

IMPLICACIONES PRÁCTICAS PARA LA INVESTIGACIÓN EN BIENESTAR Y SALUD

Comps.

María del Mar Molero Jurado
María del Carmen Pérez-Fuentes
Pablo Molina Moreno
Maria Sisto



Edita: ASUNIVEP

Implicaciones prácticas para la investigación en bienestar y salud

Comps.

**María del Mar Molero Jurado
María del Carmen Pérez-Fuentes
Pablo Molina Moreno
Maria Sisto**

© Los autores. NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los textos publicados en el libro “Implicaciones prácticas para la investigación en bienestar y salud”, son responsabilidad exclusiva de los autores; así mismo, éstos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar, así como los referentes a su investigación.

Edita: ASUNIVEP

ISBN: 978-84-09-48791-2

Depósito Legal: AL 431-2023

Imprime: Artes Gráficas Salvador

Distribuye: ASUNIVEP

No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright

CAPÍTULO 1*Cuidados en la patología de la fibrosis quística*

Susana Villar García, Lucía Ferreira Díaz, Esther Cernuda Buelga, y Mireia Sanfiz Ferrón..... 17

CAPÍTULO 2*Análisis composicional de implantes metálicos cremados y su reciclaje en España: Escenario actual y consideraciones futuras*

Iñigo Lorenzo Ruiz 23

CAPÍTULO 3*Analgesia epidural en las diferentes fases del parto: Actualización de conocimientos para matronas*

Jesús Moreno Serrano, José Cruz-Contarini López, y Carmen Alé Palacios..... 29

CAPÍTULO 4*Revisión sobre el diagnóstico de la Incontinencia Urinaria en la mujer*

Manuel Jesús Sánchez González..... 35

CAPÍTULO 5*Abordaje de la sexualidad en el periodo puerperal: El papel de la enfermera obstétrico-ginecológica*

Sandra García Domínguez, Andrea Serrano Moreno, y Paloma Méndez León..... 41

CAPÍTULO 6*Actualización sobre el abordaje de la inhibición de la lactancia materna*

José Cruz-Contarini López, Ana López Aguilera, y Sandra Escobar del Pino 49

CAPÍTULO 7*Competencia del cérvix durante la gestación: Factores relacionados con el inicio de parto e incompetencia cervical*

Sara Orozco Roch, Silvia Mendoza García, y Noelia Benítez Santos 57

CAPÍTULO 8*Efectos positivos de las curas húmedas en heridas crónicas*

Irene Vidal Valverde..... 65

CAPÍTULO 9*Ventajas y desventajas del trabajo de parto y la planificación del nacimiento*

Irene Vidal Valverde..... 71

CAPÍTULO 10

Importancia del diagnóstico precoz de la preeclampsia

Carmen Valverde Vioque e Irene Vidal Valverde 77

CAPÍTULO 11

Ventajas del tratamiento no farmacológico en la patología del Parkinson

Carmen Valverde Vioque e Irene Vidal Valverde 83

CAPÍTULO 12

Intervención enfermera en pacientes con colitis ulcerosa

Susana Martínez Flórez, Miriam Fernández López, y Lorena Álvarez del Barrio, y Eduardo Alba Pérez 89

CAPÍTULO 13

Estilo de vida en adultos portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2 habitantes de una comunidad de Tamaulipas, México

Flor Esthela Carbajal Mata, Patricia Rivera Vázquez, Carlos Alberto Carreón Gutiérrez, Jorge Daniel Hernández Ortega, Sandra Angélica Ramírez Hernández, Sanjuana de Jesús Ramos Luna, Ma. Elena Torres Rubio, Ma. Guadalupe Vázquez Salazar, Rosa Elvia Montoya García, y Laura Roxana de los Reyes Nieto 97

CAPÍTULO 14

Diagnóstico y seguimiento de las valvulopatías durante el embarazo

María Ángeles Ruiz Alfonso, Patricia Boza Novo, y Tania María Luque Patino 103

CAPÍTULO 15

Trastornos hipertensivos detectados durante el embarazo

Tania María Luque Patino, María Ángeles Ruiz Alfonso, y Patricia Boza Novo 111

CAPÍTULO 16

Proyecto de prevención de consumo de hipnosedantes en personal sanitario

María Moya Sola e Irene De la Torre Rubio 119

CAPÍTULO 17

Dermatitis alérgica de contacto provocada por el uso de cosméticos ungueales

María Teresa García Martínez, Carmen García Gomariz, y Enrique Sanchís Sales 129

CAPÍTULO 18

Aproximación al manejo del niño con ataxia aguda en urgencias

Mario Gato Moreno 141

CAPÍTULO 19*Estudio del desarrollo de la marcha infantil: Evolución hacia una marcha adulta*

Pilar Nieto Gil, Carmen García Gomariz, Montse Alcahuz Griñán, María José Chiva Miralles, Enrique Sanchís Sales, Carlos Blasco García, y Carmen Sáez Salinas..... 149

CAPÍTULO 20*Hemorragia intraventricular en prematuros: Predicción de mortalidad*

Antonio Jesús Santos Luna, Verónica Carmona Moreno, Sheila Pulgarín Vilches, Álvaro Rojano Gálvez, Dolores Jiménez Prieto, Elena Córdoba Salamanca, Carmen María Jiménez Prieto, Francisco Javier Sánchez Jiménez, María Dolores Hoyos Lara, y María José García Soler 155

CAPÍTULO 21*Manejo de enfermería al paciente portador de traqueotomía: Revisión sistemática*

Almudena Simón Portillo, Josefa Navarro Valero, y Encarnación Belén Parra López 161

CAPÍTULO 22*Enfermería española en el código ictus*

Víctor Valero Moreno, Celia Aguado Ruiz, y María del Pilar Teruel Francés 167

CAPÍTULO 23*Las especialidades en enfermería y su relación con las necesidades de salud en Tamaulipas, México*

Carlos Alberto Carreón Gutiérrez y Flor Esthela Carbajal Mata 173

CAPÍTULO 24*Utilidad de la radiofrecuencia en el tratamiento del Neuroma de Morton: Revisión bibliográfica*

Enrique Sanchís Sales, Carmen García Gomariz, María Sanz Climent, María José Chiva Miralles, Pilar Nieto Gil, Montse Alcahuz Griñán, y Carlos Blasco García..... 181

CAPÍTULO 25*Rol de la Enfermería en Salud Mental*

Isabel María Oliver Jiménez, José Arcioles Fernández, y María Luisa Sánchez Martínez..... 189

CAPÍTULO 26*Evidencia científica y beneficios del ejercicio físico en depresión*

Elena García Martínez 195

CAPÍTULO 27

Eficacia del lavado de manos en los manipuladores para la prevención de contaminaciones microbiológicas en alimentos

Beatriz Gilabert Ferre y María Concepción Mesa García..... 201

CAPÍTULO 28

Protocolo de atención de enfermería al paciente politraumatizado a su llegada al servicio de urgencias

Cristina Serrano García, Beatriz de Diego Jaime, y Laura Ortiz Vázquez 207

CAPÍTULO 29

Influencia de la reserva cognitiva sobre el rendimiento cognitivo en adultos mayores

Eduardo José Fernández Rodríguez, Celia Sánchez Gómez, Fausto José Barbero Iglesias, Alberto García Martín, Susana Sáez Gutiérrez, Irene Escosura Alegre, y Laura Urrutia González..... 213

CAPÍTULO 30

La importancia de la atención plena en el desempeño óptimo de las Actividades de la Vida Diaria

Elena García Martínez 225

CAPÍTULO 31

Estudio sobre distintos grupos de alimentos y su regulación en la Unión Europea

José Delgado Mojarro y Mirian Garrucho Garrucho 231

CAPÍTULO 32

Coadyuvantes tecnológicos en el vino: Su uso y sus límites

María Concepción Mesa García y Beatriz Gilabert Ferre..... 237

CAPÍTULO 33

Quejas subjetivas de memoria y personalidad: Una aproximación desde el modelo de personalidad de Millon

Olga Pellicer Porcar y Sergio Molina Rodríguez 245

CAPÍTULO 34

Manejo del dolor del profesional de enfermería en pacientes oncológicos Postoperados

Juan Carlos García Villa, José Alfredo Romero Soriano, Guadalupe Rojas Morales, y Virginia Hernández Castañeda 251

CAPÍTULO 35*Influencia de la edad en el patrón estacional de los trastornos bipolares*

Noemí Molina Pérez, Jessica Pereira López, y María Isabel Santana Ortiz257

CAPÍTULO 36*La importancia de la biomecánica en el parto*

Nagore Villanueva Tuñón265

CAPÍTULO 37*Análisis comparativo de las distintas Técnicas Neuroaxiales para Analgésia Obstétrica*

Adrián Santos Macías, Sandra Amador Miranda, y Pablo Romero Ávila273

CAPÍTULO 38*Abordaje de la Diabetes Mellitus tipo 2*

Belén Mantas González, Tamara Moya Ferrón, e Ikram Mohamed Gomari283

CAPÍTULO 39*Prevención de riesgos biológicos y psicosociales en el ámbito laboral*

Antonio Marruecos Mansilla289

CAPÍTULO 40*Influencia de la Actividad Física en el Impacto del Sedentarismo Prolongado sobre la Función Endotelial en Adultos: Protocolo de Investigación*

Francisco Javier Soto Rodríguez, Laura Sánchez Bermejo, Pedro Jesús Milla Ortega, Dogukan Baran Gungormus, y José Manuel Pérez Mármol297

CAPÍTULO 41*Proceso de enfermería en el tromboembolismo pulmonar agudo*

Laura Ortiz Vázquez, Cristina Serrano García, y Beatriz de Diego Jaime307

CAPÍTULO 42*Estudio del rendimiento cognitivo y de las variables sociodemográficas en adultos mayores sanos no institucionalizados*

Celia Sánchez Gómez, Fausto José Barbero Iglesias, Eduardo José Fernández Rodríguez, Irene Escosura Alegre, Alberto García Martín, Laura Urrutia González, y Susana Sáez Gutiérrez313

CAPÍTULO 43

Revisión bibliográfica: Tratamiento Anticoagulante Oral en atención primaria

María Paz Cascales Porto, María De Los Ángeles Blasco Rocamora, Laura Rojas Pérez, María Antonia Hernández Arranz, María José Sánchez Sánchez, Dolores María Martínez Buendía, Antonio Mon Morales, y Víctor Gallego Herrera 325

CAPÍTULO 44

Repercusiones en la enfermedad cardiovascular tras años de pandemia

María Jesús Martínez Soriano, Raquel Mercedes Fernández Garzón, y Alexandra María Aceituno Caño 331

CAPÍTULO 45

Eficacia de la Fisioterapia Respiratoria en pacientes diagnosticados de Bronquiolitis

Milagros Cabrera Bravo, María Carmen Vivas Martín, y David González Bohórquez 337

CAPÍTULO 46

La presencia del síndrome de burnout en los Centros Especiales de Empleo (CEE)

Ana María Hernández Fernández 343

CAPÍTULO 47

Ocio y actividad lúdica durante el ingreso en una unidad de hospitalización breve de salud mental: Intervención desde terapia ocupacional

María de las Nieves Romero Muñoz, Luna Begines Fernández, Virginia Jurado Ruiz, y Laura Cerón Lorente..... 349

CAPÍTULO 48

Impacto socioeconómico de la COVID-19 en pacientes oncológicos

Alberto García Martín, Celia Sánchez Gómez, Eduardo José Fernández Rodríguez, Susana Sáez Gutiérrez, Laura Urrutia González, e Irene Escosura Alegre 355

CAPÍTULO 49

Enfermería y los diferentes métodos de valoración de las úlceras por presión

María Blanco Rovira, Antonia Rocío Martínez Viejo, y María Alfonso Castro 361

CAPÍTULO 50***Trastuzumab y Pertuzumab en mujeres de mediana edad diagnosticadas de cáncer de mama Her2-Positivo***

Álvaro Rojano Gálvez, Verónica Carmona Moreno, María José García Soler, Dolores Jiménez Prieto, Elena Córdoba Salamanca, Carmen María Jiménez Prieto, Francisco Javier Sánchez Jiménez, María Dolores Hoyos Lara, José Antonio Carrillo Berruezo, y María de los Ángeles Huelva Leal367

CAPÍTULO 51***Efectos de un tratamiento de terapia miofascial en supervivientes de cáncer de cabeza y cuello***

Lucía Ortiz Comino, Miguel Ángel Fernández Gualda, Paula Postigo Martín, María Dolores López Fernández, María Fernández González, Mario Lozano Lozano, María de la Cabeza López Garzón, María del Rocío Gil Gutiérrez, y Ángela González Santos ..373

CAPÍTULO 52***Consecuencias de la Sedoanalgesia Prolongada en pacientes con Ventilación Mecánica en Unidades de Cuidados Intensivos: Revisión sistemática***

Elena Córdoba Salamanca, Carmen María Jiménez Prieto, Francisco Javier Sánchez Jiménez, María Dolores Hoyos Lara, José Antonio Carrillo Berruezo, María de los Ángeles Huelva Leal, Marta Herrero Pérez, María Castellano Ruz, Verónica Galán Marín, y Luna López González381

CAPÍTULO 53***Adaptación y validación de la Escala Corta de Úlcera de Pie Diabético en pacientes españoles***

Carmen María Jiménez Prieto, Francisco Javier Sánchez Jiménez, María Dolores Hoyos Lara, José Antonio Carrillo Berruezo, María de los Ángeles Huelva Leal, Marta Herrero Pérez, María Castellano Ruz, Verónica Galán Marín, Luna López González, y Antonio Jesús Santos Luna389

CAPÍTULO 54***Mejorar la calidad de vida del mayor a través del envejecimiento activo***

Francisco Javier Sánchez Jiménez, María Dolores Hoyos Lara, José Antonio Carrillo Berruezo, María de Los Ángeles Huelva Leal, Marta Herrero Pérez, María Castellano Ruz, Verónica Galán Marín, Luna López González, Antonio Jesús Santos Luna, y Sheila Pulgarín Vilches.....397

CAPÍTULO 55

Flexibilidad psicológica y Trastorno de Estrés Postraumático

Sebastián Latorre Rodríguez, Maria Gioia Insinga y María Isabel Garrido Rodríguez 405

CAPÍTULO 56

Evaluación de protocolos de reducción de mortalidad con el uso temprano de la ventilación mecánica no invasiva en urgencias prehospitalarios: Estudio de cohortes

María José García Soler, Dolores Jiménez Prieto, Elena Córdoba Salamanca, Carmen María Jiménez Prieto, Francisco Javier Sánchez Jiménez, María Dolores Hoyos Lara, José Antonio Carrillo Berrueto, María de los Ángeles Huelva Leal, Marta Herrero Pérez, y María Castellano Ruz 411

CAPÍTULO 57

Pacientes ingresados en unidad de Hospitalización a Domicilio de nueva creación

Raquel Mercedes Fernández Garzón, Alexandra María Aceituno Caño, y María Jesús Martínez Soriano 419

CAPÍTULO 58

Lesiones compatibles con tuberculosis porcina detectadas en la inspección postmortem en cerdos destinados a autoconsumo

Felicia Blanco Cañadas 425

CAPÍTULO 59

¿Epilepsia rolándica? Prevención y tratamiento

Yolanda Fernández Morodo, Antonio Jesús Mora Talavera, y Laura María Árbol Guerrero..... 431

CAPÍTULO 60

Efectos positivos de la participación activa en un programa de aforestación sobre el estrés y la ansiedad en adultos sanos

Dogukan Baran Gungormus, Pedro Jesús Milla Ortega, Laura Sánchez Bermejo, Francisco Javier Soto Rodríguez, y José Manuel Pérez Mármol 441

CAPÍTULO 61

Efecto de la inmovilización tras la fractura de muñeca en la musculatura del hombro durante las Actividades de la Vida Diaria: Proyecto de estudio

Leire Cruz Gambero, Santiago García Orza, y Raquel Cantero Téllez 447

CAPÍTULO 62*Efectos de la tecarterapia en la prevención de lesiones y la fuerza muscular*

Lourdes García Luque, Sandra Alcaraz Clariana, y Jorge Bobadilla Manzano455

CAPÍTULO 63*Relación entre la fatiga, las propiedades viscoelásticas y la movilidad cervical y lumbar de sujetos deportistas y sujetos sanos sedentarios*

Sandra Alcaraz Clariana, Francisco José Gil Tejero, y Lourdes García Luque469

CAPÍTULO 64*Abordaje de enfermería en la terapia de posicionamiento en decúbito prono en pacientes con infección por SARS-COV-2*

María Dolores Hoyos Lara, José Antonio Carrillo Berruezo, María de los Ángeles Huelva Leal, Marta Herrero Pérez, María Castellano Ruz, Verónica Galán Marín, Luna López González, Antonio Jesús Santos Luna, Sheila Pulgarín Vilches, y Álvaro Rojano Gálvez479

CAPÍTULO 65*Efectividad del ejercicio terapéutico en lesiones del manguito rotador: Revisión bibliográfica*

Susana Martínez Flórez, Carlos Villar González, Eduardo Alba Pérez, y Lorena Álvarez Del Barrio487

CAPÍTULO 66*Infección aguda por SARS-COV2 en un hospital de referencia*

Alexandra María Aceituno Caño, María Jesús Martínez Soriano, y Raquel Mercedes Fernández Garzón495

CAPÍTULO 67*Efectos adversos de la salpingo-ooforectomía bilateral profiláctica*

Cristina Jiménez Sánchez501

CAPÍTULO 68*Efectos del pilates terapéutico en personas con Esclerosis Múltiple*

Jon Ander Sáez Arrieta, Lorena Álvarez del Barrio, Susana Martínez Flórez, Estefanía González Quiroga, y Eduardo Alba Pérez509

CAPÍTULO 69*Eficacia de la punción seca en pacientes con disfunciones de la articulación temporomandibular*

Estefanía González Quiroga, Susana Martínez Flórez, Jon Ander Sáez Arrieta, Lorena Álvarez del Barrio, y Eduardo Alba Pérez519

CAPÍTULO 70

Revisión bibliográfica sobre el ictus: Valoración y tratamiento

Ana Isabel Cortés Caro, Jesús Palacín Waissen, y Ana Romero Medina 527

CAPÍTULO 71

Análisis de la calidad del sueño de los pacientes que acuden a urgencias

José María Trillo Fernández, Trinidad Montero Vílchez, y Sara Domingo Roa 533

CAPÍTULO 72

Optimización de la Eficiencia Sanitaria a través del Programa de Recuperación Intensificada Quirúrgica

Diego Ruiz Salvador y Emilia Torralbo Ojeda 539

CAPÍTULO 73

Terapia de oxígeno de bajo flujo humidificado versus no humidificado en población adulta

Luna López González, Antonio Jesús Santos Luna, Sheila Pulgarín Vilches, María José García Soler, Álvaro Rojano Gálvez, Verónica Carmona Moreno, Dolores Jiménez Prieto, Elena Córdoba Salamanca, Carmen María Jiménez Prieto, y Francisco Javier Sánchez Jiménez 545

CAPÍTULO 74

Proyecto: Determinación del perfil neuropsicológico en pacientes con hidrocefalia pediátrica residentes en Zanzíbar, Tanzania

Encarnación Rama Galdón, Arantza Duque Moreno, Paula Martínez López, Marta Aliño Costa, Irene Cano López, Sara Puig Pérez, y María José García Rubio 551

CAPÍTULO 75

Miedo a la muerte en tiempos de COVID-19 en población de Torreón, Coahuila

Víctor Manuel Velasco Rodríguez, María de Lourdes Limones Aguilar, Gabriel Gerardo Suarez Alemán, y Jonatan Eliasib Flores Lozano 561

CAPÍTULO 76

La realidad virtual con ejercicios gamificados en la población adulta con lesión medular: Protocolo de ensayo clínico controlado aleatorizado

Amaranta de Miguel Rubio, Rafael Juan Flores Rodríguez, Álvaro Alba Rueda, Ignacio Gallego Aguayo, María Dolores de Miguel Rubio 567

CAPÍTULO 77*Evaluación de la percepción de autoeficacia en personas que han sufrido un episodio de ictus*

Pedro Jesús Milla Ortega, Dogukan Baran Gungormus, Francisco Javier Soto Rodríguez, Laura Sánchez Bermejo, y José Manuel Pérez Mármol.....573

CAPÍTULO 78*Síndrome de dolor patelofemoral: Eficacia del vendaje neuromuscular y funcional (Mulligan y McConnell): Una revisión sistemática*

Daniel Bayón Cabanes, Lorena Álvarez del Barrio, Diego Fernández Enríquez, Susana Martínez Flórez, y Eduardo Alba Pérez.....581

CAPÍTULO 79*Efectividad de la terapia miofascial en mujeres postcirugía de cáncer de mama: Una revisión sistemática*

Diego Fernández Enríquez, Eduardo Alba Pérez, Daniel Bayón Cabanes, Susana Martínez Flórez, y Lorena Álvarez Del Barrio589

CAPÍTULO 80*Salpingo-ooforectomía bilateral profiláctica: Definición y tratamiento*

Cristina Jiménez Sánchez595

CAPÍTULO 81*Descripción de una técnica digital para analizar el desgaste producido por las coronas metálicas preformadas cementadas en dientes temporales*

Anabella Reyes Ortiz603

CAPÍTULO 82*Manejo perioperatorio de los anticoagulantes de acción directa*

Jesús Martín García Tocino609

CAPÍTULO 42

Estudio del rendimiento cognitivo y de las variables sociodemográficas en adultos mayores sanos no institucionalizados

Celia Sánchez Gómez*, Fausto José Barbero Iglesias*, Eduardo José Fernández Rodríguez*, Irene Escosura Alegre**, Alberto García Martín**, Laura Urrutia González***, y Susana Sáez Gutiérrez*

Universidad de Salamanca*; *Hospital Clínico Universitario de Salamanca*;

****CAIDIS Las Hayas GSR*

Introducción

El envejecimiento es una realidad mundial, que provoca un incremento en el número y proporción de las personas mayores. Según un informe reciente de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), los individuos mayores de 60 años son el grupo de crecimiento más rápido del mundo (Daffner, 2010).

Europa ocupa una posición relevante en este fenómeno de envejecimiento, es la primera región donde se ha manifestado dicho cambio demográfico y posee una de las proporciones más altas de adultos mayores a nivel mundial (Ferring et al., 2004). Y España no es ajena a la transición demográfica.

El envejecimiento de la población, en sus múltiples y diversas dimensiones, es un tema de enorme interés mundial, es una evidencia no solo científica sino, sobre todo, social y política y, algunas propuestas señalan definitivamente al envejecimiento como un reto social de primera magnitud en los próximos años (Rodríguez et al., 2012).

El envejecimiento puede entenderse como un proceso complejo, y como tal implica una serie de cambios físicos, psíquicos y sociales en la persona que lo atraviesa. Cambios que están influidos por diferentes variables que se presenta de modo diferencial en cada ser humano.

El envejecimiento normal conlleva una serie de cambios neuroanatómicos y fisiológicos, los cuales pueden afectar tanto al sustrato neural como a los diferentes procesos cognitivos. Actualmente, existe una cierta controversia en cuanto a la diferenciación entre el envejecimiento cognitivo normal, con el deterioro cognitivo leve (DCL) y con los primeros estadios de la demencia. Custodio y sus colaboradores en 2012 intentan obtener conclusiones sobre si el DCL es un estado intermedio, es decir, el punto dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia; sin embargo no se ha descrito un evento que determine el inicio de la fase asintomática a la fase sintomática de la pre-demencia, o de la fase pre-demencia sintomática al inicio de la demencia. Además, el DCL debe diferenciarse del deterioro de la memoria del envejecimiento normal, referido como “deterioro de memoria asociado a la edad” (DMAE).

Algunos autores (Pérez y Pinilla, 2014) enfocan el envejecimiento cognitivo como un declive de los recursos de procesamiento relacionados con la atención y la memoria de trabajo, con un descenso en la velocidad de procesamiento, y con dificultades en las tareas ejecutivas y de memoria episódica. Sin embargo, las habilidades de vocabulario y de comprensión pueden permanecer estables con el paso de los años (Singer et al., 2003), incluso puede aumentar el conocimiento declarativo procedimental con la experiencia, lo que permite a las personas mayores enfrentarse con éxito a un gran número de problemas cotidianos (Salthouse, 2012). Otros autores como Palmer y sus colaboradores (2002), afirma que en el envejecimiento cognitivo, también se puede observar una importante variabilidad interindividual relacionada con los factores genéticos, demográficos, estilos de vida y salud.

Objetivos

Objetivo general:

Evaluar el rendimiento cognitivo global y describir las características sociodemográficas de un grupo de adultos mayores sanos, no institucionalizados de la Provincia de Salamanca (España).

Objetivos específicos:

Analizar si existe relación entre la edad y el rendimiento cognitivo.

Describir la relación existente entre el nivel educativo que poseen los participantes y el rendimiento cognitivo.

Evaluar la repercusión del género en el adulto mayor con el rendimiento cognitivo.

Comprobar si la realización o no de actividad física influye en el rendimiento cognitivo de los participantes del estudio.

Estudiar si la ubicación del centro o asociación de mayores tiene relación con el rendimiento cognitivo de los adultos mayores participantes en el estudio.

Método

Diseño del estudio

Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal.

Participantes

Los participantes del estudio fueron adultos mayores, de ambos sexos, no institucionalizados, empadronados en la Ciudad de Salamanca (España), que de manera voluntaria participaron en los programas organizados desde el Excmo. Ayuntamiento de Salamanca en colaboración con la Universidad de Salamanca, en el marco del convenio de Investigación en Envejecimiento Activo con Fisioterapia Preventiva (PReGe). El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia, debido a que no se cuenta con un marco muestral que permita realizarlo en forma aleatoria. La muestra la conformaron 267 adultos mayores de ambos sexos.

La muestra del estudio se formó por todos los usuarios de los diez centros de mayor adscritos al PreGe, que cumplieron los criterios de inclusión/exclusión, que autorizaron su participación en el estudio de forma voluntaria, mediante la firma de un consentimiento informado.

Los criterios de inclusión fueron:

Tener una edad igual o mayor de 60 años e inscribirse de manera voluntaria al PreGe.

Realizar la valoración.

Autorizar de forma voluntaria su participación en el estudio, mediante la firma de un consentimiento informado.

Los criterios de exclusión fueron:

Estar institucionalizado.

Presentar deterioro cognitivo con diagnóstico clínico en el momento de la entrevista.

No tener conocimientos numéricos y de lectoescritura.

No autorizar su participación en el estudio.

Instrumentos

Para la valoración se realizó una hoja de registro en la que se incluyeron las siguientes variables a estudio:

Rendimiento cognitivo como variables principales a estudio.

Variables sociodemográficas: Edad, sexo, nivel de estudios, realización de actividad física y centro de mayores.

Para evaluar el rendimiento cognitivo de los participantes se utilizó *Test de Evaluación Rápida de las Funciones Cognitivas (ERFC)* (Arroyo-Anlló, 2009): La prueba ERFC es un cuestionario

heteroadministrado que mide la capacidad cognitiva y permite una evaluación rápida y un diagnóstico precoz de un posible déficit cognitivo.

Actualmente, la versión española de la prueba ERFC.es que usamos en nuestro país consta de 13 subtests que miden las siguientes funciones cognitivas:

1. Orientación temporoespacial.
2. Atención y memoria, que explora, por un lado, la capacidad de atención, la memoria inmediata y la memoria de trabajo; y por otro lado el Recuerdo, que examina la capacidad de aprendizaje a largo plazo.
3. Cálculo mental.
4. Razonamiento y juicio.
5. Semejanzas, que evalúa la capacidad de abstracción.
6. Comprensión oral.
7. Denominación.
8. Repetición.
9. Orden escrita, que explora la comprensión escrita.
10. Fluidez verbal, que examina por un lado la fluencia semántica y por otro lado la fluencia fonética alternada.
11. Praxias.
12. Reconocimiento visual, que evalúa la gnosia visual.
13. Escritura.

El ERFC.es tiene una puntuación máxima de 56, excepto para los sujetos analfabetos, cuya puntuación máxima es 51, una vez eliminados los subtests de cálculo mental, orden escrita y escritura.

El punto de corte para el ERFC.es que indica un posible deterioro cognitivo se sitúa en 51 sobre 56 y en 46 puntos sobre 51 para el grupo de sujetos analfabetos.

Para las variables sociodemográficas se utilizó un documento de registro o historia clínica para cada participante. Se diseñó una hoja de registro que contiene los datos personales y de filiación junto con los hábitos de actividad física, así como en nivel de estudios y el centro de mayores al que pertenecen.

Procedimiento

Para el estudio se seleccionaron sujetos que participan en los programas de envejecimiento activo (PreGe) que realiza la Universidad de Salamanca en convenio con el Excmo. Ayuntamiento.

Una vez realizada la selección: Los entrevistadores fueron investigadores de la Universidad de Salamanca, previa capacitación de los profesionales terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas que realizaban los programas en los diferentes centros municipales o asociaciones de mayores. Los adultos mayores identificados fueron invitados a participar en el estudio; una vez que cumplieron los criterios de inclusión, se procedió a entrevistar a los participantes explicándoles el fin del estudio y entregándoles la hoja de información al participante y el consentimiento informado que debía firmar para la participación voluntaria en el estudio.

Cuando aceptaron participar en este y firmaron el consentimiento informado, se les aplicó el instrumento de evaluación, para lo que se solicitó un espacio privado y libre de distracciones.

Todas las evaluaciones se realizaron en un único momento. La recolección de la información se realizó en los propios centro de mayores de manera individualizada. Dichas evaluaciones consistieron, en primer lugar, en la recopilación de todas las variables sociodemográficas a estudio y, en segundo lugar, en la administración de la Prueba ERFC (Evaluación Rápida de las funciones cognitivas).

Análisis de datos

Las variables del estudio fueron analizadas por el estadístico de Shapiro-Wilk para conocer la normalidad de la muestra, determinando de esta manera la vía a seguir: vía paramétrica (variables normales) o vía no paramétrica (variables no normales u ordinales).

En todos los casos, se describieron las variables con los estadísticos correspondientes: las variables que siguieron una distribución normal fueron definidos por estadísticos de media, desviación típica e intervalo de valor; siguiendo la vía paramétrica y, en el caso de no seguir esta distribución normal, la mediana como medida de centralización y la amplitud intercuartil; siguiendo la vía no paramétrica. Y en el caso de variables categóricas o cualitativas, frecuencias y porcentajes.

Para conocer las propiedades psicométricas de la escala se empleó el coeficiente alfa de Cronbach, un análisis factorial y una correlación de Pearson para comprobar la fiabilidad y validez del instrumento utilizado en esta investigación.

El análisis de correlaciones se resolvió con el Coeficiente de correlación de Pearson (r de Pearson), si las variables seguían una distribución normal, o el Coeficiente de correlación de Spearman (ρ de Spearman), si las variables no seguían una distribución normal.

En todos los casos se consideró un intervalo de confianza del 95 %, es decir, un riesgo alfa, error tipo I, fijado en 0.05 ($\alpha=0.05$); con unos índices de significación de $p<0,05$. Los resultados obtenidos se han expresado con el valor del estadígrafo, así como los valores p y aquellos datos que resultan más interesantes para la interpretación de los resultados.

Procesado de datos

Para el tratamiento y análisis estadístico de los datos se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 26.0.

Resultados

El estudio cuenta con una muestra final de 267 individuos, cuyas características sociodemográficas y rendimiento cognitivo detallaremos a continuación.

Variables sociodemográficas

En la siguiente tabla (Tabla 1) podemos observar los resultados descriptivos de todas las variables sociodemográficas estudiadas:

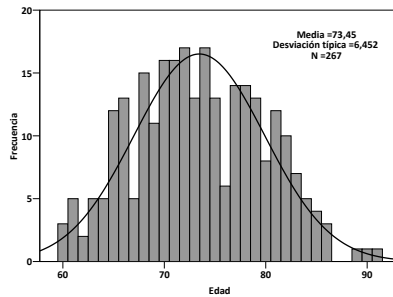
Tabla 1. Distribución de frecuencias de las variables sociodemográficas de la muestra

Variabes sociodemográficas	n	%
Sexo		
Masculino	44	16,50
Femenino	223	83,50
Actividad física		
Realizan Act.Física	151	56,60
No realizan Act.Física	116	43,40
Nivel de estudios		
Estudios primarios	210	78,70
Estudios secundarios	29	10,90
Estudios superiores	28	10,50
Ubicación Centro de Mayores		
Centro	129	48,30
Periferia	138	51,70
Edad	media (de) 73,45 ($\pm 6,45$)	rango 60-91 años

Edad

La edad media de la muestra fue de 73,45 años ($\pm 6,45$) (mínimo 60 - máximo 91). Su distribución de frecuencias puede verse en la Tabla 1. La representación gráfica de los rangos de la Variable “Edad” puede verse en la Figura 1.

Figura 1. Representación Gráfica de la Variable “Edad de los participantes”



Sexo

En cuanto al sexo de los participantes, la muestra estaba compuesto por 44 hombre (16,50%) y 223 mujeres (83,50%). Su distribución de frecuencias puede verse en la Tabla 1 y su representación gráfica en la Figura 2 y Figura 3.

Figura 2. Representación Gráfica de la Variable “Sexo de los participantes”

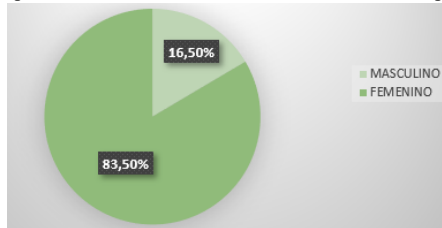
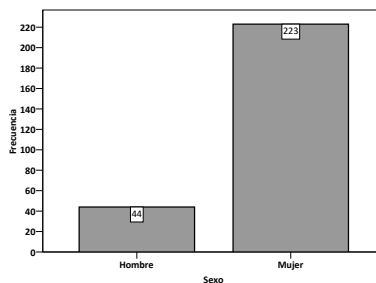


Figura 3. Representación Gráfica de la Variable “Sexo de los participantes”



Nivel de estudios

Respecto al nivel de estudios de los individuos, el 78,70% de los sujetos tenían estudios primarios, un 10,90% estudios secundarios y un 10,50% estudios superiores. En la Tabla 1, figuran los estadísticos descriptivos de la variable “Nivel de estudios” y en la Figura 4 y Figura 5 su representación gráfica.

Figura 4. Representación Gráfica de la Variable “Nivel de Estudios”

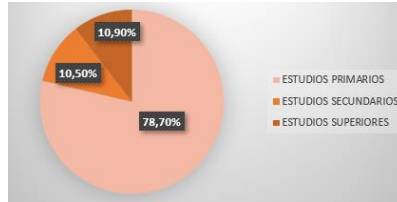
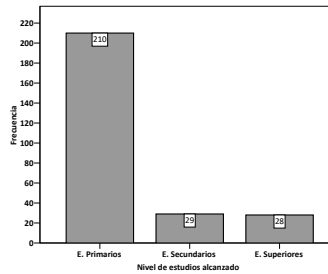


Figura 5. Representación Gráfica de la Variable “Nivel de Estudios”



Actividad física

En cuanto a la práctica de actividad física de los participantes, había 151 individuos que afirmaron que, si realizan actividad física de manera regular, lo que equivale a un 56,60 % del total y 116 individuos que afirmaron no realizar actividad física de manera regular, que equivale a un 43,40 %. Podemos afirmar que, los sujetos que realizan actividad física predominan sobre los sujetos que no realizan actividad física.

Su distribución de frecuencias puede verse en la Tabla 1 y su representación gráfica en la Figura 6 y Figura 7.

Figura 6. Representación Gráfica de la Variable “Actividad física de los pacientes”

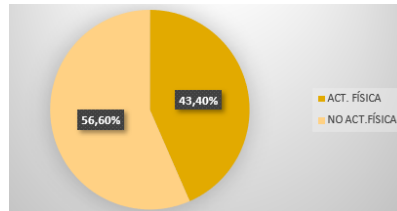
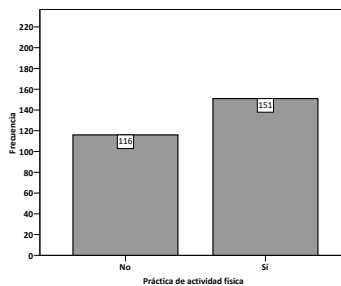


Figura 7. Representación Gráfica de la Variable “Actividad física de los pacientes”



Ubicación del Centro de Mayores

En lo referente a la ubicación del Centro Municipal o Asociación de Mayores, obtuvimos que 129 de los participantes acudía a realizar los programas a centro de mayores ubicado en el centro de la ciudad, que equivale a un 48,30 % y 138 de lo participantes a un centro de mayores ubicado en la periferia, que equivale a un 51,70 %.

Su distribución de frecuencias puede verse en la Tabla 1 y su representación gráfica en la Figura 8 y Figura 9.

Figura 8. Representación Gráfica de la Variable “Ubicación Centro de Mayores”

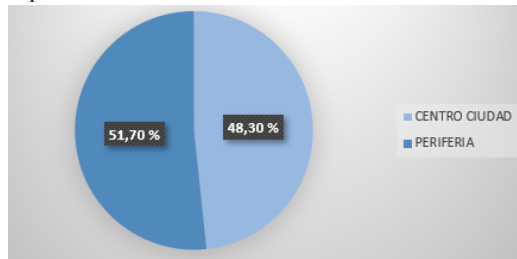
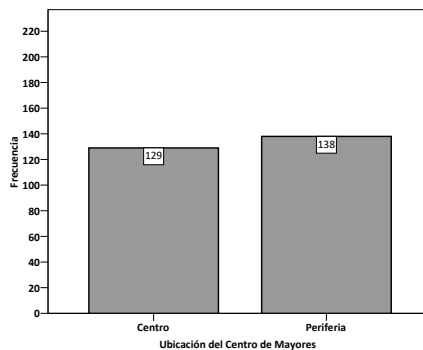


Figura 9. Representación Gráfica de la Variable “Ubicación Centro de Mayores”



Rendimiento cognitivo: evaluación rápida de las funciones cognitivas (ERFC)

A continuación, analizaremos de forma descriptiva las puntuaciones obtenidas en el Test ERFC (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de frecuencias de las variables Rendimiento Cognitivo de la muestra

ERFC	Mínimo	Máximo	M ± De
ERFC Total	38,00	56,00	49,82 ± 3,23
Orientación	6,00	8,00	7,74 ±,49
Atención y Memoria	4,00	10,00	7,71 ± 1,37
Cálculo	,00	2,00	1,55 ±,62
Razonamiento	,00	5,00	3,79 ±,94
Semejanzas	,00	2,00	1,62 ±,59
Comprensión	4,00	5,00	4,98 ±,10
Denominación	2,00	4,00	3,73 ±,44
Repetición	,00	2,00	1,97 ±,18
Orden escrita	1,00	1,00	1,00 ±,00
Fluidez verbal	2,00	8,00	7,02 ± 1,16
Praxias	3,00	6,00	5,73 ±,61
Reconocimiento visual	,00	1,00	,93 ±,25
Escritura	1,00	2,00	1,99 ±,06

En cuanto a la puntuación total del rendimiento cognitivo de los participantes, se observó una puntuación media de 49,82 ($\pm 3,23$). La ERFC tiene una puntuación máxima de 56. El punto de corte que indica un posible deterioro cognitivo se sitúa en 51 sobre 56.

Además del ítem “Puntuación Total”, se analizarán también los ítems específicos que valora la ERFC, que equivalen a los diferentes dominios cognitivos:

1. Orientación temporoespacial (“Ítem ERFC Orientación”):

El Ítem ERFC Orientación tiene una puntuación máxima de 8. Se observó una puntuación media de 7,74 ($\pm 0,49$).

2. Atención y memoria (“Ítem ERFC Atención y Memoria”).

El Ítem ERFC Atención y Memoria tiene una puntuación máxima de 10. Se observó una puntuación media de 7,71 ($\pm 1,37$).

3. Cálculo mental (“Ítem ERFC Cálculo”).

El Ítem ERFC Cálculo tiene una puntuación máxima de 2. Se observó una puntuación media de 1,55 ($\pm 0,62$).

4. Razonamiento y juicio (“Ítem ERFC Razonamiento”):

El Ítem ERFC Razonamiento tiene una puntuación máxima de 5. Se observó una puntuación media de 3,79 ($\pm 0,94$).

5. Semejanzas (“Ítem ERFC Semejanzas”):

El Ítem ERFC Semejanzas tiene una puntuación máxima de 2. Se observó una puntuación media de 1,62 ($\pm 0,59$).

6. Comprensión (“Ítem ERFC Comprensión”):

El Ítem ERFC Comprensión tiene una puntuación máxima de 5. Se observó una puntuación media de 4,98 ($\pm 0,10$).

7. Denominación (“Ítem ERFC Denominación”):

El Ítem ERFC Denominación tiene una puntuación máxima de 4. Se observó una puntuación media de 3,73 ($\pm 0,44$).

8. Repetición (“Ítem ERFC Repetición”):

El Ítem ERFC Repetición tiene una puntuación máxima de 2. Se observó una puntuación media de 1,97 ($\pm 0,18$).

9. Orden escrita (“Ítem ERFC Orden Escrita”):

El Ítem ERFC Orden escrita tiene una puntuación máxima de 1. Se observó una puntuación media de 1,00 ($\pm 0,00$).

10. Fluidez verbal (“Ítem ERFC Fluidez Verbal”):

El Ítem ERFC Fluidez verbal tiene una puntuación máxima de 8. Se observó una puntuación media de 7,02 ($\pm 1,16$).

11. Praxias (“Ítem ERFC Praxias”):

El Ítem ERFC Praxias tiene una puntuación máxima de 6. Se observó una puntuación media de 5,73 ($\pm 0,61$).

12. Reconocimiento visual (“Ítem ERFC Gnosias”):

El Ítem ERFC Gnosias tiene una puntuación máxima de 1. Se observó una puntuación media de 0,93 ($\pm 0,25$).

13. Escritura (“Ítem ERFC Escritura”):

El Ítem ERFC Escritura tiene una puntuación máxima de 2. Se observó una puntuación media de 1,99 ($\pm 0,06$).

Análisis de las correlaciones bivariadas

En cuanto al estudio de las correlaciones, hemos tomado como válidas aquellas con una significación estadística positiva; con unos índices de significación de $p < 0,05$. Los resultados (Tabla 3) revelaron las

siguientes relaciones significativas en el estudio de la correlación del rendimiento cognitivo y las siguientes variables sociodemográficas:

Tabla 3. Análisis de las correlaciones entre las variables sociodemográficas Edad y Nivel educativo y ERFC

		ERFC Total
Correlación de Spearman		-,270
Edad	Sig. (bilateral)	.000
N		267
Correlación de Spearman		,325
Nivel educativo	Sig. (bilateral)	.000
N		267

Por un lado, se observó correlación positiva y significativa entre “Nivel Educativo” y “ERFC Total” ($p < .001$).

Por su parte, la relación con la variable “Edad” resultó significativa y negativa. Se encontró correlación entre “Edad” y “ERFC Total” ($p < .001$).

No se obtuvo correlación significativa con la variable “actividad Física”, ni con la variable “Ubicación del centro de mayores”.

Discusión

La muestra final del estudio estaba conformada por un 16,50 % de hombres y un 83,50 % de mujeres, predominando claramente el sexo femenino. Esta proporción mayoritaria de mujeres es casi norma en la bibliografía existente. Por un lado, porque la experiencia con adultos mayores nos lleva a afirmar que todos los estudios y programas propuestos tienen una mayor acogida y adherencia por el sexo femenino y, que las mujeres, en general, son más participes de realizar este tipo de intervenciones relacionadas con la mejora de la salud. Y por otro lado, porque como afirma un estudio sobre envejecimiento y calidad de vida (Millán, 2011): “los hombres viven de media 18,5 años y las mujeres 22,8 años por encima de los 65 años y si nos referimos a los mayores de 80 años, los hombres viven de media 9,8 años, mientras que las mujeres lo hacen 10,6 años por encima de esa edad”.

La muestra presentó una edad media de 73,45 años situándose en unos parámetros bastante similares a los que se manejan en los diferentes estudios (Velilla, Soto, y Pinea, 2010).

De la muestra total, el 56,60 % de los individuos realizaba actividad física de manera regular y el 43,40 % no realizaba actividad física. Es de resaltar la importancia de la realización de actividad física de manera regular en los adultos mayores para un envejecimiento más exitoso. Son numerosos los autores que han tratado de estudiar los beneficios del ejercicio físico moderado en los adultos mayores 354,358. Además, algunos autores como Sánchez et al. (2018), tratan de contrastar la hipótesis de que el ejercicio físico es capaz de producir cambios en las funciones cognitivas de adultos mayores sanos sin deterioro cognitivo. En nuestro estudio no hemos encontrado relación entre la variable “rendimiento cognitivo” y “actividad física”

En nuestra muestra predominaban los estudios primarios, seguidos de los secundarios y por último los estudios superiores. Este dato refleja cómo, en general, el nivel educativo de los adultos mayores es bajo, prevaleciendo las personas con pocos años de escolarización o incluso sin acceso a la escolaridad, sobre las personas con estudios. Siendo éste un factor que, como analizaremos a continuación, puede influir en el rendimiento cognitivo del adulto mayor o ser un factor protector contra el declive cognitivo; e incluso influir, como señalan algunos autores (Gómez y Peña, 2013), en la autopercepción de salud y en la presencia de mayores quejas subjetivas de memoria.

En cuanto al rendimiento cognitivo, nuestros participantes obtienen una puntuación media de 49,82 de 56. Siendo 51 en punto de corte que señala la presencia de DCL, podríamos decir que la media de los

adultos mayores evaluados presenta DCL. Se han encontrado resultados similares en diversos estudios (Cárdenas et al., 2006; Mejía et al., 2007; Estrella et al., 2008).

Como medida de rendimiento cognitivo decidimos utilizar la Prueba ERFC en lugar del Mini-Mental State Examination (MMSE) como en la gran mayoría de estudios, ya que como analiza Carnero (2014), a pesar de que el MMSE es el instrumento más utilizado en la práctica clínica para la detección y el cribado de alteraciones cognitivas, de su gran uso y extenso soporte empírico que lo apoya, tiene grandes limitaciones, como la falta de estandarización, la no aplicabilidad a analfabetos y especialmente la gran influencia de variables socioeducativas en las puntuaciones que se obtienen y la discutible utilidad para la detección de DCL. Existiendo en la actualidad gran cantidad de instrumentos similares y más eficientes.

Además de los hallazgos indicados, nuestros resultados nos informan de la existencia de una correlación negativa y estadísticamente significativa, entre la edad de los adultos mayores de nuestra muestra y el rendimiento cognitivo. Es decir, mayor edad de los adultos mayores se correlaciona con puntuaciones más bajas en ambas escalas y menor edad se correlaciona con puntuaciones más altas.

López et al. (2009) en su estudio evidenció esta misma correlación; considerando a la edad como un indicador de riesgo o predictor de deterioro cognitivo. Menor et al. (2008), sobre una muestra de 164 adultos mayores con una edad media de 71,57 años (próxima a la edad media de nuestra muestra 73,45 años), obtiene resultados similares.

Ocurre lo contrario con el Nivel Educativo de los individuos. Con los resultados obtenidos podemos afirmar que existe una relación positiva y significativa entre el nivel de estudios de nuestra muestra de adultos mayores con su rendimiento cognitivo (ERFC). Lo que significa, que a mayor nivel de estudios mayores son las puntuaciones de la escala. Los mismos resultados han sido reportados por otros autores como por Mejía-Arango et al. (2007) quien reporta que a mayor escolaridad menor deterioro cognitivo; así como con lo reportado por Cárdenas, quien refiere haber encontrado mayor deterioro cognitivo en los adultos mayores que no terminaron la primaria.

Conclusiones

En nuestra muestra de adultos mayores existe deterioro cognitivo leve. Además, hemos obtenido que a mayor nivel educativo mayor es el rendimiento cognitivo y que a mayor edad peor es el rendimiento cognitivo de los adultos mayores.

Consideramos a la cognición como una herramienta fundamental para promover la funcionalidad de los individuos en sus actividades cotidianas, y a pesar de que se puedan dar importantes declives relacionados con la edad en muchas capacidades cognitivas, debemos potenciar que la mayoría de los adultos mayores conserve su capacidad de funcionar eficazmente en su vida cotidiana.

Referencias

Arroyo-Anlló, E. M., Chamorro-Sánchez, J., Castaneda-Alegre, C., Torres-Pereira, J., Poveda-Díaz, M., y Gile, R. (2009). Adaptación y validación del test Evaluación Rápida de las Funciones Cognitivas (Gil et al, 1986). Primera versión en castellano con una muestra geriátrica. *Psiquiatría Biológica*, 16(3), 112-121.

Cárdenas, L., Villarreal, J., y Salinas, R. (2006). Capacidad cognitiva de los pacientes de un servicio geriátrico ambulatorio en Monterrey, México. *Med Univer*, 8(31), 84-87.

Carnero-Pardo, C. (2014). ¿Es hora de jubilar al Mini-Mental?. *Neurología*, 29(8), 473-481.

Custodio, N., Herrera, E., Lira, D., Montesinos, R., Linares, J., y Bendejú, L. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia?. *Anales de la Facultad de Medicina*, 73(4), 321-330.

Daffner, K.R. (2010). Promoting successful cognitive aging: a comprehensive review. *Journal Of Alzheimer's Disease*, 19(4), 1101-1122.

Ferring, D., Balducci, C., Burholt, V., Wenger, C., Thissen, F., Weber, G., y Hallberg, I. (2004). Life satisfaction of older people in six European countries: findings from the European study on adult well-being. *European Journal of Ageing*, 1, 15-25.

- Gómez, M.G., y Peña, J. (2013). *Adultos Mayores. Un estudio socioeducativo en Ciudad Juárez, Chihuahua, México.*
- Hernández, A.E., Avilés, A.G.P., y Castillo, Y.D.C.M. (2008). Deterioro cognitivo y calidad de vida en ancianos de una clínica de medicina familiar de la ciudad de México. *Archivos en Medicina Familiar*, 10(4), 127-132.
- López, Á.G. y Calero, M.D. (2009). Predictores del deterioro cognitivo en ancianos. *Revista Española de Geriatría Y Gerontología*, 44(4), 220-224.
- Mejía-Arango, S., Miguel-Jaimes, A., Villa, A., Ruiz-Arregui, L., y Gutiérrez-Robledo, L. M. (2007). Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Salud Pública de México*, 49, s475-s481.
- Menor, J., Labra, J.A., y Albuérne, F. (2008). *Envejecimiento cognitivo y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria: elaboración de un instrumento de valoración de la dependencia.* Madrid: Fundación MAPFRE.
- Millán, J.C. (2011). Envejecimiento y calidad de vida. *Revista Galega de Economía*, 20, 1-13.
- Palmer, K., Wang, H.X., Bäckman, L., Winblad, B., y Fratiglioni, L. (2002). Differential evolution of cognitive impairment in nondemented older persons: results from the Kungsholmen Project. *American Journal of Psychiatry*, 159(3), 436-442.
- Pérez, J.A.L. y Pinilla, J.M. (2014). Estimulación cotidiana y funcionamiento cognitivo: la importancia de la participación de personas mayores sanas en actividades cotidianas cognitivamente demandantes. *EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(3), 309-319.
- Rodríguez, V.R., Manas, L.R., Castiello, M.S., y Martín, R.D. (2012). Envejecimiento. La investigación en España y Europa. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 47(4), 174-179.
- Salthouse, T. (2012). Consequences of age-related cognitive declines. *Annual Review of Psychology*, 63, 201-226.
- Sánchez-González, J.L., Calvo-Arenillas, J.I., y Sánchez-Rodríguez, J.L. (2018). Efectos del ejercicio físico moderado sobre la cognición en adultos mayores de 60 años. *Revista de Neurología*, 66(7), 230-236
- Singer, T., Verhaeghen, P., Ghisletta, P., Lindenberger, U., y Baltes, P.B. (2003). The fate of cognition in very old age: six-year longitudinal findings in the Berlin Aging Study (BASE). *Psychology and Aging*, 18(2), 318.
- Velilla, L.M., Soto, E., y Pineda, D.A. (2010). Efectos de un programa de estimulación cognitiva en la memoria operativa de pacientes con deterioro cognitivo leve amnésico. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 5(3), 185-198.