (MLP) en dos almacenes separados, donde la MCP es un almacén temporal de capacidad limitada que disponía de procesos de control como el repaso o la repetición y que era necesaria para transferir la información a la MLP la cual sería un almacén permanente de capacidad ilimitada. Distintos autores (Craik y Wafkins 1973; Craik y Tulving, 1975; Fisher y Craik, 1987) realizaron investigaciones tratando de avanzar tanto en estos aspectos como en lo referente a los procesos de memoria: adquisición, almacenamiento y recuperación. Actualmente, los modelos multialmacén están superados aunque siguen vigentes buena parte de sus postulados (Benedet y Alexandre, 1998). Por otra parte, Baddeley y Hitch (1974) iniciaron una serie de experimentos tratando de demostrar que no era válido el concepto unitario de MCP y que había que reemplazarlo por un modelo multicomponente de memoria operativa. Dicho modelo estaba compuesto, en un primer momento, por tres componentes: un ejecutivo central (EC) que serviría de control atencional limitado y dos sistemas subordinados, el bucle fonológico y la agenda viso-espacial que trabajarían de manera integrada con el EC. Estos componentes se han ido matizando y, en parte, modificando a lo largo de los años, en base a distintas investigaciones centradas en cada uno de los componentes. Un aspecto importante es el estudio de las funciones o componentes del EC muy vinculado al concepto de Memoria Operativa o de Memoria de Trabajo. Diferentes autores (Baddeley, 2002; Bunge, Klingberg, Jacobsen y Gabrieli, 2000; Collette y Van der Linder, 2002; Miyake y Shah, 1999; Miyake et al., 2000) señalan que son funciones componentes del EC alguna de las siguientes: la *actualización* de la información contenida en la memoria de trabajo, la *inhibición* de información irrelevante y la *focalización* en la relevante, capacidad de *cambio atencional* hacia estímulos diferentes y *coordinación dual* o capacidad para realizar dos tareas de forma simultánea. Estos aspectos se evalúan de forma conjunta en los tests de aprendizaje verbal como el TAVEC.

Centrándonos en nuestra investigación y siguiendo el orden de aplicación del TAVEC, en primer lugar hacemos referencia a la prueba de Recuerdo Inmediato en la que se valora la capacidad de Aprendizaje de una lista de palabras. Los resultados nos indican que el grupo de envejecimiento normal tiene una ejecución significativamente diferente a los demás grupos excepto con los DCLuda y DCLna. En este sentido cabe destacar los resultados parcialmente coincidentes en relación a la investigación de García Herranz (2013), en la que se encuentran diferencias significativas en el aprendizaje de la Lista A entre el grupo de envejecimiento normal y los grupos de DCLmda y DCLna. Respecto a los subgrupos de DCL hay una coincidencia de nuestros resultados con los encontrados en la investigación de García Herranz (2013) en lo referente a las diferencias significativas entre DCLmda y DCLna. No encontramos en nuestra muestra diferencias significativas entre los restantes grupos de DCL.

También cabe mencionar un paralelismo en la ejecución entre los grupos DCLmda y DCM, no presentando diferencias significativas; por el contrario, si comparamos los grupos DCLuda y DCM presentan una ejecución bastante similar, con ausencia de diferencias significativas en el primer ensayo de la Lista A, mientras que en los ensayos siguientes y en la Lista B, hay una mejora significativa del grupo DCLuda que indica una capacidad de aprendizaje conservada aún cuando la memoria inmediata está alterada. La capacidad de aprendizaje se ve más alterada, como era de esperar, en el deterioro cognitivo moderado y grave.

Si nos referimos a las subpruebas de Recuerdo a corto y largo plazo, se encuentran diferencias significativas entre el grupo envejecimiento normal y los demás grupos (DCLmda, DCLuda, DCM, DCG) excepto con el grupo DCLna. En este caso no hay diferencias en: RLCP, RCLCP, RLLP y sí hay una ejecución significativamente diferente en RCLLP. Estos resultados son coincidentes, en cierta medida, con distintas investigaciones que ponen de manifiesto que las pruebas de recuerdo, sobre todo a largo plazo, son relevantes en la discriminación de personas con envejecimiento normal y con DCL (Albert et al., 2011; Dubois et al., 2010; Navarro-González y Calero, 2011; Rodríguez Rodríguez et al., 2008). García Herranz (2013) encuentra que los participantes DCLmda presentan dificultades en los procesos de codificación y

organización y, ponen de manifiesto un déficit o afectación en el proceso de recuperación de la información, teniendo un desempeño más bajo que los participantes sanos y DCLna en todas las subpruebas de recuerdo del TAVEC. Por su parte, García Viedma (2006) comparando un grupo de envejecimiento normal con un grupo tipo Alzheimer encuentra diferencias significativas en el recuerdo inmediato en la lista A en el 1º y en el 5º ensayo, en el total de palabras recordadas en los 5 ensayos y en el recuerdo de la lista B.

Si nos centramos en la memoria a corto plazo (RLCP) y, como cabría esperar, ejecutan de forma bastante similar el grupo de envejecimiento normal y el DCLna, aunque con una puntuación mejor en el primero. También, hay bastante similitud en la ejecución, por una parte, entre DCLmda y DCG con las puntuaciones más bajas de todos los grupos y, por otra, entre DCLluda y DCM con puntuaciones un poco superiores a los anteriores. Rodríguez Fernández (2010) en una investigación con tres grupos de edad sanos encuentra que no hay diferencias significativas en recuerdo libre a corto plazo; sí habría diferencias entre los más jóvenes y los de mayor edad, en rendimiento con claves a corto plazo, recuerdo libre a largo plazo y con claves entre los grupos de menor y mayor edad.

Si analizamos el Recuerdo Libre a Corto plazo con claves (RCLCP) hay bastante similitud con los resultados obtenidos en la prueba anterior aunque con matices interesantes. Seguimos encontrando una ejecución muy similar entre el grupo de envejecimiento normal y el DCLna, con una puntuación mejor en el primero pero hay un acercamiento en la ejecución entre los grupos que tienen un problema amnésico ya sea multidominio o unidominio y, a su vez, con el grupo de DCM, distanciándose del grupo de DCG. Esto nos indica que incide en la mejor ejecución de todos los grupos, el uso de claves semánticas. Según Chertkow et al., (2008) un pobre rendimiento en recuerdo libre y un pobre rendimiento en recuerdo con claves sería indicativo de un problema en la codificación, y este patrón es coincidente con el mostrado por los participantes DCLmda.

En el Recuerdo Libre a Largo Plazo (RLLP) no se encuentran diferencias significativas entre el grupo de envejecimiento normal y el DCLna, con una puntuación mejor en el primero y muy distantes de la ejecución en los demás grupos entre los que hay bastante similitud. Destacar que se produjo una pequeña mejora en la ejecución del grupo de envejecimiento normal y el DCLmda respecto al RLCP; en los demás grupos la ejecución fue peor. García Herranz (2013) encuentra que los sujetos sanos y los DCLna recordaron más de la mitad del total de los ítems de la lista de palabras presentadas en el TAVEC, mientras que los sujetos con DCLmda, a pesar de las claves semánticas, presentaron una incapacidad para beneficiarse de las pistas semánticas durante la evocación. Estos resultados parecen coincidentes con los aquí presentados. En concreto, si nos centramos en el Recuerdo Libre a Largo Plazo con Claves (RCLLP), las mejores puntuaciones las siguen obteniendo el grupo de envejecimiento normal y el G. DCLna pero en este caso con diferencias significativas. Esto nos viene a indicar el mayor beneficio que suponen, las pistas semánticas para el grupo de envejecimiento normal y no tanto para el G. DCLna y los otros grupos. Destacar una peor ejecución que en el RLCP con clave, en los subgrupos de DCL y en G. DCM. En el G. DCG hay una mínima mejoría. Estos resultados concuerdan con la investigación de Tulving (2002), quien manifiesta que las claves semánticas, como apoyo cognitivo, sí son de utilidad en sujetos con DCL; sin embargo, al compararlos con participantes sanos, el rendimiento es inferior. Los resultados de García Viedman (2006) hacen referencia a diferencias significativas en memoria a corto y largo plazo con estrategias semánticas y seriales entre un grupo de sujetos de envejecimiento normal y un grupo de tipo Alzheimer.

Relacionado con lo anterior son los trabajos acerca de la curva de posición serial. Según diferentes estudios el recuerdo de los ítems de una lista de aprendizaje se realiza de acuerdo a su posición y siguiendo la forma de una curva en U (Murdock, 1962). En población joven se recuerda con mayor facilidad las palabras del principio de la lista (efecto de primacía) y las palabras finales (efecto de recencia). Las palabras de la parte central se recordarían menos (Atkinson y Shiffrin, 1968; Drake, Harris y Allegri, 2003; Murdock, 1962). No obstante, estos efectos serán diferentes en función de aspectos como: la edad, el estado mental de los sujetos, la longitud de la lista, la tasa de presentación etc. (Baddeley y Hitch, 1993; Crowder, 1976; Foldi, Brickman, Schaefer y

Knutelska, 2003; Shiffrin, 1975). Nuestros resultados nos indican que las características de la posición serial hacen referencia a un efecto primacía y recencia muy similar en el grupo de envejecimiento normal, resultado no coincidente con Campos-Magdaleno, Díaz-Bóveda, Juncos-Rabadán, Facal y Pereiro (en prensa) quienes encuentran un efecto primacía mayor que el de recencia, y con valores por encima de los de la zona media (curva en forma de U). El resultado tiene cierta similitud al DCLna aunque, en este caso el efecto recencia ha sido un poco menor que el de primacía. Este resultado estaría en consonancia con el encontrado por Graf y Uttl (1995), Foldi et al. (2003) quienes apuntan a una curva de posición serial en mayores muy similar a la que presenta los jóvenes aunque con la diferencia en la magnitud del recuerdo siendo más baja en los mayores. Una posible explicación aportada por Ratcliff, Thapar y McKoon (2004) hace referencia a la disminución en la velocidad de procesamiento debida al deterioro del funcionamiento sensorial en los mayores.

En los demás grupos el efecto recencia es superior al de primacía excepto en el DCLna que es más bajo. Estos resultados presentan similitudes con otras investigaciones con pacientes con EA (Burkart, Heun y Benkert, 1998; Paul, Cohen, Moser, Zawacki y Gordon, 2002) o en pacientes con deterioro ligero (Campos-Magdaleno et al., en prensa), resultado coincidente también en lo referente a los datos de primacía que son más bajos que los obtenidos en los otros dos grupos de DCL. También estarían en cierta contradicción nuestros resultados con los hallados por Drake et al. (2003) aunque en este caso hay diferencias importantes respecto a nuestra investigación en: tipo de prueba, número de ensayos etc.

Respecto al recuerdo de la zona media ha sido muy similar el de los dos grupos de DCL amnésicos y el DCM pero inferior al de los grupos de envejecimiento normal y DCLna. Por su parte Martin et al. (2013), utilizando la lista de palabras de Rey encuentra que hay diferencias significativas entre los tres grupos estudiados (envejecimiento normal, DCL amnésico y TNCM tipo Alzheimer) en primacía y zona media. En recencia, los sujetos de envejecimiento normal presentaron diferencias significativas respecto al grupo DCL amnésico y grupo tipo Alzheimer pero no presentaron diferencias entre estos dos últimos grupos.

Si hacemos referencia a la utilización de estrategias semánticas en la tarea de recuerdo de las listas A y B del TAVEC nos encontramos con que los mayores del grupo de envejecimiento normal no difieren significativamente de los 3 grupos de DCL (resultando que discrepa con el encontrado por García Herranz, 2013) aunque sus puntuaciones son mejores; sin embargo, difieren significativamente de los grupos de deterioro cognitivo moderado y grave. La ejecución del grupo de envejecimiento normal también es significativamente diferente respecto a los 2 grupos DCL amnésicos cuando se les proporcionan las estrategias semánticas tanto a corto como a largo plazo pero no difiere del grupo DCLna (este grupo tiene un comportamiento bastante similar al de envejecimiento normal). Estos resultados están en consonancia con los aportados por García Herranz (2013) y podrían indicar que tanto el grupo de envejecimiento normal como el DCLna, aunque no hacen un uso espontáneo de las estrategias semánticas por falta de los recursos necesarios, sí se benefician de ellas cuando conocen la estrategia (López-López, Zavala-Díaz, y Villuendas González, 2011). Delgado Losada (1999) encontraba algo similar tanto en un grupo con EA en fases iniciales, como en un grupo de mayores sanos, en el sentido de que ambos tienen capacidad para aprender material verbal; sin embargo, no utilizan espontáneamente estrategias de codificación y recuperación de la información, aunque se benefician de ellas cuando se les indica.

En nuestra investigación, los 2 grupos DCL amnésicos (más específicamente el multidominio amnésico) y el grupo DCM presentan bastantes similitudes en cuanto al pobre aprovechamiento de las estrategias semánticas. En este sentido, su ejecución estaría en la línea del grupo con EA al que aluden Delgado Losada, Fernández Guinea, Santomé, Frank y Barreiro (1999). El grupo de ejecución más pobre sería el DCG.

En cuanto a las estrategias seriales, Benedet y Alexandre (1998) encuentra diferencias significativas relacionadas con la edad, es decir, los grupos de mayor edad utilizan menos estrategias seriales que los grupos de menor edad. En nuestra investigación se observaron muy pocas diferencias entre los distintos grupos estudiados excepto respecto al grupo DCG. Estos resultados están en consonancia con García Herranz (2013). López-López et al., (2011) encuentran una mayor utilización de estrategias semánticas que seriales.

En relación con el número de errores en la cantidad de perseveraciones, en general, no se hallaron diferencias significativas entre los distintos grupos excepto con el grupo DCG aunque hay que destacar también diferencia entre los grupos DCLna (con el mayor número de perseveraciones) y DCM. Estos resultados están en consonancia con García Herranz (2013). Respecto a las intrusiones recuerdo libre, únicamente se encuentran diferencias significativas entre el grupo DCG y cada uno de los demás grupos. El mayor número de intrusiones las realizan los 3 subgrupos de DCL (resultado coincidente con García Herranz, 2013) aunque no llegan a ser significativas las diferencias respecto al grupo de envejecimiento normal. En este caso, sería contrario a los resultados de García Herranz (2013) y Harel et al., (2011) quienes encuentran diferencias significativas entre mayores sanos y DCL en el primer caso y mayores sanos y DCLa en el segundo, si bien la tendencia en nuestros resultados es la misma. En las intrusiones recuerdo libre con claves, de nuevo todos los grupos presentan diferencias significativas respecto al grupo DCG y además destacar diferencia significativa del grupo DCLna con el de envejecimiento normal y con DCM. Las puntuaciones más elevadas aparecen en los 3 subgrupos de DCL.

En cuanto a aciertos en reconocimiento, como en los casos anteriores, se encuentran diferencias significativas entre el grupo DCG con respecto a los demás grupos y además también difieren significativamente el grupo de envejecimiento normal con respecto a los 2 subgrupos de DCL amnésicos y el DCLna respecto al DCLmda. Las mejores puntuaciones las alcanzan los mayores sanos y los no amnésicos. Estos resultados son, en gran medida, coincidentes con García Herranz (2013).

Respecto al grado de dependencia-autonomía y comorbilidad en relación con el estatus cognitivo, como cabría esperar, el grupo de envejecimiento normal es el más autónomo aunque curiosamente presenta una comorbilidad muy similar al grupo DCG. Dentro de los subgrupos de DCL el que presenta mayor autonomía es el DCLuda que a su vez es el que muestra mayor comorbilidad. Si enlazamos estos resultados con los estudios de fragilidad y teniendo en cuenta los porcentajes elevados de dependencia en nuestra muestra, podemos aventurar que tanto el grupo de envejecimiento normal como los subgrupos de DCL que muestran mayor autonomía y el grupo DCM, están en riesgo

de derivar en fragilidad cognitiva (o en TNCM en algunos casos como apuntan Lojo-Seoane, Facal y Juncos-Rabadán (2012). La fragilidad física parece estar presente en gran parte de los participantes en el estudio y, como aportan diferentes autores (Keleiditi et al., 2013; Ruan et al, 2015), la fragilidad física unida a otros factores (disminución de la actividad física, aislamiento, etc.) precede a la fragilidad cognitiva.

5. FORTALEZAS Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Teniendo en cuenta todos los resultados y, en sintonía con los objetivos planteados en este trabajo quisiera hacer alusión a las fortalezas y limitaciones del estudio. Comenzando por las fortalezas considero que es uno de los pocos estudios que se ha planteado sobre esta temática tanto a nivel nacional como internacional, y siendo su peculiaridad que se ha tratado de determinar el perfil de la persona que ingresa en un Centro Residencial. Distintos trabajos han planteado estudios para determinar el perfil, como ya hemos comentado en páginas anteriores, pero con residentes que llevaban tiempo ingresados en los Centros Residenciales.

Una segunda fortaleza hace referencia a que los datos obtenidos en el estudio pueden resultar de interés tanto para adoptar medidas que retrasen el ingreso del mayor en un Centro Residencial como para realizar un mejor abordaje en la evaluación y la intervención de las personas que ingresan en un Centro Residencial. En este sentido, se enmarca la constitución de los diferentes grupos en función del deterioro cognitivo lo que nos ha aportado datos de interés acerca de las semejanzas y diferencias de dichos grupos a la hora de ejecutar las distintas pruebas planteadas en el estudio. También los resultados obtenidos nos han llevado a reflexionar sobre cuestiones relacionadas con la fragilidad física y cognitiva. Teniendo en cuenta los datos de dependencia física y de deterioro cognitivo de nuestra muestra y, basándonos en estudios ya citados (Keleiditi et al., 2013; Ruan et al, 2015), se podría hablar de poner en marcha las siguientes medidas cuando una persona ingresa en un Centro Residencial con la finalidad de retrasar la evolución hacia TNCM o deterioro físico y cognitivo grave: 1) valoración para determinar la funcionalidad cognitiva con la aplicación de las pruebas adecuadas, para ello sería necesario buscar un consenso entre profesionales sobre la idoneidad de las

mismas (Facal et al., 2015); 2) valoración de la funcionalidad física, cuadros clínicos y enfermedades crónicas o transitorias; 3) ajuste de la medicación adecuada y seguimiento; 4) en los casos que no presentan un deterioro físico importante y que no presentan, TNCM poner en marcha Programas de actividad física (podría incluir fisioterapia) y estimulación cognitiva

En cuanto a las limitaciones, hubiera sido deseable realizar el estudio con una muestra de residentes de toda la Comunidad Gallega, ese era nuestro planteamiento inicial pero los recursos disponibles nos llevaron a hacer un planteamiento más modesto pero sin menoscabar el rigor científico. En este sentido, consideramos que la investigación se ha hecho con todo el rigor metodológico para que los resultados puedan ser generalizables.

Otra limitación hace referencia a las restricciones a la hora de diseñar una batería para realizar la evaluación teniendo en cuenta el grave deterioro que presenta gran parte de las personas que ingresan en un Centro Residencial.

Por último, quisiera hacer alusión a las dificultades encontradas tanto en la aplicación de las diferentes pruebas a los residentes por el deterioro que presentaban en muchos casos, siendo fundamental la colaboración de los trabajadores/cuidadores de los Centros participantes como en el acceso a los historiales de los residentes y la falta de actualización de los mismos lo que ha dificultado el conocimiento de las patologías completas de algunos residentes.

Para terminar este apartado, indicar que sería deseable seguir trabajando con la división de grupos que hemos planteado en el presente estudio y profundizar en aspectos de fragilidad (física y cognitiva) y de reserva cognitiva con la finalidad de poner en marcha programas individualizados y adecuados para cada caso.

V. CONCLUSIONES

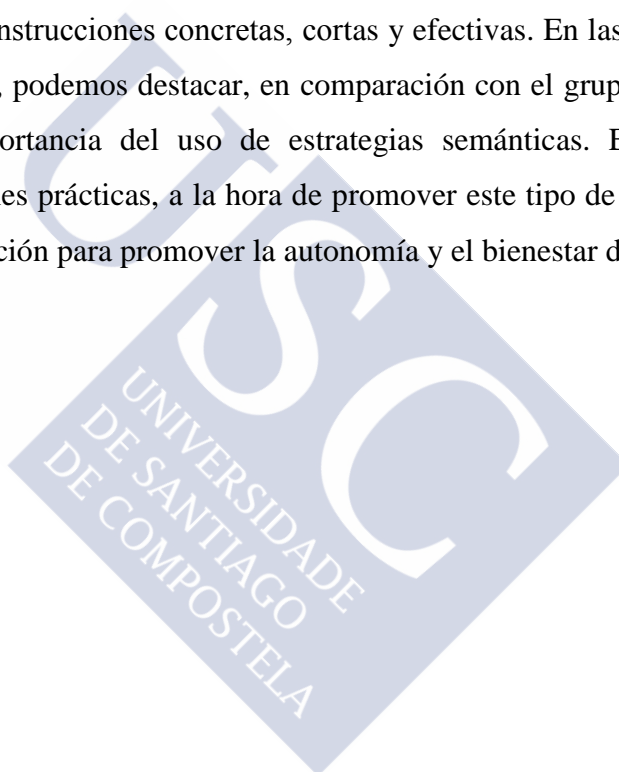
En relación al perfil sociodemográfico de las personas que ingresan en Centros Residenciales de las provincias de A Coruña y Lugo se constata un mayor porcentaje de mujeres, tanto en los centros públicos como privados; una mayor concentración de nuevos residentes en las franjas de edad más elevadas (mayores de 80 años); un alto porcentaje, cercano al 70%, de viudos o solteros y de perfil profesional de trabajador no cualificado o ama de casa; y un porcentaje muy elevado de estudios primarios. Por tanto, la persona tipo de ingreso en residencias de las provincias de A Coruña y Lugo es una mujer mayor de 80 años, no casada, trabajadora no cualificada y/o ama de casa, y con estudios básicos.

En relación al perfil de salud-enfermedad, se encuentran enfermedad hipertensiva o enfermedades neurodegenerativas en la mitad de la muestra. En las mujeres, es mayor el porcentaje de enfermedades neurodegenerativas, mentales y vasculares, mientras que en los hombres es mayor el porcentaje de enfermedad hipertensiva y oncológicas. En relación al tipo de centro, es importante resaltar que la incidencia de enfermedades neurodegenerativas es mayor en los centros públicos que en los privados. En cuanto a problemas psiquiátricos, la apatía e indiferencia es el síntoma con mayor incidencia, lo que señala la importancia de abordajes motivadores en los residentes de nuevo ingreso, que potencien su adaptación y promuevan la salud mental. Este perfil de salud-enfermedad se traduce en un porcentaje muy elevado de dependencia total y dependencia severa para las actividades instrumentales de la vida diaria, tanto en hombres como en mujeres.

Respecto al estatus cognitivo de los nuevos ingresos, el mayor porcentaje es de nuevos residentes con deterioro cognitivo grave, seguido de deterioro cognitivo moderado y leve, siendo el porcentaje de nuevos residentes sin deterioro cognitivo relativamente bajo. A través de la aplicación de instrumentos de evaluación del estatus cognitivo general (MMSE y CAMCOG-R) y de memoria verbal (TAVEC), obtenemos dos perfiles diferenciados, por un lado, el de aquellos nuevos ingresos sin deterioro cognitivo o con un deterioro cognitivo leve de tipo mnésico y, por otro lado, el de

aquellos nuevos ingresos con deterioro cognitivo de acuerdo a su estatus cognitivo general, pudiendo este último grupo presentar deterioro específico de la memoria verbal o no. Al relacionar funcionamiento cognitivo con dependencia-autonomía y comorbilidad, se observa una mayor autonomía en el grupo con menor deterioro cognitivo, pero un mayor grado de comorbilidad, lo que nos ha llevado a reflexionar sobre la relación entre fragilidad física y cognitiva.

En cuanto al perfil de memoria, podemos destacar en las personas con mayor grado de deterioro la importancia del efecto de recencia. Esto tendría implicaciones para el trabajo en centros, a la hora de utilizar ayudas de memoria (pictogramas, indicadores,...) o de dar instrucciones concretas, cortas y efectivas. En las personas con menor grado de deterioro, podemos destacar, en comparación con el grupo de personas más deteriorado, la importancia del uso de estrategias semánticas. Este resultado también tiene implicaciones prácticas, a la hora de promover este tipo de estrategias de elaboración de la información para promover la autonomía y el bienestar de las personas mayores sin deterioro.



VI. REFERENCIAS

- Abellán, A., Barrio, E., Castejón, P., Esparza, C., Fernández-Mayoralas, G., Pérez Ortiz, L., Puga, M.D., Rojo, F. y Sancho, M. (2007). *A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Encuesta 2006*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Abellán, A. y Esparza, C. (2011). *Un perfil de las personas mayores en España, 2011. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid: Informes Portal Mayores. N° 127. Fecha de publicación: 28/10/2011.
- Abellán, A. y Pujol, R. (2013). *Un perfil de las personas mayores en España, 2013. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid: Informes Envejecimiento en red n°1. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos13.pdf>.
- Abellán, A., Vilches, J. y Pujol, R. (2014). *Un perfil de las personas mayores en España, 2014. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid: Informes Envejecimiento en red n°6. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos14.pdf>.
- Abizanda, J.J., Gómez-Pavón, J., Martín Lesende, I. y Baztán J.J. (2010). Detección y prevención de la fragilidad: una nueva perspectiva de prevención de la dependencia en las personas mayores. *Medicina Clínica*, 135(15), 713–719.
- Acevedo, E., Alcaraz Baños, M., Benito Martínez, J., Muir, B.R. y Navalón, C. (2014). Situación de nuestros mayores institucionalizados en residencias y necesidades para su integración social. *Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar. Azarbe*, 3, 279-282.

- Albert, M.S., DeKosky, S.T., Dickson, D., Dubois, B., Feldman, H., Fox, N., Gamst, A., Holtzman, D., Jagust, W., Petersen, R.C., Snyder, P., Carrillo, M., Thies, B. y Phelps, C. (2011). The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7, 270–279.
- Allegri, R. F., Taragano, F. E., Krupitzki, H., Serrano, C. M., Dillon, C., Sarasola, D. y Sánchez, V. (2010). Role of cognitive reserve in progression from mild cognitive impairment to dementia. *Dementia & Neuropsychologia*, 4(1), 28-34.
- Amieva, H., Letenneur, L., Dartigues, J.F., Rouch-Leroyer, I., Sourgen, C., D'Alché-Birée, F., Dib, M., Barberger-Gateau, P., y Orgogozo, J.M. (2004). Annual rate and predictors of conversion to dementia in subjects presenting mild cognitive impairment criteria defined according to population-based study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 18, 87-93.
- Artaso Irigoyen, B., Goñi Sarriés, A. y Gómez Martínez, A.R. (2001). Características de la población atendida en un centro de día psicogeriátrico en Navarra. *Anales de Psiquiatría*, 17 (4), 137-142.
- Artero, S., Petersen, R., Touchon, J. y Ritchie, K. (2006). Revised Criteria for Mild Cognitive Impairment: Validation within a Longitudinal Population Study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 22, 465–470.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Atkinson, R.C. y Shiffrin, R.M. (1968). Humas in memory: A proposed systems and its control processes. En K.W. Spence y J.T. Sence (eds). *The psychology of learning and motivation* (vol 2, pp. 89-195). New York: Academic Press.
- Ayuso, M., Pozo, R. y Escribano, F. (2010). Factores sociodemográficos y de salud asociados a la institucionalización de personas dependientes. *Revista Española de Salud Pública*, 84, 789-798.

- Baddeley, A.D. (2002). Is Working Memory Still Working? *European Psychologist*, 7 (2), 85–97.
- Baddeley, A.D., y Hitch, G.J. (1974). Working memory. In G. H. Bower (Ed.), *The psychology of learning and motivation: Advances in research and theory* (vol. 8, pp.47–89). New York: Academic Press.
- Baddeley, A. D. y Hitch, G. J. (1993). The recency effect: Implicit learning with explicit retrieval?. *Memory & Cognition*, 21 (2), 146-155.
- Baddeley, A.D., Thomson, N. y Buchaman, M. (1975). Word length and the structure of short-term memory. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behaviour*, 14, 575-589.
- Baez, G. y Delgado, A.R. (2013). Predictores de dependencia en mayores de 65 años: una revisión sistemática. *Escritos de Psicología*, 6 (3), 25-33.
- Balo, A. (2013). *Evaluación y seguimiento del estado cognitivo y afectivo de una muestra de personas mayores institucionalizadas*. Tesis Doctoral. Universidad de A Coruña.
- Bartrés-Faz, D., Junqué, C., López-Alomar, A., Valveny, N., Moral, P., Casamayor, R., Salido, A., Bel, C., y Clemente, I. (2001). Neuropsychological and genetic differences between age-associated memory impairment and mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49, 985-990.
- Beltrán, C.A., Piñeiro, C. Montero, M., Álvarez, M. y Martínez, A. (2014). *Actas de la dependencia*. Nº 10. Fundación Caser.
- Benedet, M. J. y Alexandre, M. A. (1998). *Test de Aprendizaje Verbal (TAVEC) España. Complutense*. Madrid: Publicaciones de Psicología Aplicada.
- Benedet, M. J. y Seisdedos, N. (1996). *Evaluación clínica de las quejas de la memoria en la vida cotidiana*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- Bennett, D.A., Schneider, J.A., Arvanitakis, Z., Kelli, J.F., Aggarwal, N.T., Shah, R.C., y Wilson, R.S. (2006). Neuropathology of older persons without cognitive impairment from two community-based studies. *Neurology*, 66, 1837–1844.
- Bennett, D.A., Wilson, R.S., Schneider, J.A., Evans, D.A., Beckett, L.A., Aggarwal, N.T., Barnes, L.L., Fox, J.H. y Bach, J. (2002). Natural history of mild cognitive impairment in older persons. *Neurology*, 59, 198-20.
- Bischkopf, J., Busse, A., y Angermeyer, M. (2002). Mild cognitive impairment: A review of prevalence, incidence and outcome according to current approaches. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106 (6), 403-414.
- Blackford, R.C., y La Rue, A. (1989). Criteria for diagnosing age associated memory impairment: proposed improvements from the field. *Developmental Neuropsychology*, 5, 295-296.
- Boada, M., Cejudo, J.C., Tárraga, L., López, O.L. y Kaufer, D. (2002). Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q): validación española de una forma abreviada del Neuropsychiatric Inventory (NPI). *Neurología*, 17 (6), 317-323.
- Bozoki, A., Giordani, B., Heidebrink, J.L., Berent, S., y Foster, N.L. (2001). Mild cognitive impairments predict dementia in nondemented elderly patients with memory loss. *Archives of Neurology*, 58, 411-416.
- Brandt, J., Aretouli, E., Neijstrom, E., Samek, J., Manning, K., Albert, M.S., y Bandeen-Roche, K. (2009). Selectivity of executive function deficits in mild cognitive impairment. *Neuropsychology*, 23 (5), 607-618.
- Brocklehurst, J.C. (1985). The geriatric sevice and the day hospital. En: J.C. Brocklehurst (Ed.). *Textbook of geriatric medicine and gerontology* (3 ed. pp. 982-985). Edinburg: Churchill Livingstone.
- Bunge, S.A., Klingberg, T., Jacobsen, R.B. y Gabrieli, J.D.E. (2000). A resource model of the neural basis of executive working memory. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 97 (7), 3573-3578.

- Burkart, M., Heun, R. y Benkert, O. (1998). Serial position effects in dementia of the Alzheimer type. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 9, 130-136.
- Busse, A., Bischkopf, J., Riedel-Heller, S.G., y Angermeyer, M.C. (2006). Mild cognitive impairment: prevalence and incidence according to different diagnostic criteria. Results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA751). *The British Journal of Psychiatry*, 182, 449-454.
- Busse, A., Hensel, A., Gun, U., Angermeyer, M.C., y Riedel-Heller, S.G. (2006). Mild cognitive impairment: long-term course of four clinical subtypes. *Neurology*, 67, 2176-2185.
- Campos-Magdaleno, M., Díaz-Bóveda, R., Juncos-Rabadán, O., Facal, D. y Pereiro, A. (en prensa). Learning and serial effects on verbal memory in Mild Cognitive Impairment. *Applied Neuropsychology: Adult*.
- Centro de Investigaciones Sociológicas (2001). *Estudios y encuestas, número 2439*, noviembre. (Personas Mayores). Madrid.
- Charlson, M., Pompei, P., Ales K.L. y McKenzie, C.R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *Journal of Chronic Diseases*, 40 (5), 373-383.
- Chertkow, H., Massoud, F., Nasreddine, Z., Belleville, S., Joannette, Y., Bocti, Ch., Drolet, V., Kirk, J., Freedman, M., y Bergman, H. (2008). Diagnosis and treatment of dementia: 3. Mild cognitive impairment and cognitive impairment without dementia. *Canadian Medical Association Journal*, 178(10), 1273-1285.
- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M.O. y Rockwood, K. (2013). Frailty in older people. *Lancet*, 381 (9868), 752-762.
- Collette, F. y Van der Linden, M. (2002). Brain imaging of the central executive component of working memory. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 26, 105-125.

- Collie, A., Maruff, P., Shafiq-Antonacci, R., Smith, M., Hallup, M., Schofield, P.R., Master, C.L. y Curri, J. (2001). Memory decline in healthy older people: implications for identifying mild cognitive impairment. *Neurology*, 56, 1533-1538.
- Conde-Sala, J.L., Garre-Olmo, J., Vilalta-Franch, J., Llinás-Reglá, J., Turró-Garriga, O., Lozano-Gallego, M., Hernández-Ferrándiz, M., Pericot-Nierga, I. y López-Pousa, S. (2012). Predictors of cognitive decline in Alzheimer's disease and mild cognitive impairment using the CAMCOG: a five-year follow-up. *International Psychogeriatrics* 24(6), 948-958.
- Graf, P., y Uttl, B. (1995). Component processes of memory: Changes across the adult lifespan. *Swiss Journal of Psychology*, 54, 113-130.
- Craik, F. I. M. y Tulving, E. (1975). Depth of processing and the retention of words in episodic memory. *Journal of Experimental Psychology: General*, 104, 268-294.
- Craik, F. I. M. y Watkins, M. J. (1973). The role of rehearsal in short-term memory. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 12, 599-607.
- Crook, T., Bartus, R.T., Ferris, S.H., Withehouse, P., Cohen, G.D., y Gershon S. (1986). Age associated memory impairment: proposed diagnostic criteria and measures of clinical change. Report of a National Institute of Mental Health work group. *Developmental Neuropsychology*, 2, 261-276.
- Crowder, R. G. (1976). *Principles of learning and memory*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cummings, J.L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thomson, S., Carusi, D.A. y Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44, 2308-2314.
- Damián, J., Valderrama-Gama, E., Rodríguez-Artalejo, F. y Martín- Moreno, J.M. (2004). Estado de salud y capacidad funcional de la población que vive en Residencias de mayores en Madrid. *Gaceta Sanitaria*, 18(4): 268-274.

- Delgado Losada, M.L., Fernández Guinea, S., Santomé, A., Frank, A. y Barreiro, P. (1999). *La adquisición de conocimiento y el recuerdo en pacientes con la enfermedad de Alzheimer y en personas mayores de 60 años*. Primer Congreso Internacional en Internet. Disponible en: <http://www.uninet.edu/union99/congress/libs/dem/d03.html>
- Delis, D. C., Kramer, J. H., Kaplan, E. y Ober, B. A. (1987). *Californian verbal learning test. Manual- research edition*. San Diego: The Psychological Corporation.
- Dengra, R. (2008). *Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia: Modelo de toma de decisiones para la elección del servicio idóneo en personas mayores dependientes*. Tesis Doctoral. Granada: Universidad de Granada.
- Díaz Mardomingo, M.C. (2012). Evaluación de la cognición, la conducta y la funcionalidad de las personas mayores dependientes en los centros residenciales. *Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 3, 71-91.
- Díaz-Mardomingo, M.C., García-Herranz, S. y Peraita-Adrados, H. (2010). Detección precoz del deterioro cognitivo leve y conversión a la enfermedad de Alzheimer: un estudio longitudinal de casos. *Psicogeriatría*, 2(2), 105-111.
- Drake M., Harris, P. y Allegri, R. (2003). El efecto de fin de lista en el envejecimiento normal y en pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 1, 53-65.
- Dubois, B. y Albert, M.L. (2004). Amnestic MCI or prodromal Alzheimer's disease?. *Lancet Neurology*, 3, 246-248.

- Dubois, B., Feldman, H.H., Jacova, C., Cummings, J.L., Dekosky, S.T., Barberger-Gateau, P., Delacourte, A., Frisoni, G., Fox, N.C., Galasko, D., Gauthier, S., Hampel, H., Jicha, G.A., Meguro, K., O'Brien, J., Pasquier, F., Robert, P., Rossor, M., Salloway, S., Sarazin, M., de Souza, L.C., Stern, Y., Visser, P.J., Scheltens P. (2010). Revising the definition of Alzheimer's disease: a new lexicon. *Lancet Neurology*, 9, 1118–1127.
- Dubois, B., Feldman, H.H., Jacova, C., Dekosky, S.T., Barberger-Gateau, P., Cummings, J., Delacourte, A., Galasko, D., Gauthier, S., Jicha, G., Meguro, K., O'Brien, J., Pasquier, F., Robert, P., Rossor, M., Salloway, S., Stern, Y., Visser, P.J. y Scheltens, P. (2007). Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. *Lancet Neurology*, 6, 734–746.
- Engmann, B. (2011). Mild Cognitive Impairment in the elderly. A review of the influence of depression, possible other core symptoms, and diagnostic findings. *The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 24(2), 71-76.
- Envejecimiento en red (2014). *Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincias. Datos de diciembre de 2013*. Madrid. Informes en red N° 7. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2013.pdf>.
- Escobar, M.A., Puga, D. y Martín, M. (2008). Asociaciones entre la red social y la discapacidad al comienzo de la vejez en las ciudades de Madrid y Barcelona en 2005. *Revista Española de Salud Pública*, 6 (82), 637-651.
- Facal, D., Mouriz, R., Balo, A., González-Abraldes, I., Caamaño, X., Dosil, C. y Millán, J.C. (2015). Estudio exploratorio sobre el uso de instrumentos de evaluación cognitiva y neuropsicológica en centros de personas mayores de Galicia. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 50(2), 62-70.

- Facal, D., Rodriguez, N., Juncos-Rabadán, O., Caamaño, J.M. y Sueiro, J. (2009). Utilización del CANTAB para el diagnóstico del deterioro cognitivo leve. Un estudio piloto con una muestra española. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 44 (2), 79-84.
- Fernández, X. y Robles, A. (Cords). (2008). *I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica*. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Fischer, P., Jungwirth, S., Zehetmayer, S., Weissgram, S., Hoenigschnabl, S., Gelpi, E. y Tragl, K. H. (2007). Conversion from subtypes of mild cognitive impairment to Alzheimer dementia. *Neurology*, 68 (24), 288-291.
- Flicker, C., Ferris, S.H., y Reisberg, B. (1991). Mild cognitive impairment in the elderly: predictors of dementia. *Neurology*, 41, 1006-1009.
- Foldi, N.S., Brickman, A., Schaefer, L., y Knutelska, M. (2003). Distinct serial position profiles and neuropsychological measures differentiate late life depression from normal aging and Alzheimer's disease. *Psychiatry Research*, 120, 71-84.
- Fountoulakis, K. N., Tsolaki, M. y Kazis, A. (2001). Investigation of "borderline" dementia cases especially of Alzheimer's type in comparison to non-demented patients with similar neuropsychological profile. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 5(1), 55-61.
- Fried, L.P., Ferruci, L., Darer, J., Williamson, J. D. y Anderson, G. (2004). Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *Journals of Gerontology Serie A. Biological Sciences Medical Sciences*, 59, 255-263.
- Fried, L.P., Tangen, C.M., Walston, J., Newman, A.B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W.J., Burke, G. y McBurnie, M.A. (2001). Frailty in older adults: Evidence for phenotype. *Journal of Gerontology Serie A. Biological Sciences Medical Sciences*, 56 (3), 146-156.
- Fried, L.P, Varadhan R, Bohr VA. (2008). Opinion section on frailty. *Mechanisms of Ageing and Development*, 129(11), 665-665.

- Frutos-Alegría, M.T., Moltó-Jordà, J.M., Morera-Guitart, J., Sánchez-Pérez, A. y Ferrer-Navajas, M. (2007). Perfil neuropsicológico del deterioro cognitivo leve con afectación de múltiples áreas cognitivas. Importancia de la amnesia en la distinción de dos subtipos de pacientes. *Revista de Neurología*, 44 (8), 455-459.
- Fuente, M. M., Bayona, I., Fernández de Santiago, F., Martínez, M. y Navas, F.J. (2012). La dependencia funcional del anciano institucionalizado valorada mediante el índice de Barthel. *Gerokomos*, 23(1), 19-22.
- Fuente, M. M., Bayona, I., Martínez, M., Romero, M., Fernández de Santiago, F.J. y Navas, F.J. (2012). Perfil del anciano institucionalizado en residencias privadas de la ciudad de Soria. *Fisioterapia*, 34 (6), 239-244.
- Fuentes Goyanes, E. y Solé Blanch, J. (2012). Las condiciones de vida de las personas mayores y los servicios sociales municipales, *Revista Interuniversitaria*, 19, 83-98.
- Ganguli, M., y Rodríguez, E. (2011). Age, Alzheimer's disease, and the big picture. *International Psychogeriatrics*, 23(10), 1531–1534.
- García Herranz, S. (2013). *Relevancia de los test neuropsicológicos de evaluación de la memoria episódica y de la función ejecutiva como marcadores en la detección precoz del Deterioro Cognitivo Ligero (DCL). Seguimiento longitudinal*. Tesis Doctoral, Madrid: UNED.
- García-Herranz, S., Díaz-Mardomingo, M. C. y Perais, H. (2014). Evaluación y seguimiento del envejecimiento sano y con deterioro cognitivo leve (DCL) a través del TAVEC. *Anales de Psicología*, 30 (1), 372-379.
- García Viedma, M.R. (2006). *Valoración de control atencional como marcador cognitivo del inicio de la enfermedad de Alzheimer*. Tesis Doctoral. Universidad de Jaén.
- Gaugler, J.E., Duval, S., Anderson, K.A. y Kane, R.L. (2007). Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 7 (13), 1-14.

- Gauthier, S., Resiveberg, B., Zaudig, M., Petersen, R. C., Ritchie, K., Broich, K., Belleville, S., Brodaty, H., Bennett, D., Chertkow, H., Cummings, J.L., de Leon, M., Feldman, H., Ganguli, M., Hampel, H., Scheltens, P., Tierney, M.C., Whitehouse, P. y Winblad, B. (2006). Mild cognitive impairment. *Lancet*, 367(9518), 1262-1270.
- Gómez-Isla, T. y Hyman, T. (2003). Neuropathological changes in normal aging, mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. In: Petersen RC, editor. *Mild cognitive impairment* (pp. 191-204). New York: Oxford University Press.
- Gonzalez-Delgado, R., Zapata, J. A., Pérez-Sánchez, J. C., Hormigo, A., Guerrero, R. D. y Baca, A. (2001). Estudio del déficit cognitivo en pacientes ingresados en una residencia geriátrica. *Medicina General*, 38, 792-796.
- Graf, P., y Uttl, B. (1995). Component processes of memory: Changes across the adult lifespan. *Swiss Journal of Psychology*, 54, 113-130
- Graham, J.E., Rocwood, K., Beattie, B.L., Eastwood, R., Gauthier, S., Tuokko, H. y McDowell, I. (1997). Prevalence and severity of cognitive impairment with and without dementia in an elderly population. *Lancet*, 349 (9068) 1793-1796.
- Graham, J. E., Rockwood, K., Beattie, B. L., McDowell, I., Eastwood, R. y Gauthier, S. (1996). Standardization of the diagnosis of dementia in the Canadian study of health and aging. *Neuroepidemiology*, 15 (5), 246-256.
- Grundman, M., Petersen, R.C., Ferris, S.H., Thomas, R.G., Ainsen, P.S., Bennett, D.A., Foster, N.L., Jack, C.R., Galasko, D.R., Doody, R., Kaye, J., Sano, M., Mohs, R., Gauthier, S., Kim, H.T., Jin, S., Schultz, A.N., Schafer, K., Mulnard, R., Van Dyck, C.H., Mintzer, J., Zamrini, E.Y., Cahn-Weiner, D., y Thal, L.J. (2004). Mild cognitive impairment can be distinguished from Alzheimer disease and normal aging for clinical trials. *Archives of Neurology*, 61(1), 59-66.

- Hanninen T., Hallikainen M., Koivisto K., Helkala, E.L., Reinikainen, K.J., Soininen, H., Mykkanen, L., Laakso, M., Pyorala, K. y Riekkinen, P.J. (1995). A follow-up study of age-associated memory impairment: neuropsychological predictors of dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43, 1007-1015
- Hanninen, T., Hallikainen, M., Tuomainen, S., Vanhanen, M. y Soininen, H. (2002). Prevalence of mild cognitive impairment: a population-based study in elderly subjects. *Acta Neurologica Scandinavica*, 106(3), 148-154.
- Harel, B.T., Darby, D., Pietrzak, R.H., Ellis, K.A., Snyder, P.J., y Maruff, P. (2011). Examining the Nature of Impairment in Visual Paired Associate Learning in Amnestic Mild Cognitive Impairment. *Neuropsychology*, 25(6), 752-762.
- Haroutunian, V., Perl, D.P., Purohit, D.P., Marin, D., Khan, K., Lantz, M., Davis, K.L. y Mohs, R.C. (1998). Regional distribution of neuritic plaques in the nondemented elderly and subjects with very mild Alzheimer disease. *Archives of Neurology*, 55 (9), 1185-1191.
- Hickman, S.E., Howieson, D.B., Dame, A., Sexton, G. y Kaye, J. (2000). Longitudinal analysis of the effects of the aging process on neuropsychological test performance in the healthy young-old and oldest-old. *Developmental Neuropsychology*, 17 (3), 323-37.
- Howieson, D.B., Camicioli, R., Quinn, J., Silbert, L.C., Care, B., Moore, M.M., Dame, A., Sexton, G., Kaye, J.A. (2003). Natural history of cognitive decline in the old old. *Neurology*, 60(9), 1489-1494.
- Huppert, F. A., Jorm, A. F., Brayne, C., Girling, D. M., Barkeley, C., Bearsdall, L., y Paykel, E.S. (1996). Psychometric properties of the CAMCOG and its efficacy in the diagnosis of dementia. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 3(3), 201-214.
- Huppert, F.A., Johnson, T. y Nickson, J. (2000). High prevalence of prospective memory impairment in the elderly and in early-stage dementia: Findings from a population-based study. *Applied Cognitive Psychology*, 14, S63-8.

- Huppert, F.A., Williams, J.G., Matthews, F.E., y Nickson, J. (2003). Performance and normative values of a concise neuropsychological test (CAMCOG) in an elderly population sample. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 631-644.
- Hutchens, R.L., Kinsella, G.J., Ong, B., Pike, K.E., Parsons, S., Storey, E., Ames, D., Saling, M.M., Mullaly, E., Rand, E., y Clare, L. (2012). Knowledge and Use of Memory Strategies in Amnesic Mild Cognitive Impairment. *Psychology and Aging*, 27 (3), 768-777.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Ed.). (2005). *Atención a las personas en situación de dependencia en España .LibroBlanco*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/libro-blanco-dependencia.htm>.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Ed.). (2011). *Servicios Sociales dirigidos a Personas Mayores en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. IMSERSO; 2012[acceso 14 de marzo de 2013. Disponible en:http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/opm_sppmm_dic2011.pdf.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Ed.). (2014). *Información destacada de la gestión del sistema para la autonomía y atención a la dependencia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. SAAD. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- Instituto Galego de Estadística (2012). *Enquisa Estructural a fogares*. Xunta de Galicia. Disponible en: <http://www.ige.eu>.
- Instituto Galego de Estadística (2013). *Cifras de poboación. Proxeccións de poboación*. Xunta de Galicia. Disponible en: <http://www.ige.eu>.
- Instituto Nacional de Estadística (Ed.). (2008). *Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD, 2008)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en: <http://www.ine.es/revistas/cifraine/1009.pdf>

Instituto Nacional de Estadística. Ine Base (2011). [www.ine.es]. Madrid: INE; 2011 [acceso 20 de febrero de 2012. Disponible en: <http://www.ine.es>

Instituto Nacional de Estadística (Ed.) (2013). *Tasas de dependencia de mayores de 65 años por Comunidades Autónomas*. Madrid.

Instituto Nacional de Estadística (INEbase) (2014). *Proyección de población 2014-2064*. Madrid.

Kane, R.A., Kane, R.L. (1993). *Evaluación de las necesidades en los ancianos. Guía práctica sobre los instrumentos de medición*. Barcelona: SG Editores, S.A. Fundación Caja Madrid

Kelaiditi, E., Cesari, M., Canevelli, M., Abellan Van Kan, G., Ousset, P.J., Gillette-Guyonnet, S., Ritz, P., Duveau, F., Soto, M.E., Provencher, V., Nourhashemi, F., Salvà, A., Robert, P., Andrieu, S., Rolland, Y., Touchon, J., Fitten, J.L. y Vellas, B. (2013). Cognitive frailty: rational and definition from an (I.A.N.A./I.A.G.G.) international consensus group. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 17(9), 726-734.

Khachaturian, Z.S. (1985). Diagnosis of Alzheimer's disease. *Archives of Neurology*, 42(11), 1097-1105.

Kral, V.C. (1962). Senescent forgetfulness: Benign and Malignant. *Journal of the Canadian Medical Association*, 86, 257-260.

Lawton, M.P. y Brody, E.M. (1969). Assesment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 3, 179-186.

Leiva Saldaña, A., Palacios Gómez, L., Sánchez Ramos, J.L., Forjan Lozano, E. y León Jariego, J.C. (2006). *Deterioro cognitivo y dependencia para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) en una residencia de ancianos; una aproximación a la fuente de dificultad*. Resumen de Comunicaciones. IV Congreso ASANEC. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario.

- Levy, R. (1994). Aging-associated cognitive decline. Working Party of the International Psychogeriatric Association in collaboration with the World Health Organization. *International Psychogeriatrics*, 6, 63-68.
- Lobo, A., Saza, P., Marcos, G., Díaz, J.L., De la Cámara, C., Ventura, T., Morales Asín, F., Fernando Pascual, L., Montañés, J.A., y Aznar, S. (1999). Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Medicina Clínica*, 112, 767-774.
- Lobo, A., Saz, P., Marcos G. y Grupo de Trabajo ZARADEMP (2002). *MMSE: Examen Cognoscitivo Mini-Mental*. Madrid: TEA Ediciones.
- Loewenstein, D.A., Amarilis, A., Small, B.J., Agron, J., Croco, E., y Duara, R. (2009). Stability of different subtypes of mild cognitive impairment among the elderly over a 2- to 3-year follow-up period. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 27(5), 418-423.
- Lojo-Seoane, C., Facal, D., y Juncos-Rabadán, O. (2012) ¿Previene la actividad intelectual el deterioro cognitivo? Relaciones entre reserva cognitiva y deterioro cognitivo ligero. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 47, 270-278.
- Lonie, J. A., Tierney, K. M., y Ebmeier, K. P. (2009). Screening for mild cognitive impairment: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(9), 902-915.
- López, O.L., Jagust, W.J., DeKosky, S.T., Becker, J.T., Fitzpatrick, A., Dulberg, C., Breitner, J., Lyketsos, C., Jones, B., Kawas, C., Carlson, M. y Kuller, L.H. (2003). Prevalence and classification of mild cognitive impairment in the Cardiovascular Health Study Cognition Study: part 1. *Archives of Neurology*, 60, 1385-1389.
- López-López, B.L., Zavala-Díaz, E. y Villuendas-González, E. R. (2011). Estrategias de recuperación de información en el adulto mayor. *Psicogeriatría*, 3 (2), 83-86.

- López-Mongil, R. y López-Trigo, J.A. (2007). Prevalencia de deterioro cognitivo y demencia en residencias españolas: Estudio Resydem. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44(1), 5-11.
- López Pérez-Díaz, A.G., Calero, M.D. y Navarro-González, E. (2013). Predicción del deterioro cognitivo en ancianos mediante el rendimiento en fluidez verbal y atención sostenida. *Revista de Neurología*, 56, 1-7.
- López-Pousa, S. (2003). *CAMDEX-R: Prueba de exploración Cambridge revisada para la valoración de los trastornos mentales en la vejez. Adaptación española*. Madrid: TEA ediciones.
- Lozano-Gallego, M., Vilalta-Franch, J., Llinàs-Reglà, J. y López-Pousa, S. (1999). The Cambridge Cognitive Examination as a tool for detection of dementia. *Revista de Neurología*, 28(4), 348-352.
- Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H.H., Brähler, E. y Riedel-Heller, S.G. (2010). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and Ageing*, 39, 31–38.
- Martín, M.E., Sasson, Y., Crivelli, L., Roldán Gerschovich, E., Campos, J.A., Calcagno, M.L., Leiguarda, R., Sabe, L. y Allegri, R.F. (2013). Relevancia del efecto de posición serial en el diagnóstico diferencial entre el deterioro cognitivo leve, la demencia de tipo Alzheimer y el envejecimiento normal. *Neurología*, 28(4), 219-225.
- Martínez de la Iglesia, J., Onís, M.C., Dueñas, R., Albert, C., Aguado, C. y Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de la depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*, 12 (10), 620-630.

- McKhann, G. M., Knopman, D. S., Chertkow, H., Hyman, B. T., Jack, C. R., Kawas, C. H., Klunk, W. E., Koroshetz, W. J., Manly, J. J., Mayeux, R., Mohs, R. C., Morris, J. C., Rossor, M. N., Scheltens, P., Carillot, M. C., Thies, B., Weintraub, S. y Phelps, C. H. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association Workgroup. *Alzheimer's & Dementia*, 7, 263-269.
- Meguro, K., Ishii, H., Yamaguchi, S., Ishizaki, J., Sato, M., Hashimoto, R., Meguro, M., Lee, E., Tanaka, Y., Kasuya, M. y Sekita, Y. (2004). Prevalence and cognitive performances of clinical dementia rating 0,5 and mild cognitive impairment in Japan. The Tajiri project. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 18(1), 3-10.
- Mías, C.D., Sassi, M., Masih, M.E., Querejeta, R. y Krawchik, R. (2007). Deterioro cognitivo leve: estudio de prevalencia y factores sociodemográficos en la ciudad de Córdoba. *Revista de Neurología*, 44, 733-738.
- Mirra, S.S., Heyman, A., McKeel, D., Sumi, S.M., Crain, B.J., Brownlee, L.M. Vogel, F.S., Hughes, J.P., Van Belle, G., y Berg, L. (1991). The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Part II. Standardization of the neuropathologic assessment of Alzheimer's disease. *Neurology*, 41(4), 479-486.
- Mitchell, J. Arnold, R., Dawson, K., Nestor, P.J., y Hodges, J.R. (2009). Outcome in subgroups of mild cognitive impairment (MCI) is highly predictable using a simple algorithm. *Journal of Neurology*, 256, 1500-1509.
- Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A., y Wager, T. D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "frontal lobe" tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41, 49-100.

- Miyake, A. y Shah, P. (1999). Toward unified theories of working memory: Emerging general consensus, unresolved theoretical issues, and future research directions. In A. Miyake y P. Shah (Eds.). *Models of working memory: Mechanisms of active maintenance and executive control* (pp. 442–481). New York: Cambridge Univ. Press
- Montenegro Peña, M. y Montejo Carrasco, P. (2007). Diagnóstico y perfil diferencial de sujetos con Deterioro Cognitivo Ligero. *Mafre Medicina*, 18 (1), 17-24.
- Moreno Santolaya, M. (2013). *Variación en el perfil de usuarios en un centro residencial para personas mayores. Comparativa entre el año 2007 y 2012*. TFG. Universidad de La Coruña.
- Morris, J.C. y Price, J.L. (2001). Pathologic Correlates of Nondemented Aging, Mild Cognitive Impairment, and Early-Stage Alzheimer's Disease. *Journal of Molecular Neuroscience*, 17, 101-118.
- Morris, J. C., Storandt, M., McKeel, D. W., Rubin, E.H., Price, J.L., Grant, E.A. y Berg, L. (1996). Cerebral amyloid deposition and diffuse plaques in “normal” aging. Evidence for presymptomatic and very mild Alzheimer's disease. *Neurology*, 46(3), 707-719.
- Mulet, B., Sánchez-Casas, R. M., Arrufat, M. T., Figuera, L., Labad, A. y Rosich, M. (2005). Deterioro cognitivo anterior a la enfermedad de Alzheimer: Tipologías y evaluación. *Psicothema*, 17(2), 250-256.
- Murdock, B.B. (1962). The Serial Position Effect of Free Recall. *Journal of Experimental Psychology*, 64(5), 482-488.
- Navarro-Gonzalez, E. y Calero, M.D. (2011). Relación entre plasticidad y ejecución cognitiva: el potencial de aprendizaje en ancianos con deterioro cognitivo. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 1 (2), 45-59.
- Nicolás Torres, D. (2014). Los problemas de la fragilidad en las personas mayores de 80 años: Perspectiva enfermera. Tesis Doctoral. Universidad Católica de Murcia.

- Organización Mundial de la Salud (2001). *Aprobación de la clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF)*. Resolución 54/21 de la 54 Asamblea Mundial de la Salud realizada en 22/05/01.
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (2013). *Demencia una prioridad de salud pública*. Washington, DC: OPS.
- Palmer, K., Wang, H.X., Backman, L., Winblad, B. y Fratiglioni, L. (2002). Differential evolution of cognitive impairment in nondemented older persons: results from the Kungsholmen Project. *The American Journal of Psychiatry*, 159(3), 436-442.
- Park, D. y Minear, M. (2004). Cognitive aging: New directions for old theories. En R. A. Dixon, L. Bäckman, y L.G. Nilson (Ed.), *New frontiers in cognitive aging* (pp.19-40). New York: Oxford University Press.
- Paul, R., Cohen, R., Moser, D., Zawacki, T. y Gordon, N. (2002) The serial position effect in mild and moderately severe vascular dementia. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8, 584-587.
- Peraita, H., García-Herranz, S. y Díaz-Mardomingo, C. (2011). Evolution of specific cognitive subprofiles of mild cognitive impairment in a three-year longitudinal study. *Current Aging Science*, 4, 171-182.
- Pereiro, A.X., Ramos-Lema, S., Juncos-Rabadán, O., Facal, D. y Lojo-Seoane, C. (2015). Normative scores of the Cambridge Cognitive Examination-Revised in healthy Spanish population. *Psicothema*, 27, 32-39.
- Petersen, R. C. (2003). *Mild cognitive impairment. Aging to Alzheimer`s disease*. New York: Oxford University Press.
- Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine*, 256, 183-194.
- Petersen, R. C., Doody, R., Kurtz, A., Mohs, R. C., Morris, J. C., Rabins, P. V., Ritchie, K., Rossor, M., Thal, L. y Winblad, B. (2001). Current concepts in mild cognitive impairment. *Archives of Neurology*, 58, 1985- 1992.

- Petersen, R. C., Ivnik, R. J., Boeve, B. F., Knopman, D. S., Smith, G. E. y Tangalos, E. G. (2004). Outcome of clinical subtypes of mild cognitive impairment. *Neurology*, 62, A29S.
- Petersen, R. C., y Morris, J. C. (2005). Mild cognitive impairment as a clinical entity and treatment target. *Archives of Neurology*, 62 (7), 1160-1173.
- Petersen, R. C. y Negash, S. (2008). Mild Cognitive Impairment: An Over-view. *CNS Spectrums*, 13 (1), 45-43.
- Petersen, R.C., Roberts, R.O., Knopman, D.S., Boeve, B.F., Geda, Y.E., Ivnik, R. J., Smith, G.E. y Jack, C.R. (2009). Mild cognitive impairment: Ten years later. *Archives of Neurology*, 66, 1447-1455.
- Petersen, R.C., Smith, G.E., Waring, S.C., Ivnik, R.J., Tangalos, E.G. y Kokmen, E. (1999). Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Archives of Neurology*, 56(3), 303-308.
- Ratcliff, R., Thapar, A. y McKoon, G. (2004). A diffusion model analysis of the effects of aging on recognition memory. *Journal of Memory and Language*, 50, 408-424.
- Real, T. (2008). Dependencia funcional, depresión y calidad de vida en ancianos institucionalizados. *Informaciones Psiquiátricas*, 192, 163-178.
- Ribeiro, F., Guerreiro, M. y De Mendonça, A. (2007). Verbal learning and memory deficits in Mild Cognitive Impairment. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 29(2), 187-197.
- Ritchie, K., Artero, S. y Touchon, J. (2001). Classification criteria for mild cognitive impairment: a population-based validation study. *Neurology*, 56 (1), 37-42.
- Robertson, D.A., Savva, G.M. y Kenny, R.A. (2013). Frailty and cognitive impairment- A review of the evidence and causal mechanisms. *Ageing Research Reviews*, 12, 840-851.

- Rockwood, K., Andrew, M. y Mitnitski, A. (2007). A comparison of two approaches to measuring frailty in elderly people. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 62, 738–743.
- Rodríguez, I., Espantaleón, L. y López, R. (2009). *Prevalencia del deterioro cognitivo “oculto” (no diagnosticado) en una residencia. Factores relacionados*. Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, Bilbao.
- Rodriguez Díaz, M.T., Cruz Quintana, F. y Pérez-Marfil, M.N. (2013). Dependencia funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas. *Index de Enfermería/Primer-Segundo Trimestre*, 23 (1-2), 36-40.
- Rodriguez Fernández, R. (2010). Cambios en la memoria de trabajo asociados al proceso de Envejecimiento. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Rodriguez Rodríguez, N., Juncos-Rabadán, O. y Facal-Mayo, D. (2008). Discriminación mediante marcadores cognitivos del deterioro cognitivo leve frente al envejecimiento normal. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 43(5), 291-298.
- Rojas Ocañas, M^a. J., Toronjo, A., Rodríguez Ponce, C. y Rodríguez Rodriguez, J. B. (2006). Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. *Gerokomos*, 17 (1), 6-23.
- Roth, M., Tym, E., Mountjoy, C.Q., Huppert, F.A., Hendrie, H., Verma, S. y Goddard, R.(1986). CAMDEX. A standardised instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia. *The British Journal of Psychiatry*, 149, 698-709.
- Roth, M., Huppert, F.A., Mountjoy, C.Q. y Tym, E. (1998). *CAMDEX-R: The Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly - Revised*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ruan, Q., Yu, Z., Chen, M., Bao, Z., Li, J. y He, W. (2015). Cognitive frailty, a novel target for the prevention of elderly dependency. *Ageing Research Reviews*, 20, 1-10.

- Rubin, E.H., Storandt, M., Miller, J.P., Kinscherf, D.A., Grant, E.A., Morris, J.C. y Berg, L. (1998). A prospective study of cognitive function and onset of dementia in cognitively healthy elders. *Archives of Neurology*, 55(3), 395-401.
- Saito, Y. y Murayama, S. (2007). Neuropathology of mild cognitive impairment. *Neuropathology* 27(6), 578-584.
- Salmerón, M. y Alonso, P. (2006). Factores asociados a la institucionalización de pacientes con demencia y sobrecarga del cuidador. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 60, 129-147.
- Salthouse, T. H. y David, H.P. (2006). Organization of cognitive abilities and neuropsychological variables across the lifespan. *Developmental Review*, 26, 31–54.
- Salvà, A., Roqué, M., Vallès, E., Bustins, M., Rodó, M. y Sánchez, P. (2014). Descripción del perfil de complejidad de los pacientes admitidos en unidades sociosanitarias de larga estancia entre los años 2003 y 2009. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 49 (2), 59–64.
- Saunders, N. L. y Summers, M. J. (2010). Attention and working memory deficits in mild cognitive impairment. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 32 (4), 350-357.
- Schaie, K.W. (1989). The Hazards of cognitive Aging. *The Gerontologist*, 29 (4), 484-493.
- Schmand, B., Walstra, G., Lindeboom, J., Teunisse, S. y Jonker, C. (2000). Early detection of Alzheimer's disease using the Cambridge cognitive examination (CAMCOG). *Psychological Medicine*, 30(3), 619-627.
- Serra, L. y Caltagirone C. (2008). Mild Cognitive Impairment ovvero la fase preclinica Della demenza. *Neurologia italiana*, 2, 9-19.

- Sheikh, J.I. y Yesavage, J.A. (1986). Geriatric Depression Scale GDS: Recent evidence and development of a shorter version. En T.L. Brink (ed), *Clinical Gerontology: A guide to assessment and intervention* (pp. 165-173). N.Y.: Haworth Pres.
- Shiffrin, R.M. (1975). Short-term store: the basis for a memory system. En F. Restle, R.M. Shiffrin, N.J. Castellan, H. Lindman, & D.B. Pisoni (Eds.), *Cognitive theory*. (Vol. 1). (pp. 193-218). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Shiffrin, R. M. y Cook, J. R. (1978). Short-term forgetting of item and order information. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 17, 189-218
- Silveri, M., Reali, R., Jenner, C. y Puopolo, M. (2007) Attention and memory in the preclinical stage of dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 20(2), 67-75.
- Simón, T., Ruiz Gallego-Largo, T. y Suengas, A. G. (2009). Memoria y envejecimiento: recuerdo, reconocimiento y sesgo positivo. *Psicothema*, 21(3), 409-415.
- Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia (SISSAD) (2014). *Datos de dependencia en España en cuanto al género*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Song, X., Mitnitski, A. y Rockwood, K. (2011). Non traditional risk factors combine to predict Alzheimer disease and dementia. *Neurology* 77, 227-234.
- Sperling, R. A., Aisen, P. S., Beckett, L. A., Bennett, D. A., Craft, S., Fagan, A. M., Iwatsubo, T., Jack, C. R., Kaye, J., Montine, T. J., Park, D. C., Reiman, E. M., Rowe, C. C., Siemers, E., Stern, Y., Yaffe, K., Carrillo, M. C., Thies, B., Morrison-Bogorad, M., Wagster, M. V. y Phelps, C. H. (2011). Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association workgroup. *Alzheimer's & Dementia*, 7(3), 1-13.

- Tognoni, G., Ceravolo, R., Nucciarone, B., Bianchi, F., Dell'Agnello, G., Ghicopulos I, Siciliano, G. y Murri, L. (2005). From mild cognitive impairment to dementia: a prevalence study in a district of Tuscany, Italy. *Acta Neurologica Scandinavica*, 112(2), 65-71.
- Tomlinson, B.E., Blessed, G. y Roth, M. (1968). Observations on the brains of non-demented old people *Journal of Neurological Sciences*, 7, 331-356
- Torres, M., Núñez, J., Martínez, J. y Suárez, J.M. (2007). *La atención de las necesidades residenciales para las personas mayores*. IESE Business School. Universidad de Navarra.
- Tulving, E. (1991). Concepts of human memory. En L.R. Squire, N.M. Weinberger, G. Lynch y J.L. McGaugh (Eds.), *Memory: Organization and Locus of Change*. New York: Oxford University Press.
- Tulving, E. (1993) What is episodic memory?. *Current Perspectives in Psychological Science*, 2, 67-70.
- Tulving, E. (1995). Organization of memory: quo vadis? En M.S. Gazzaniga (Ed.), *The cognitive neurosciences* (pp. 839-847). Cambridge, MA: MIT Press.
- Valdiviesco, C., García-Martín, J., Ponce, J. y Rodríguez, L.P. (2002). Valoración de la institucionalización de los sujetos ancianos en relación a su dependencia, en función de la capacidad para las actividades de la vida diaria. *Revista Motricidad. European Journal of Human Movement*, 8, 95-110.
- Vallejo, J.M. y Rodríguez palma, M. (2010). Prevalencia de deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados. *Gerokomos*, 21(4), 153-157.
- Verbrugge, L.M., y Jette, A.M. (1994). The disablement process. *Social Science and Medicine*, 38,1-14.
- Vilalta-Franch, J., Lozano-Gallego, M., Hernández-Ferrándiz, M., Llinàs-Reglà, J., López-Pousa, S. y López, O. L. (1999). Neuropsychiatric inventory. Propiedades psicométricas de su adaptación al español. *Revista de Neurología* 29, 15-19.

- Winblad, B., Palmer, K., Kivipelto, M., Jelic, V., Fratiglioni, L., Wahlund, L.O., Nordberg, A., Bäckman, L., Albert, M., Almkvist, O., Arai, H., Basun, H., Blennow, K., De Leon, M., DeCarli, C., Erkinjuntti, T., Giacobini, E., Graff, C., Hardy, J., Jack, C., Jorm, A., Ritchie, K., Van Duijn, C., Visser, P. y Petersen, R.C. (2004). Mild cognitive impairment – beyond controversies, towards a consensus: report of the international group on mild cognitive impairment. *Journal of Internal Medicine*, 256, 240-246.
- Woods, R. (1979). *Population analysis in Geography*. Londres: Longman.
- Xunta de Galicia. (2013). *Estratexia para a prevención e detección precoz da dependencia en Galicia. HORIZONTE 2020*. Santiago de Compostela: Consellería de Traballo e Benestar. Secretaría Xeral de Política Social.
- Yanguas, J.J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Premio IMSERSO “Infanta Cristina” 2004. Madrid: IMSERSO.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. y Leirer, V.O. (1982). Development and validation of a geriatric depression rating scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49.



VII. ANEXOS

PROTOCOLO DE RECOGIDA DE DATOS

CÓDIGO PARTICIPANTE: _____ N. HISTORIA: CLÍNICA:

CENTRO: _____ DR.:

EVALUADOR: _____

FECHA DE HOY _____

NOMBRE Y APELLIDOS _____

SEXO: H M FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ TLFNO: _____

DIRECCIÓN: _____

ESTADO CIVIL: (Señálese con una cruz)

SOLTERO_ CASADO_ VIUDO_ OTROS_

NIVEL DE ESTUDIOS: (Señálese con una cruz)

PRIMARIOS_ SECUNDARIOS_ UNIVERSITARIOS_

AÑOS DE ESCOLARIZACIÓN TOTAL: _____

PROFESIÓN: _____

(si está jubilado o parado o en activo, indique cual es su caso y, en que profesión ha desarrollado su vida laboral)

EN LA ACTUALIDAD VIVE: (Señálese con una cruz)

SOLO_ CÓNYUGE_ HIJOS_ OTROS_ ¿Quiénes?: _____

ENFERMEDADES DESTACABLES (Señálese si se presentan en la actualidad o no)

FÁRMACOS O TRATAMIENTOS MÉDICOS SEGUIDOS: (Señálese el motivo de su prescripción)

ANTECEDENTES DE PROBLEMAS DE MEMORIA EN LA FAMILIA: (Indíquese el problema o enfermedad y el grado de parentesco con el sujeto)

¿REALIZA DE MANERA HABITUAL ACTIVIDADES PARA EL ENTRENAMIENTO DE SU MEMORIA O ACUDE ALGÚN TALLER ESPECÍFICO? (Indíquese si o no en caso afirmativo especifíquense las actividades realizadas y áreas cognitivas implicadas)

¿UTILIZA GAFAS/ LENTES DE CONTACTO? SI NO

¿UTILIZA PRÓTESIS AUDITIVAS? SI NO

¿TIENE PROBLEMAS DE MOVILIDAD EN LAS MANOS? SI NO

EL SUJETO ES: DIESTRO__ ZURDO__ AMBIDIESTRO__

¿QUÉ LENGUAS HABLA?:
CASTELLANO__ GALLEGO__ OTRAS ¿Cuáles?:_____

¿CON QUÉ FRECUENCIA VE LA TV? (Señálese con una cruz)
NUNCA_ 1/2 HORAS AL DÍA_ 2/4 HORAS AL DÍA_ MÁS DE 4 HORAS_

¿CON QUÉ FRECUENCIA LEE EL PERIÓDICO/REVISTAS? (Señálese con una cruz)
TODOS DÍAS_ 1/2 VECES POR SEMANA_ 1 VEZ POR SEMANA_ NUNCA_

¿PARTICIPA EN ACTIVIDADES SOCIALES? (Excursiones, reuniones, fiestas, comidas, etc.) (Señálese su frecuencia marcando con una cruz)
Nunca (1) Pocas Veces (2) Muchas Veces (3) Siempre (4)

¿PERTENECE A ALGUNA ASOCIACIÓN CULTURAL Y PARTICIPA EN SUS ACTIVIDADES?
Nunca (1) Pocas Veces (2) Muchas Veces (3) Siempre (4)

OBSERVACIONES:

EN CASO DE NO ASISTIR A TODAS LAS SESIONES INDICAR CAUSA: