

Génesis Abigail Castro-Marín^{1a}, Diana Martín-Macías^{1b}, Víctor Federico Rodríguez-Nava^{1c}, José Manuel Rodríguez-Ramírez^{1d}

¹Universidad Autónoma de Aguascalientes, Centro de Ciencias de la Salud, Departamento de Enfermería. Aguascalientes, Aguascalientes, México

Aprobación del proyecto: AIE-04-25

Doi: 10.5281/zenodo.20708725

ORCID

0009-0005-3831-1589^a

0009-0007-4419-0431^b

0000-0001-7497-5829^c

0000-0002-9296-4565^d

Palabras clave (DeCS):

Deficiencia Cognitiva Leve

Adulto Mayor

Demencia

Autocuidado

Keywords (DeCS):

Cognitive Impairment, Mild

Aged

Dementia

Self Care

Correspondencia:

Diana Martín Macías

Correo electrónico:

al334943@edu.uaa.mx

Fecha de recepción:

12/11/2025

Fecha de aceptación:

12/03/2026

Resumen

Introducción: la prevalencia de deterioro cognitivo en México se estima en 23.8%. La población de personas mayores aumenta y se proyecta para 2030 que una de cada 6 personas en el mundo tendrá 60 años o más.

Objetivo: determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la capacidad de autocuidado en personas mayores institucionalizadas en asilos privados de Aguascalientes, México.

Metodología: se llevó a cabo un estudio transversal analítico en una muestra por conveniencia de 39 personas mayores. Para evaluar el deterioro cognitivo se utilizó el Test Cognitivo de Montreal y la Escala de Valoración de la Capacidad de Autocuidado. El análisis se hizo con SPSS, versión 25.

Resultados: el 36% de los participantes presentó deterioro cognitivo leve y 64% demencia. La capacidad de autocuidado mostró nivel bajo en 20%, nivel medio en 26% y nivel alto en 54%. No hubo correlación estadísticamente significativa entre puntajes globales de deterioro cognitivo y capacidad de autocuidado. Fue relevante que dimensiones específicas de deterioro cognitivo (atención, orientación, abstracción y recuerdo diferido) se asociaron con la capacidad de autocuidado.

Conclusión: es fundamental comprender la complejidad de la interrelación e interacción de factores como la edad, escolaridad y polifarmacia de las personas mayores y su relación con el déficit cognitivo y la pérdida de la capacidad de autocuidado.

Abstract

Introduction: The prevalence of cognitive impairment in Mexico is estimated at 23.8%. The elderly population is increasing, and it is projected that by 2030, 1 out of 6 people worldwide will be 60 years or older.

Objective: To determine the relationship between cognitive impairment and self-care capacity in older adults residing in private nursing homes in Aguascalientes, Mexico.

Methodology: An analytical cross-sectional study was conducted using a convenience sample of 39 older adults. The Montreal Cognitive Test and the Appraisal of Self-Care Agency Scale were used to evaluate cognitive impairment. Data were analyzed using SPSS, version 25.

Results: 36% of the participants presented with mild cognitive impairment and 64% with dementia. Self-care capacity was low in 20%, medium in 26%, and high in 54%. There was no statistically significant correlation between overall cognitive impairment scores and self-care capacity. It was relevant that specific dimensions of cognitive impairment (attention, orientation, abstraction, and delayed recall) were associated with self-care capacity.

Conclusion: It is crucial understanding the complex interrelationship and interaction of factors such as age, education, and polypharmacy in older adults and their relationship to cognitive deficits and loss of self-care capacity.

Introducción

Ante el envejecimiento acelerado como producto de la transición demográfica, la población mundial enfrenta un gran desafío. En relación con la esperanza de vida igual o superior a los 60 años, se estima que a nivel global para 2050 la proporción de personas mayores casi se duplicará del 12 al 22%.¹ En México, se proyecta un incremento de 15.1 a 33.3 millones de personas mayores;² en específico, para Aguascalientes se espera que este grupo de población se duplique en tan solo 17 años (2010 a 2027).³ En este sentido, es prioritario redimensionar el enfoque de la atención y cuidados adecuados y personalizados para este grupo, con el diseño e implementación de estrategias clave que respondan a necesidades específicas que promuevan el bienestar.⁴

Al respecto, cabe mencionar que el proceso de envejecimiento se caracteriza por la acumulación progresiva de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que conlleva una disminución gradual de las capacidades físicas o mentales, con el incremento del riesgo de deterioro cognitivo,⁵ el cual afecta funciones cerebrales esenciales como la memoria, el lenguaje, la atención y la orientación;⁶ cuando este deterioro es significativo y avanza de forma progresiva de modo que interfiere con la autonomía y las actividades cotidianas, se denomina como *demencia*.⁷

La demencia constituye un problema de salud pública de rápido crecimiento a nivel global, pues afecta aproximadamente a 50 millones de personas. Cada año se reportan alrededor de 10 millones de nuevos casos y se estima que para 2050 esta cifra se triplicará. La demencia es una de las principales causas de discapacidad en personas mayores y afecta no solo a los pacientes sino también a sus familias y cuidadores. Se considera que para el año 2030 también va a representar una carga económica significativa que podría alcanzar los 2 billones de dólares anuales.

La progresión del deterioro cognitivo puede retrasarse o detenerse al emplearse medidas previas al diagnóstico, por ejemplo, el control y tratamiento de los factores de riesgo vascular, la promoción de adherencia a la dieta mediterránea, al ejercicio físico, realizar actividades de ocio saludables y la sociabilidad.⁸ En México la prevalencia del deterioro cognitivo es de 23.8% con relación a la edad y sus implicaciones de dependencia. Una de las principales preocupaciones del deterioro cognitivo leve es que aumenta el riesgo de conversión a demencia hasta el 46% en un lapso de 3 años.⁹

Para fundamentar la práctica clínica y la investigación en el cuidado de enfermería para las personas mayores, se destaca la teoría del autocuidado propuesta por Dorothea E. Orem,^{10,11} la cual permite entender *el autocuidado* como una actividad aprendida por los individuos para mantener su vida, salud y bienestar. En el caso de las personas mayores, esta teoría adquiere especial importancia, debido a que los cambios asociados al envejecimiento y a diversas condiciones del estatus de salud pueden limitar la capacidad para realizar actividades de autocuidado, lo que incrementa la necesidad de intervenciones de enfermería orientadas a mantener la independencia para el autocuidado de las personas mayores.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define *el autocuidado* como la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover y mantener la salud, prevenir enfermedades y enfrentarlas con o sin el apoyo de un trabajador de la salud o asistencial.¹² Desde esta perspectiva, al promover el autocuidado en las personas mayores permite conservar su independencia con salud y bienestar, así como favorecer un proceso de envejecimiento óptimo al reducir el impacto de los factores biológicos, sociales y culturales.¹³

En personas adultas mayores que padecen hipertensión, se ha evidenciado la relación entre el deterioro cognitivo y la disminución del autocuidado. En referencia a esto, Basilio *et al.*¹⁴ concluyeron que hay una relación significativa entre el deterioro cognitivo y el autocuidado; de manera similar, Bautista¹⁵ encontró una asociación entre el deterioro cognitivo y el nivel de autocuidado en adultos mayores. Con base en lo anterior, las personas con deterioro cognitivo tienden a depender con mayor frecuencia del apoyo externo para satisfacer sus necesidades básicas.¹⁶

En este sentido, resulta fundamental profundizar en investigaciones que abarquen la relación entre el deterioro cognitivo y las capacidades de autocuidado de personas adultas mayores en diversos contextos. En la presente investigación el objetivo fue determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la capacidad de autocuidado en personas adultas mayores institucionalizadas en asilos privados de Aguascalientes, México. El propósito fue generar evidencia útil que contribuya al diseño de planes de cuidado integrales, orientados a fortalecer el autocuidado y mejorar la calidad de vida en esta población vulnerable.

Metodología

Estudio transversal analítico correlacional en el que

mediante muestreo no probabilístico por conveniencia se seleccionó a 39 personas adultas mayores institucionalizadas en 13 asilos privados de Aguascalientes, México. Durante el periodo comprendido entre agosto y diciembre de 2025, los asilos incluidos en el estudio fueron seleccionados considerando un mejor control muestral; posteriormente, se verificó que contaran con personas mayores con los siguientes criterios de selección: de sexo indistinto, residentes en asilos privados del municipio de Aguascalientes y que supieran leer y escribir; por lo tanto, no se incluyó a las personas mayores que decidieron no participar en el estudio, con discapacidad auditiva o visual no corregida, que contaran con diagnóstico previo de deterioro cognitivo y con consumo de psicofármacos.

Instrumentos de medición

Para evaluar el deterioro cognitivo, se utilizó el Test Cognitivo de Montreal (MoCA),¹⁷ diseñado en 2005 y que tiene una confiabilidad de alfa 0.95. Se trata de un instrumento heteroadministrado que requiere de 10 a 15 minutos para su aplicación. Se compone de 7 dimensiones que evalúan dominios cognitivos como: 1. habilidades visoespaciales/ejecutivas, 2. denominación, 3. atención, 4. lenguaje, 5. abstracción, 6. orientación y 7. memoria (la memoria es medida mediante la prueba de recuerdo diferido). Los puntajes se interpretaron mediante 3 categorías: personas mayores con funcionamiento cognitivo normal de 30 a 26, con deterioro cognitivo leve de 25 a 16 y con demencia ≤ 15 .

El segundo instrumento fue la Escala de Valoración de la Capacidad de Autocuidado (ASA, del inglés *Appraisal of Self-care Agency*),¹⁸ desarrollada en 1998 y validada en 2021 en población mexicana de adultos mayores. Esta escala tiene una confiabilidad de alfa 0.806. Dicho instrumento es autoadministrado y unidimensional, consta de 24 ítems, con 4 opciones de respuesta en escala tipo Likert (1 = nunca, 2 = casi nunca, 3 = casi siempre, 4 = siempre). La puntuación total permite clasificar la capacidad de autocuidado en 3 niveles: capacidad alta > 76 , capacidad media 70-75 y capacidad baja < 69 .

Procedimiento de recolección de datos

Se llevaron a cabo visitas en los asilos y se obtuvo autorización por parte de las autoridades de estos. Se invitó a participar de manera personalizada a las personas adultas mayores. Después de la obtención del consentimiento in-

formado, se aplicaron los instrumentos, se recabó la información y esta se procesó para su análisis estadístico con el programa SPSS, versión 25, para captura, análisis e interpretación.

Este estudio se llevó a cabo con base en lo establecido en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, y se respetó en todo momento la decisión de participar o no en la investigación; se proporcionó una explicación clara, precisa y comprensible sobre el estudio y se entregó el consentimiento informado por escrito, en el cual se garantizó la confidencialidad de la información proporcionada.¹⁹

La aprobación del proyecto la otorgó la Academia de Enfermería Básica, Administración e Investigación del Departamento de Enfermería del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Aguascalientes con el código AEI-04-25.

Resultados

Del total de 39 personas mayores, el 83.1% fueron mujeres; predominó el estado civil de viudez en 41%, soltería en 35.9%, divorciado(a) 15.4% y casado(a) 7.7%. La edad de los participantes osciló entre 60 y 92 años, con una media de 79 años. En cuanto a escolaridad, fue similar la proporción entre el nivel básico y el nivel superior con 43.6%, y nivel medio superior con 12.8%.

El 64.1% de los participantes refirió que padecía hipertensión arterial, con una prevalencia de polifarmacia en el 51.3%. Respecto al consumo de tabaco, el 51.3% de los participantes declaró que no, mientras que el 43.6% manifestó que sí. Solo el 5.1% refirió su consumo actual.

Cabe señalar la variabilidad en el desempeño de las funciones cognitivas de las personas adultas mayores. Si contrastamos lo obtenido en las áreas de recuerdo diferido y atención, los participantes que alcanzaron la puntuación máxima mostraron resultados más bajos: de 0% y 5.1%, respectivamente. Por otro lado, la dimensión de identificación presentó el mejor desempeño, con puntuación completa en 59% de los participantes. Los datos sobre cumplimiento de puntuación máxima de cada dimensión cognitiva se muestran en el **cuadro I**.

Respecto al estado cognitivo, se presentó algún grado de alteración cognitiva en el total de los participantes; en lo que se refiere a la capacidad de autocuidado, se identificó alta capacidad de autocuidado en el 53.8% (**cuadro II**).

El análisis de la relación entre deterioro cognitivo y la capacidad de autocuidado tuvo un valor $p = 0.85$ y

Cuadro I Desempeño específico de las funciones cognitivas de las personas mayores institucionalizadas en asilos privados (n = 39)

Dimensiones	Puntaje máximo	Cumplimiento de puntaje máximo	%
Funciones cognitivas			
Visoespacial/ejecutiva	5	3	7.7
Identificación	3	23	59
Atención	6	2	5.1
Lenguaje	3	4	10.3
Abstracción	2	5	12.8
Recuerdo diferido	5	0	0
Orientación	6	11	28.2

Fuente: Test cognitivo de Montreal (MoCA)

Cuadro II Distribución de los participantes según el nivel cognitivo y la capacidad de autocuidado (n = 39)

Estado cognitivo		Capacidad de autocuidado							
Deterioro cognitivo		Demencia		Alta		Media		Baja	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
14	35.9	25	64.1	21	53.8	10	25.6	8	20.5

Fuente: Test cognitivo de Montreal (MoCA) y Escala de valoración de autocuidado (ASA)

$r = -0.381$ con base en el coeficiente R de Pearson entre el puntaje del MoCA y el nivel de capacidad de autocuidado. No obstante, al analizar de manera independiente las dimensiones que conforman cada instrumento, se identificaron significaciones específicas entre las áreas cognitivas evaluadas por el MoCA y la ASA, como la atención, la orientación, la abstracción y el recuerdo diferido, los cuales se presentan en el **cuadro III**.

Discusión

La edad de los participantes entre 60 y 92 años coincide con lo reportado por Bueno *et al.*,²⁰ Bautista¹⁵ y Leite *et al.*,²¹ en cuyos estudios incluyeron población adulta mayor con

resultados similares. Lo anterior refleja un patrón asociado al incremento global de la longevidad en la población adulta mayor.

El sexo femenino fue predominante, resultado semejante a lo hallado por Bautista,¹⁵ Campo *et al.*²² y Leite *et al.*²¹ y contrario a lo referido por Bueno *et al.*,²⁰ quien registró una proporción equitativa entre ambos sexos. La mayor representación femenina puede explicarse por la mayor esperanza de vida en las mujeres, fenómeno ampliamente documentado en la población adulta mayor.

En el presente estudio, la categoría de viudez fue la más frecuente, aunque en la población estudiada por Leite *et al.*²¹ predominó el grupo de casados. Respecto al estado civil casado, contrasta con los resultados de Bautista,¹⁵ quien reportó una proporción mayor que la mitad de los participantes. Estas diferencias podrían atribuirse a las características de la población, ya que mientras este estudio se hizo en adultos mayores institucionalizados, los grupos de estudio de Leite y Bautista se realizaron con adultos mayores que no lo estaban.

La hipertensión arterial se presentó en más de la mitad de la población estudiada. Esta proporción fue superior a lo informado por Campo *et al.*²² Dicha variación podría deberse a la diferencia en la edad promedio o en las condiciones de salud de las muestras analizadas. Sin embargo, estas variables no fueron analizadas mediante pruebas de significación en relación con el deterioro cognitivo y la capacidad

Cuadro III Valores de significación de la correlación entre dimensiones cognitivas (MoCA) y Escala de valoración de la capacidad de autocuidado (ASA)

Correlación de Pearson	
Dimensión	p
Atención	0.01
Orientación	0.002
Abstracción	0.011
Recuerdo diferido	0.049

Fuente: Significación entre dimensiones del Test Cognitivo de Montreal (MoCA) y la Escala de Valoración de Capacidad de Autocuidado (ASA)

de autocuidado y, por lo tanto, no es posible establecer una asociación estadística directa. No obstante, se pueden identificar factores que podrían influir en ambas variables y que deberían considerarse en futuras investigaciones.

En cuanto a la escolaridad de los participantes, se identificó una distribución similar entre los niveles básico y superior, lo cual difiere con lo referido por Bautista,¹⁵ Campo *et al.*²² y Leite *et al.*,²¹ quienes reportaron mayores proporciones de adultos mayores con baja escolaridad o estudios incompletos. En sus resultados, Bautista informó apenas un 1.4% con educación secundaria completa, Campo *et al.* 8.1% con formación universitaria y Leite *et al.* un 2.4% con educación superior. Esta diferencia puede deberse a que los participantes en el presente estudio pertenecían a asilos privados, con estatus socioeconómico y educativo alto, así como a las diferencias contextuales entre países respecto al acceso a la educación.

No se encontró correlación significativa entre el deterioro cognitivo y el autocuidado, resultado que difiere de lo reportado por Basilio *et al.*¹⁴ y Bautista,¹⁵ quienes identificaron una asociación entre ambas variables. Cabe señalar que en este estudio todos los adultos mayores presentaron algún grado de deterioro cognitivo. Al respecto, Basilio *et al.* registraron deterioro solo en la mitad de la población estudiada. La diferencia se puede atribuir a las instituciones privadas o públicas, pues en estas últimas la población suele tener mayor independencia funcional, así como al uso de diferentes instrumentos para la medición de las variables estudiadas. En cuanto a la proporción de participantes con deterioro cognitivo leve, coincide con lo obtenido por Basilio *et al.*,¹⁴ pero contrasta con lo reportado por Bueno *et al.* con solo 5%²⁰ y Bautista con 63.9% de casos leves.¹⁵ Estas diferencias se explican por el uso de distintos instrumentos de medición y los contextos de las personas mayores.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. Ginebra: OMS; 1 de octubre de 2025. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Senado de la República. Número de personas adultas mayores en México va en aumento, señala estudio del IBD. Ciudad de México: Senado de la República; 3 de julio de 2021. Disponible en: <https://comunicacionsocial.senado.gob.mx/informacion/comunicados/186-numero-de-personas-adultas-mayores-en-mexico-va-en-aumento-senala-estudio-del-ibd>
3. Universidad de Guanajuato. Crece aceleradamente la población de adultos mayores a 60 años en Aguascalientes. Guanajuato: Universidad de Guanajuato; 2023. Disponible en: <https://www.ugto.mx/noticias/noticias/anuies-rco/6992-crece-aceleradamente-la-poblacion-de-adultos-mayores-a-60-anos-en>
4. Instituto de Investigaciones Sociales. El envejecimiento en México: un desafío urgente sin políticas suficientes. Ciudad de México: Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México; 2024. Disponible en: <https://www.iis.unam.mx/blog/el-envejecimiento-en-mexico-un-desafio-urgente-sin-politicas-suficientes/>
5. Instituto Nacional de Salud Pública. Adultos mayores. México: INSP; 15 de marzo de 2023. Disponible en: <https://www.insp.mx/lineas>

Se identificó una alta capacidad de autocuidado en 53.8% de los participantes, resultado semejante al de Basilio *et al.* (68.8%), pero que difiere del de Bautista (2.8%). Estos hallazgos sugieren que pese a la presencia de deterioro cognitivo, los adultos mayores mantienen habilidades funcionales que les permiten conservar la autonomía en sus actividades básicas, posiblemente gracias al apoyo familiar o comunitario.^{14,15}

Conclusiones

En la población de personas mayores institucionalizadas en asilos privados, no se identificó correlación significativa entre deterioro cognitivo global y capacidad de autocuidado. No obstante, al analizar las funciones cognitivas específicas mediante el MoCA, se encontró que las dimensiones de atención, orientación, abstracción y recuerdo diferido se asocian significativamente con la capacidad de autocuidado.

El análisis de las variables sociodemográficas y de salud de las personas mayores institucionalizadas permitió caracterizar a la población estudiada e identificar los factores sociodemográficos potencialmente relevantes para la salud cognitiva y la capacidad de autocuidado.

Comprender la complejidad de la interrelación e interacción de factores como la edad, escolaridad y polifarmacia de las personas mayores y su relación con la presencia de déficit cognitivo y pérdida de la capacidad de autocuidado implica la implementación de herramientas clave de conocimiento útil para diseñar planes de cuidado con enfoque en las necesidades de las personas mayores, a fin de estimular y fortalecer las áreas cognitivas relevantes, mantener las capacidades de autocuidado y apostar por un proceso de envejecimiento saludable y por la independencia de las personas mayores.

- de-investigacion/salud-y-grupos-vulnerables/investigacion/adultos-mayores.html
6. Ayuga-Loro F. Deterioro cognitivo: causas y consejos para frenarlo. *Top Doctors*; 1 de abril de 2022. Disponible en: <https://www.topdoctors.es/articulos-medicos/deterioro-cognitivo-causas-y-consejos-para-frenarlo>
 7. Osorio D. Deterioro cognitivo y demencias: la neuropsicología del Alzheimer. *Psicorevista*; 2020. Disponible en: <https://psicorevista.com/neuropsicologia/deterioro-cognitivo-demencias/>
 8. Organización Panamericana de la Salud. Reducción de los riesgos de deterioro cognitivo y demencia: directrices de la OMS. Washington DC: OPS; 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52426>
 9. Moreno-Noguez M, Castillo-Cruz J, García-Cortés LR, et al. Factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores: estudio transversal. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2023;61 Supl 3:S395-406. doi: 10.5281/zenodo.8319815
 10. Gonzalo A. Dorothea Orem: Self-Care Deficit Theory. *Nurseslabs*; 2024. Disponible en: <https://nurseslabs.com/dorothea-orems-self-care-theory/>
 11. Zirari Rebbouh N, Vergilova Gyudyuleva O, Unsaín Marco A, et al. Modelo de Dorothea Orem y su relación con los paradigmas de la enfermería. *Ocronos*. 2025;8(1). Disponible en: <https://revistamedica.com/modelo-dorothea-orem-paradigmas-enfermeria/>
 12. Organización Mundial de la Salud. Autocuidado para la salud y el bienestar. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/self-care-for-health-and-well-being>
 13. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Autocuidado: clave para envejecer saludablemente. México: INAPAM; 23 de marzo de 2022. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/autocuidado-clave-para-envejecer-saludablemente?idiom=es>
 14. Basilio E, Chávez L, Llano J. Deterioro cognitivo y su relación con el autocuidado en adultos mayores hipertensos, Centro de Salud Potracancha, Huánuco. Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2017.
 15. Bautista G. Deterioro cognitivo y autocuidado en el adulto mayor atendido en el puesto de salud Cuyumalca – Chota, 2021 (tesis de licenciatura). Cajamarca, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2022. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/4748/TESSSSS%20FINALLLLLLLLLLLLLLLLLLLLL%20%282%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 16. Doroszkiewicz H. Cómo el estado cognitivo de las personas mayores afecta su nivel de dependencia y necesidades de cuidados: un estudio transversal. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(16):10257. doi: 10.3390/ijerph191610257
 17. Aguilar S, Mimenza A, Palacios A, et al. Validez y confiabilidad del MoCA (Montreal Cognitive Assessment) para el tamizaje del deterioro cognoscitivo en México. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2018;47(4):237-45. Disponible en: <http://scielo.org.co/pdf/rcpv/47n4/0034-7450-rcpv-47-04-00237.pdf>
 18. Díaz de León C, Anguiano A, Lozano M, et al. “Escala de valoración de capacidad de autocuidado y su relación con conductas y condiciones de salud en adultos mayores”. *Psicología Conductual*. 2021;29(3):781-96. doi: 10.51668/bp.8321315s
 19. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. México: Diario Oficial de la Federación; 2014. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
 20. Bueno-Pacheco GA, Álvarez-Aray MR, Ávila-Heredia CE. Deterioro cognitivo y actividades de la vida diaria en adultos mayores del Centro Geriátrico “Hogar Cristo Rey”. Universidad del Azuay; 2022. Disponible en: <https://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/11603>
 21. Leite MT, Castioni D, Kirchner RM, et al. Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil. *Enferm Glob*. 2015;14(37):1-11. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100001
 22. Campo Torregroza E, Laguado Jaimes E, Martín Carbonell M, et al. Funcionamiento cognitivo, autonomía e independencia del adulto mayor institucionalizado. *Rev Cubana Enferm*. 2018;34(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000400005
-
-
- Cómo citar este artículo/To reference this article:
- Castro-Marín GA, Martín-Macías D, Rodríguez-Nava VF, et al. Deterioro cognitivo y capacidad de autocuidado de personas mayores institucionalizadas en asilos privados. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2026;34(3):e1597. doi: 10.5281/zenodo.20708725