Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Terapia Ocupacional Tesis de Terapia Ocupacional

2026-11-16

Calidad del sueño y envejecimiento saludable: relaciones con la flexibilidad cognitiva y el desempeño ocupacional

Díaz Colodrero, Renata

http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/1169

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

CALIDAD DEL SUEÑO Y ENVEJECIMIENTO SALUDABLE: RELACIONES CON LA FLEXIBILIDAD COGNITIVA Y EL DESEMPEÑO OCUPACIONAL

Trabajo final de Grado para optar al título de Lic. en Terapia Ocupacional

Renata Díaz Colodrero

Directora: Lic. Daiana Alejandra, Bario
Co-Directora: Lic. María Celeste, Lopez-Moreno
Tutor metodológico: Dr. Francisco, Zumpano

Fecha de entrega: (16/11/2026)

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social
Departamento de Terapia Ocupacional

HOJA DE FIRMAS

Directora:



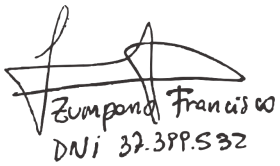
Lic. Terapia Ocupacional Bario, Daiana Alejandra
DNI: 34.211.153

Co-directora:



Lic. Terapia Ocupacional Lopez-Moreno, María Celeste
DNI: 34.670.046

Tutor metodológico:



Dr. Zumpano, Francisco
DNI: 37.399.532

Tesista:



Díaz Colodrero, Renata
DNI: 43.160.833



Ilustración original de Abril Daniela Guaiquín (2026), realizada especialmente para este trabajo. Representa a una persona mayor durante el sueño y, sobre su cabeza, un cerebro poblado de personas mayores que duermen, en alusión a la relación entre el descanso y las habilidades cognitivas.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, que estuvo acompañando desde siempre. Principalmente a mamá y a Juan, por su apoyo incondicional y más; eternamente agradecida por haber creído tanto en mí, incluso más que yo misma. También a mi familia de Mar del Plata, que me adoptaron cálidamente desde el primer día.

A mis amigas de Ushuaia, que a pesar de la enorme distancia, siempre las sentí muy cerquita. A Pilu, por regalarme la ilustración más linda que podría existir y por la magia de todo lo que crea siempre.

A mis gordos mantecas, quienes hicieron que esta carrera y la vida universitaria se disfrutaran tantísimo, este logro es colectivo. Especialmente a Ana y Tati, que fueron como hermanas para mí; a Lauti, por ese cariño y amor que no deja de crecer; y a Marti por ser más que incondicional.

A mi directora y co-directora, por orientarme tanto en este último tramo, junto al grupo de investigación, donde aprendí muchas estrategias para desempeñarme mejor en el área. A mi tutor metodológico por guiarme con paciencia y claridad.

A Naturaleza Cooperativa y a todo su equipo por enseñarme el valor de lo comunitario, despertando en mí un gran amor por el trabajo extensionista.

A las cátedras de Biomecánica y de TO en Contextos Educativos, por mostrarme su forma de hacer docencia y depositar tanta confianza en mí.

A la Unidad Gerontológica, a sus profesionales y concurrentes, por participar y hacerme sentir siempre como en casa.

A la Universidad Nacional de Mar del Plata, por abrirme sus puertas y brindarme una formación de excelencia de la mano de docentes profundamente comprometidos/as. Y a la Terapia Ocupacional, por haberme enamorado en el camino y convertirse mucho más que en una profesión: un estilo de vida.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la relación entre la calidad del sueño, la flexibilidad cognitiva y el desempeño ocupacional en personas mayores de 60 años de la ciudad de Mar del Plata. Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, transversal y correlacional con 40 participantes sin indicios de demencia según ACE-III. Se administraron el Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), la Tarea de Dedos de la batería TAC y la Escala Global de Actividades de la Vida Diaria para Adultos Mayores. Los análisis descriptivos incluyeron medidas de tendencia central y dispersión, y las asociaciones se examinaron mediante rho de Spearman.

El 87,5% de los participantes obtuvo puntuaciones del PSQI superiores a 5, compatibles con peor calidad subjetiva del sueño. En flexibilidad cognitiva, el Índice de Eficiencia Inversa del bloque mixto mostró variabilidad entre los participantes. Respecto del desempeño ocupacional, se observó una elevada autonomía, con un marcado efecto piso en las actividades básicas y una menor concentración de participantes en el valor mínimo en las actividades avanzadas. No se identificaron asociaciones estadísticamente significativas entre PSQI y flexibilidad cognitiva, PSQI y desempeño ocupacional, ni entre flexibilidad cognitiva y desempeño ocupacional; por lo tanto, las hipótesis correlacionales no fueron respaldadas por los datos.

Los hallazgos muestran que, en esta muestra sin indicios de demencia según el criterio de screening del ACE-III y con elevada autonomía funcional, la alta frecuencia de peor calidad subjetiva del sueño coexistió con un desempeño ocupacional ampliamente preservado. Desde Terapia Ocupacional, los resultados destacan la pertinencia de valorar de manera integrada el sueño, los procesos cognitivos y las actividades de la vida diaria. Asimismo, la menor concentración de participantes en el nivel de máxima autonomía observada en las actividades avanzadas constituye un hallazgo descriptivo de interés que sugiere profundizar su estudio en futuras investigaciones.

Palabras clave: Calidad del sueño; Flexibilidad cognitiva; Desempeño ocupacional; Actividades de la vida diaria; Personas mayores; Terapia Ocupacional.

ÍNDICE

Agradecimientos……..3
Resumen……...4
Introducción……8
Estado de la cuestión……..10
Problema de investigación, objetivos e hipótesis……...12
Problema de investigación……...12
Objetivos de la investigación……...12
Hipótesis de trabajo……13
Marco teórico……14
Bloque 1: Modelo de Ocupación Humana (MOHO)……...14
1.1 Fundamentos del MOHO……14
1.2 Identidad y adaptación ocupacional en la vejez……..15
1.3 Disfunción ocupacional en la vejez……16
Bloque 2: Bases conceptuales del envejecimiento saludable……..18
2.1 Envejecimiento saludable y envejecimiento activo……18
2.2 Cambios cognitivos normativos en el envejecimiento……19
Bloque 3: Calidad del sueño en personas mayores……..21
3.1 Sueño como ocupación……21
3.2 Arquitectura del sueño……22
3.3 Alteraciones del sueño en la vejez……..22
3.4 Relación entre calidad del sueño y desempeño ocupacional……...23
Bloque 4: Flexibilidad cognitiva……24
4.1 Flexibilidad cognitiva en la vejez……24
Bloque 5: Desempeño ocupacional……26
5.1 Actividades de la vida diaria: Básicas, Instrumentales y Avanzadas……..26
5.2 Desempeño ocupacional dentro del MOHO……...27
Metodología……...29
Tipo de estudio y diseño de investigación……...…29
Población y muestra……29
Criterios de inclusión y exclusión……29
Procedimiento de recolección de datos……29
Variables……..30
Instrumentos……32
Aspectos éticos……34

Análisis de datos……35
Resultados……..37
Características de la muestra……...37
Calidad del sueño…….38
Flexibilidad cognitiva……..39
Desempeño ocupacional……..40
Asociación entre calidad del sueño, flexibilidad cognitiva y desempeño ocupacional……...42
Contraste de las hipótesis…….43
Discusión……44
Calidad del sueño…….44
Flexibilidad cognitiva……..46
Desempeño ocupacional……..……46
Calidad del sueño y flexibilidad cognitiva…….…….47
Flexibilidad cognitiva y desempeño ocupacional……48
Calidad del sueño y desempeño ocupacional……..……49
Interpretación conjunta de las tres variables……50
Fortalezas del estudio……..……51
Implicancias para Terapia Ocupacional……...….51
Líneas futuras de investigación……..….52
Limitaciones del estudio…….….52
Conclusiones…….….54
Referencias bibliográficas…….….56
Anexos……...62
Anexo 1: Consentimiento informado……..62
Anexo 2: Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE-III) - Versión Argentina…….63
Anexo 3: Tarea de Dedos - Tareas de Autorregulación Cognitiva (TAC)……...66
Anexo 4: Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI)……...66
Anexo 5: Escala Global de Actividades de la Vida Diaria para adultos mayores…….……..68

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas y cognitivas de la muestra……..…37
Tabla 2. Estadísticos descriptivos del PSQI global y sus componentes……..…38
Tabla 3. Indicadores del bloque mixto de la Tarea de Dedos……..…40
Tabla 4. Desempeño ocupacional por dominios……41
Tabla 5. Correlaciones de Spearman entre las variables principales y los dominios funcionales…..…42
Tabla 6. Síntesis del contraste de la hipótesis general y las hipótesis específicas……..…43

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución del puntaje global del PSQI en la muestra……..…39
Figura 2. Diagrama de cajas del desempeño ocupacional según dominio de actividades de la vida diaria……...41

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional constituye uno de los principales desafíos en salud pública a nivel global. En este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) promueve el envejecimiento saludable, centrado en sostener la capacidad funcional en la vejez. Bajo esta premisa, el estudio de variables modificables como la calidad del sueño adquiere una relevancia crítica, dado su asociación con los procesos cognitivos y el desempeño en las actividades de la vida diaria (AVD). Si bien la literatura ha abordado estas dimensiones de manera independiente, existe una escasa integración de estas dimensiones desde una perspectiva ocupacional, como la que ofrece el Modelo de Ocupación Humana (MOHO) (Kielhofner, 2011), adoptado como marco teórico del presente trabajo. En particular, comprender la asociación existente entre la flexibilidad cognitiva, la calidad del sueño y el desempeño ocupacional permitiría aportar evidencia significativa para el diseño de intervenciones en Terapia Ocupacional, orientadas a la promoción de la independencia en actividades de la vida diaria.

A nivel local, la investigación adquiere especial relevancia en el contexto de la ciudad de Mar del Plata, reconocida como un polo gerontológico dentro de la Argentina. Datos recientes del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), correspondientes al Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022, evidencian que el Partido de General Pueyrredon presenta un porcentaje de población mayor significativamente superior al promedio nacional, alcanzando aproximadamente el 21,2% de personas de 60 años y más, en contraste con el 16,2% nacional (INDEC, 2023; Dirección de Modernización e Información Estratégica, 2024). Este incremento poblacional a nivel local presenta el desafío de sostener la capacidad funcional de esta población, la cual muestra además una marcada tendencia a la feminización, conformada por un 58,8% de mujeres (INDEC, 2023). En este sentido, el estudio de variables como la calidad del sueño, la flexibilidad cognitiva y el desempeño ocupacional resulta particularmente relevante en este marco, ya que permite generar conocimiento situado que responda a las características específicas de la población local.

En el contexto argentino, las investigaciones en cronobiología lideradas por referentes como Golombek (2009) señalan que los hábitos de sueño en nuestra población están condicionados por factores culturales y sociales que se asocian directamente con la salud cerebral. No obstante, mientras la ciencia básica ha profundizado en los ritmos circadianos y la arquitectura del sueño, desde la Terapia Ocupacional persiste el desafío de trasladar estos hallazgos al desempeño ocupacional.

Desde la perspectiva de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, 2020), el sueño y el descanso son considerados un área de ocupación fundamental que sustenta la participación en todas las demás áreas de la vida. La calidad del sueño no solo actúa como un factor biológico, sino como un factor ocupacional que interactúa dinámicamente con las habilidades de desempeño, específicamente las habilidades de procesamiento. En este sentido, la flexibilidad cognitiva

desempeña un papel relevante para que la persona mayor pueda adaptar sus patrones de desempeño hábitos y rutinas ante las demandas del entorno. Pensar este estudio bajo el marco de la AOTA permite comprender que las alteraciones en el sueño no son eventos aislados, sino barreras que limitan el desempeño ocupacional y el compromiso en actividades significativas, afectando directamente la identidad y la salud integral de la persona mayor (AOTA, 2020). En concordancia, la literatura científica señala que procesos cognitivos de dominio general, como la flexibilidad cognitiva, son elementos centrales en el mantenimiento del envejecimiento saludable y la preservación de la autonomía en la vejez (Diamond, 2013).

En este marco, la Década del Envejecimiento Saludable (OMS, 2020) reconoce que la información disponible sobre el envejecimiento saludable resulta limitada o inexistente en gran parte de los países del mundo, lo cual contribuye a la invisibilidad y exclusión de las personas mayores, y establece como uno de sus ejes de acción impulsar la obtención de datos y la investigación sobre esta población, subrayando que dicha investigación debe ser sensible a las cuestiones de género y estar orientada a mejorar la equidad en materia de salud (OMS, 2020). Este señalamiento refuerza la pertinencia de generar evidencia científica local sobre el envejecimiento saludable, tal como se propone en el presente estudio.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

Para fundamentar el planteamiento del problema, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica exhaustiva en bases de datos científicas de la salud, incluyendo MEDLINE, Biblioteca Virtual en Salud, SciELO, Redalyc y la Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas. De manera complementaria, se realizó una indagación específica orientada a la disciplina en publicaciones electrónicas como la Revista Argentina de Terapia Ocupacional (RATO), la Revista Chilena de Terapia Ocupacional (RchTO), la Revista de Terapia Ocupacional Galicia (TOG) y la Revista Colombiana de Terapia Ocupacional (ROH).

A partir de esta revisión de la literatura, se identificó un claro vacío de conocimiento (Hernández-Sampieri et al., 2014). Si bien existen publicaciones en Terapia Ocupacional que abordan la calidad del sueño, su análisis se ha limitado principalmente a otras poblaciones clínicas o grupos etarios. Asimismo, se identificó un antecedente cualitativo reciente que explora la percepción de personas mayores sobre el vínculo de las alteraciones del sueño con su desempeño ocupacional (Matos et al., 2024). Sin embargo, dicho estudio no incorpora un análisis correlacional ni contempla la flexibilidad cognitiva u otro proceso ejecutivo. En este sentido, no se hallaron antecedentes empíricos dentro de la disciplina que analicen de forma correlacional la calidad del sueño en relación con un proceso ejecutivo, como la flexibilidad cognitiva, y el desempeño ocupacional en personas mayores. Esta escasez de antecedentes locales y disciplinares es coherente con los desafíos actuales en la producción de conocimiento científico en Terapia Ocupacional en Argentina y la región, donde, a pesar de su crecimiento exponencial en las últimas décadas, persisten áreas de vacancia que requieren investigación formal para nutrir las bases de la práctica basada en la evidencia (Nabergoi, 2021).

No obstante, desde un marco interdisciplinario, la literatura reciente respalda fuertemente la pertinencia de estudiar estas variables de manera conjunta. En una reciente revisión sistemática de investigaciones empíricas sobre la relación entre la calidad del sueño y los procesos ejecutivos en adultos, se identificaron 35 estudios a nivel internacional; de los cuales, la gran mayoría (27 investigaciones) hallaron una asociación significativa entre ambos dominios (Umfürer et al., 2025). Dicha revisión reveló que el instrumento más utilizado para evaluar el sueño es, precisamente, el PSQI; sin embargo, concluye que los hallazgos globales aún presentan resultados mixtos y contradictorios (Umfürer et al., 2025). Esto reafirma la necesidad de investigaciones futuras que, como la presente, se enfoquen en poblaciones específicas e intenten aclarar dichas inconsistencias para promover el funcionamiento cognitivo y ocupacional.

En sintonía con lo anterior y a nivel local, se realizó una búsqueda en la web del Repositorio Kimelü, donde se encuentran las tesis correspondientes a la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Tras dicha revisión, no se hallaron antecedentes que aborden el estudio de la calidad del

sueño, la flexibilidad cognitiva y el desempeño ocupacional de manera integrada en personas mayores. Los trabajos disponibles que estudiaron la calidad del sueño en dicho repositorio se enfocan en problemáticas diferentes, limitándose únicamente a estudios en pacientes con lesiones de manguito rotador o investigaciones centradas en familias de infantes nacidos a pretérmino. Esto refuerza el vacío en la literatura local respecto al análisis integrado de estas variables desde una perspectiva ocupacional en esta población.

La calidad del sueño se ha consolidado como una variable central para el bienestar y la salud cognitiva en el envejecimiento, con evidencia reciente que vincula tanto la eficiencia como la arquitectura del sueño con el rendimiento cognitivo y funcional en la vida diaria (Pase et al., 2023; Sakal et al., 2024; Wei et al., 2025). Esta asociación se extiende a los procesos ejecutivos y al desempeño en las actividades de la vida diaria: la privación y la baja calidad del sueño se relacionan con déficits en flexibilidad cognitiva y con mayor riesgo de compromiso funcional, de manera más marcada en actividades instrumentales que en las básicas (Ozkutlu y Ozun, 2025; Idalino et al., 2024). Estos hallazgos, desarrollados en profundidad en el marco teórico, sustentan la pertinencia de estudiar de forma integrada estas tres dimensiones en la vejez.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

A partir del vacío identificado en la literatura respecto del abordaje integrado de estas variables en personas mayores sin indicios de demencia, y desde una perspectiva centrada en la ocupación, surge el interrogante que orienta esta investigación:

¿Cuál es la relación entre la calidad del sueño, la flexibilidad cognitiva y el nivel de desempeño ocupacional en actividades de la vida diaria en personas mayores a partir de 60 años de la ciudad de Mar del Plata durante el período Junio-Agosto de 2026?

En este sentido, comprender cómo el sueño se relaciona con dichos procesos permite no solo ampliar el marco teórico existente, sino también ofrecer herramientas para el diseño de intervenciones terapéuticas y educativas orientadas a la promoción de la salud cognitiva y ocupacional en personas mayores. El impacto del proyecto se expresa en distintas dimensiones: a nivel científico, mediante la generación de conocimiento disciplinar e interdisciplinario aplicado a la Terapia Ocupacional; en el plano social, a través de aportes al diseño de políticas públicas de envejecimiento saludable que reconozcan la importancia del sueño y los procesos ejecutivos como factores protectores de la autonomía; y en el ámbito educativo, favoreciendo el fortalecimiento del vínculo entre docencia e investigación mediante la formación de estudiantes de la carrera de Terapia Ocupacional, la transferencia de saberes a espacios curriculares y la integración de resultados en procesos de enseñanza-aprendizaje.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general:

· Analizar la relación entre la calidad del sueño, la flexibilidad cognitiva y el desempeño ocupacional en personas mayores a partir de 60 años de la ciudad de Mar del Plata en el período Junio-Agosto 2026.

Objetivos específicos:

· Evaluar la calidad del sueño en personas mayores sin indicios de demencia.

· Evaluar la flexibilidad cognitiva en personas mayores sin indicios de demencia.

· Evaluar el desempeño ocupacional en personas mayores sin indicios de demencia, describiendo los niveles de funcionalidad en las actividades de la vida diaria básicas, instrumentales y avanzadas.

· Identificar si existe asociación entre la calidad del sueño, los niveles de flexibilidad cognitiva y el desempeño en las actividades de la vida diaria.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Hipótesis general:

· Una menor calidad del sueño se asocia significativamente con niveles bajos de flexibilidad cognitiva y con un desempeño ocupacional afectado en actividades de la vida diaria.

Hipótesis específicas:

· Las personas que presentan menores niveles de desempeño en la flexibilidad cognitiva son aquellas que poseen un desempeño ocupacional menor.

· Una menor calidad del sueño se asocia con menores niveles de flexibilidad cognitiva.

· Una menor calidad del sueño se relaciona de manera significativa con un menor nivel de desempeño ocupacional en las actividades de la vida diaria.

MARCO TEÓRICO

BLOQUE 1:
MODELO DE OCUPACIÓN HUMANA (MOHO)

1.1 FUNDAMENTOS DEL MOHO

El Modelo de Ocupación Humana (MOHO), desarrollado originalmente por Gary Kielhofner, constituye uno de los modelos más utilizados dentro de la Terapia Ocupacional a nivel mundial para comprender la ocupación humana y guiar la práctica profesional. El modelo parte de considerar que el ser humano es, por naturaleza, un ser ocupacional: que necesita hacer, actuar y participar activamente en su entorno como condición inherente a su desarrollo y bienestar. La actividad humana, entendida en sentido amplio, se organiza y adquiere significado particular cuando se convierte en ocupación, es decir, cuando ese hacer se vincula con la identidad, los roles y el contexto de vida de la persona. Bajo esta premisa, el modelo propone una concepción integral de la persona, entendida como un sistema dinámico compuesto por tres componentes interrelacionados que operan de manera conjunta e influyen mutuamente entre sí: la volición, la habituación y la capacidad de desempeño (Kielhofner, 2011).

La **volición** refiere al patrón de pensamientos y sentimientos que la persona tiene acerca de sí misma como agente en su propio mundo ocupacional, y que se pone en juego cada vez que anticipa, elige, experimenta e interpreta lo que hace. Este componente se estructura, a su vez, a partir de tres subdimensiones: la *causalidad personal* (el sentido de capacidad y efectividad que la persona percibe sobre sí misma), los *valores* (aquello que la persona considera importante y significativo de hacer) y los *intereses* (lo que la persona encuentra como placentero o satisfactorio) (Kielhofner, 2011).

La **habituación**, remite al proceso mediante el cual la ocupación se organiza en patrones y rutinas relativamente estables a lo largo del tiempo, e incluye los *hábitos* (formas automatizadas de hacer las cosas en circunstancias ambientales habituales, adquiridas por repetición) y los *roles internalizados* (las expectativas de comportamiento que la persona asume al ocupar una determinada posición social) (Kielhofner, 2011). Este componente es central para comprender cómo la vida cotidiana adquiere una estructura predecible y organizada, permitiendo que buena parte de la conducta ocupacional se despliegue sin requerir un esfuerzo deliberado constante.

La **capacidad de desempeño** alude tanto a las *capacidades físicas* y *mentales* objetivas que subyacen al desempeño ocupacional hábil, como a la experiencia subjetiva del propio cuerpo en la acción, noción que Kielhofner (2011) denomina "*cuerpo vivido*", noción recuperada de los planteos del filósofo Maurice Merleau-Ponty. Esta concepción permite comprender que el desempeño ocupacional también depende de la forma en que la persona experimenta e interpreta sus propias capacidades durante la realización de ocupaciones significativas (De las Heras de Pablo, 2015).

La interrelación entre los tres componentes responde al principio teórico de la heterarquía (Kielhofner, 2011). Ninguno ejerce un control fijo sobre los demás, sino que su peso relativo se reorganiza según las demandas de cada situación ocupacional concreta. Esto permite comprender que una modificación en un solo componente puede reorganizar todo el sistema ocupacional.

Asimismo, ninguno de estos componentes puede comprenderse aislado del **ambiente** (físico, social, cultural, económico y político), el cual opera como una dimensión activa que ofrece oportunidades o impone restricciones (Kielhofner, 2011). Así, la volición, la habituación y la capacidad de desempeño se despliegan siempre en transacción dinámica con este entorno, aspecto fundamental para pensar el envejecimiento como un proceso situado en contextos particulares.

Desde esta perspectiva, la ocupación es un proceso emergente de la interacción dinámica entre la persona, el ambiente y sus acciones cotidianas. En consecuencia, el desempeño ocupacional es resultado de la organización continua de estos componentes en la vida diaria (De las Heras de Pablo, 2015).

1.2 IDENTIDAD Y ADAPTACIÓN OCUPACIONAL EN LA VEJEZ

Dentro del Modelo de Ocupación Humana (MOHO), la **identidad ocupacional** constituye un concepto central que se define como el sentido acumulado de quién es la persona en tanto ser ocupacional, construido a partir de su historia de participación en ocupaciones a lo largo de la vida (Kielhofner, 2011). Esta identidad se configura de manera narrativa, es decir, la persona da sentido a su propia trayectoria ocupacional a través de relatos que integran sus roles pasados, presentes y anticipados, así como sus valores, intereses y percepción de capacidad (De las Heras de Pablo, 2015). La historia de vida de cada persona refleja así sus metas, proyectos, desafíos y logros, de modo que los componentes de la identidad y la competencia ocupacional se entretejen en esas narrativas (Krzemien et al., 2020). Cabe precisar que si la identidad ocupacional remite al sentido narrativo que la persona construye acerca de sí misma, la competencia ocupacional designa un proceso complementario: el grado en que la persona logra sostener, en su desempeño cotidiano, un patrón de participación ocupacional coherente con esa identidad y que satisface los estándares y expectativas asociados a los roles que valora (Kielhofner, 2011).

Desde esta perspectiva, la identidad ocupacional constituye un proceso dinámico que se transforma continuamente mediante las experiencias ocupacionales. Así, cada transición vital requiere procesos de adaptación que permitan reorganizar el sentido de sí mismo, manteniendo una continuidad entre la historia ocupacional previa y las nuevas formas de participación que emergen a lo largo del curso de vida (De las Heras de Pablo, 2015).

Estrechamente vinculado a la identidad, el concepto de **adaptación ocupacional** refiere al proceso continuo mediante el cual las personas construyen una identidad ocupacional positiva y desarrollan competencia ocupacional a lo largo de la vida, en permanente transacción con las demandas y oportunidades que les presenta el ambiente (Kielhofner, 2011). En este sentido, la

adaptación ocupacional es un proceso activo y dinámico presente en todas las etapas del curso vital, que se pone en marcha ante las múltiples transiciones, desafíos y cambios que atraviesan las personas en sus trayectorias de vida. No obstante, en la vejez este proceso adquiere una relevancia particular debido a las transformaciones asociadas al envejecimiento, los cambios en los roles sociales y las experiencias de salud-enfermedad que pueden demandar una reorganización significativa de la vida cotidiana (Krzemien et al., 2020).

En este proceso no solo se modifican las formas de actuar frente a las demandas del entorno, sino que también se reorganiza progresivamente la identidad ocupacional, en tanto las experiencias de éxito, dificultad o cambio vividas en la participación cotidiana contribuyen continuamente a reconstruir el sentido de quién es la persona como ser ocupacional (De las Heras de Pablo, 2015).

En el contexto del envejecimiento, cada uno de los componentes del MOHO experimenta transformaciones particulares que influyen sobre la participación ocupacional de la persona mayor. Krzemien et al. (2020) plantean que conviene pensar la *volición* en la vejez como un proceso en el que intervienen tanto aspectos personales cognitivos cuando la persona anticipa, selecciona, planifica e interpreta su accionar como aspectos contextuales de la experiencia ocupacional. Respecto de la *habituación*, cabe señalar que las etapas vitales no definen de manera rígida los hábitos y roles de las personas: no existen hábitos ni roles específicos o exclusivos de la vejez. Roles tradicionalmente atribuidos a las personas mayores (como el de jubilado/a o abuelo/a) se redefinen en la actualidad, observándose personas mayores que retoman estudios universitarios, emprenden nuevos proyectos propios, ocupan roles de gestión y experticia (Krzemien et al., 2020). En este sentido, la ciudad de Mar del Plata cuenta con una experiencia consolidada: el Programa Universitario de Aprendizajes Mayores (PUAM), dependiente de la propia Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata, ofreciendo cursos y talleres para personas mayores de 45 años; su historia institucional da cuenta de una transformación en la representación social de la vejez, de un sector tradicionalmente concebido como pasivo y receptor hacia un sujeto activo, protagonista y constructor de su propio proyecto de vida (Gil et al., 2020). Finalmente, en relación con la *capacidad de desempeño*, cuando ciertas habilidades tienden a declinar con el envejecimiento, la capacidad objetiva de rendimiento puede no ser tan eficiente como en etapas previas de la vida; no obstante, en condiciones favorables, la experiencia subjetiva del hacer y del desempeño ocupacional puede conservarse e incluso incrementarse (Krzemien et al., 2020).

1.3 DISFUNCIÓN OCUPACIONAL EN LA VEJEZ

Cuando los procesos de adaptación ocupacional se ven interrumpidos o dificultados, pueden generarse situaciones de **disfunción ocupacional**. Desde el Modelo de Ocupación Humana (MOHO), esta se manifiesta cuando la persona experimenta dificultades para elegir, organizar o desempeñar ocupaciones de manera satisfactoria, como resultado de la interacción entre la volición, la habituación, la capacidad de desempeño y el ambiente. En este sentido, la disfunción ocupacional no se explica

únicamente por las características individuales de la persona, sino también por las oportunidades, demandas y restricciones presentes en el contexto en el que desarrolla su vida cotidiana (Kielhofner, 2011; De las Heras de Pablo, 2015).

En la vejez, la disfunción ocupacional puede manifestarse de múltiples formas, incluyendo la reducción abrupta de roles significativos, el desajuste entre las capacidades de desempeño disminuidas y las demandas ocupacionales previas, o alteraciones en los patrones de habituación como los relacionados con el sueño y el descanso que afectan la organización general de la rutina diaria (Kielhofner, 2011).

Comprender de manera articulada los conceptos de identidad ocupacional, adaptación ocupacional y disfunción ocupacional resulta fundamental para el presente estudio, ya que permite interpretar las alteraciones en la calidad del sueño no como un fenómeno biológico aislado, sino como un factor capaz de influir sobre la organización de la vida cotidiana y la participación ocupacional. Una alteración originada en uno de los componentes del MOHO reorganiza el funcionamiento del sistema ocupacional en su conjunto. Desde esta perspectiva, una disminución en la calidad del sueño puede repercutir sobre la volición, al afectar el sentido de eficacia personal y la motivación para participar en ocupaciones; sobre la habituación, al modificar los hábitos y rutinas que estructuran la vida diaria; y sobre la capacidad de desempeño, al comprometer las capacidades físicas y mentales necesarias para sostener un desempeño ocupacional satisfactorio (Kielhofner, 2011; De las Heras de Pablo, 2015).

BLOQUE 2:
BASES CONCEPTUALES DEL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

2.1 ENVEJECIMIENTO SALUDABLE Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO

La Organización Mundial de la Salud (OMS), a partir de la publicación del Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud, definió el envejecimiento saludable como el proceso de fomentar y mantener la **capacidad funcional** que permite el bienestar en la vejez (OMS, 2015). La capacidad funcional, central en esta conceptualización, comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer aquello que es importante para ella, y resulta de la interacción dinámica entre la capacidad intrínseca y el entorno. El *entorno* es entendido en su sentido más amplio, incluyendo las dimensiones física, social y política, mientras que la *capacidad intrínseca* refiere al conjunto de capacidades físicas y mentales de las que dispone una persona, e incluye cinco dominios interrelacionados: la capacidad locomotora, la vitalidad, la capacidad cognitiva, la capacidad psicológica y las capacidades sensoriales (vinculadas principalmente con la visión y la audición) (OMS, 2015). Dentro de estos dominios, la capacidad cognitiva comprende diversas funciones relacionadas con el procesamiento de la información, entre ellas los procesos ejecutivos (como la flexibilidad cognitiva), que cobran especial importancia para la adaptación a las demandas cambiantes de la vida cotidiana.

Resulta relevante señalar que la capacidad intrínseca no sigue una trayectoria uniforme durante la vejez, sino que su curso varía considerablemente entre individuos: la OMS (2015) distingue trayectorias diferenciadas, que van desde personas que sostienen una capacidad relativamente alta y estable, pasando por quienes experimentan una disminución gradual, hasta quienes atraviesan pérdidas significativas, y subraya que estas trayectorias no son fijas, sino que pueden modificarse a partir de las decisiones y las intervenciones realizadas en distintos momentos del curso de vida. Esta noción habilita a pensar a las personas mayores como un colectivo heterogéneo en el que factores modificables como la calidad del sueño y la flexibilidad cognitiva podrían incidir sobre el curso que finalmente adopta esa trayectoria.

Estrechamente relacionado con el envejecimiento saludable, el concepto de envejecimiento activo desarrollado originalmente por la OMS y adaptado posteriormente a la realidad latinoamericana lo define "como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen" (International Longevity Centre Brazil, 2015, p. 42). Este enfoque propone una mirada integral que reconoce a la persona mayor como sujeto activo, participativo y con capacidad de decisión sobre su propia vida, promoviendo su continuidad en la vida social, económica, cultural y cívica, y no únicamente su capacidad para permanecer físicamente activa (International Longevity Centre Brazil, 2015).

Ambos conceptos envejecimiento saludable y envejecimiento activo resultan complementarios para el presente estudio: mientras el primero pone el foco en la capacidad funcional como sustento del bienestar, el segundo enfatiza la dimensión participativa y social de ese bienestar.

Este enfoque se consolidó política e institucionalmente con la proclamación, por parte de la Asamblea General de las Naciones Unidas, del Decenio del Envejecimiento Saludable (2021-2030), cuya implementación en la región es liderada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a través de un trabajo interprogramático, interagencial e intersectorial organizado en cuatro áreas de acción: modificar la forma en que se piensa, se siente y se actúa respecto a la edad y el envejecimiento; garantizar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores; ofrecer una atención integrada y centrada en la persona; y proporcionar acceso a cuidados de largo plazo para quienes lo necesiten (OMS, 2020). El informe de referencia de esta iniciativa profundiza en los fundamentos técnicos y epidemiológicos que sustentan estas cuatro áreas de acción, proporcionando lineamientos concretos para su implementación en los países de la región (OPS, 2022). Esta iniciativa reafirma que el envejecimiento saludable constituye un proceso que abarca toda la trayectoria vital y que se encuentra fuertemente atravesado por las desigualdades sociales y económicas acumuladas a lo largo de la vida, lo cual resulta especialmente relevante para pensar el envejecimiento en contextos locales específicos, como el de la ciudad de Mar del Plata.

Comprender el envejecimiento bajo este marco requiere, asimismo, adoptar una perspectiva que permita integrar sus múltiples dimensiones a lo largo del tiempo. En este sentido, el paradigma del curso de vida desarrollado desde la sociología y la psicología del desarrollo a partir de los aportes de Glen Elder (Blanco, 2011) sostiene que el envejecimiento, como proceso de desarrollo humano, implica cambios multidimensionales y multidireccionales que se despliegan a lo largo de toda la trayectoria vital, integrando influencias biológicas, psicológicas y contextuales que dan cuenta tanto de continuidades como de discontinuidades en el desarrollo (Krzemien et al., 2020). Bajo esta perspectiva, el desarrollo y el envejecimiento constituyen un mismo proceso de cambios que reúne ganancias y pérdidas a lo largo de la vida dinámica que Baltes (1987) identificó como principio central de la psicología evolutiva del ciclo vital, lo cual permite una comprensión holística del envejecimiento, evitando reducirlo a un mero declive biológico aislado (Krzemien et al., 2020).

2.2 CAMBIOS COGNITIVOS NORMATIVOS EN EL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento típico conlleva una serie de cambios cognitivos esperables que resulta necesario diferenciar de los procesos patológicos propios de los cuadros demenciales (Harada et al., 2013). Estos cambios no afectan de manera homogénea a todos los dominios cognitivos, sino que se distribuyen de forma diferencial, tendiendo a declinar particularmente la velocidad de procesamiento, la memoria y las habilidades visuoespaciales a partir de los 60 años, aunque con una variabilidad interindividual considerable: mientras algunas personas mantienen intactas sus capacidades

neurocognitivas o incluso muestran mejoras, otras experimentan déficits más marcados (Martino et al., 2023).

Un estudio reciente realizado sobre una amplia muestra de personas mayores argentinas aporta evidencia local sustancial respecto a los factores que modulan esta variabilidad. Los resultados indican que, además de la edad, variables sociodemográficas como un mayor nivel educativo y el manejo de más de un idioma se asocian a un mejor rendimiento neurocognitivo, mientras que ciertos hábitos vinculados al estilo de vida como la realización frecuente de cálculos mentales, la práctica de juegos de ingenio y el uso habitual de dispositivos tecnológicos como computadoras y teléfonos inteligentes también predicen un mejor desempeño cognitivo en esta población (Martino et al., 2023). Estos hallazgos encuentran sustento teórico en la teoría de la *reserva cognitiva*, según la cual la educación, el bilingüismo, el logro ocupacional y la estimulación intelectual sostenida a lo largo de la vida proporcionan al cerebro una mayor capacidad para tolerar los cambios neurocognitivos inherentes al envejecimiento. De manera convergente, el estudio identificó que ciertos antecedentes médicos prevalentes en la vejez como los accidentes cerebrovasculares, la diabetes y la toma de medicación crónica se asocian con un peor rendimiento neurocognitivo, evidenciando la estrecha relación entre la salud cardiometabólica y el funcionamiento cognitivo en esta etapa vital (Martino et al., 2023).

Cabe destacar que, si bien los procesos ejecutivos también pueden verse comprometidos durante el envejecimiento normal, la flexibilidad cognitiva adquiere especial relevancia por su papel en la adaptación a las demandas cambiantes de la vida cotidiana. Resulta importante subrayar que estos cambios cognitivos normativos no implican necesariamente una pérdida de la independencia funcional, en tanto la persona mayor con un envejecimiento saludable suele desarrollar estrategias compensatorias y beneficiarse de factores protectores tanto ambientales, individuales como vinculados al estilo de vida que le permiten sostener su desempeño en las actividades cotidianas (Martino et al., 2023).

Estos hallazgos encuentran sustento neurobiológico en los procesos de *plasticidad neuronal* y *neurogénesis* que, aunque de manera atenuada respecto de etapas tempranas, se mantienen a lo largo de todo el curso de vida, incluida la vejez (Harada et al., 2013), aportando un mecanismo plausible para la capacidad de adaptación del cerebro envejecido.

BLOQUE 3:
CALIDAD DEL SUEÑO EN PERSONAS MAYORES

3.1 SUEÑO COMO OCUPACIÓN

Desde la Terapia Ocupacional, el sueño ha sido progresivamente reconocido como una ocupación en sí misma. El Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso (4.ª ed.) (AOTA, 2020) incluye al **descanso y sueño** entre las áreas de ocupación junto con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, el manejo de la salud, la educación, el trabajo, el juego, el ocio y la participación social, y distingue dentro de esta área el *descanso* propiamente dicho, la *preparación para el sueño* y la *participación en el sueño*. Esta clasificación, iniciada en la segunda edición del Marco de Trabajo (AOTA, 2008), implicó un cambio conceptual respecto de versiones previas, en las que el sueño se encontraba subsumido dentro de las actividades de la vida diaria (Leland et al., 2014). Cada uno de estos componentes remite a una dimensión distinta de dicha ocupación:

Descanso: comprende las actividades orientadas a reducir el compromiso con la actividad física, cognitiva y social, permitiendo un estado de relajación que restablece la energía necesaria para sostener la participación en las demás ocupaciones (AOTA, 2020).

Preparación para el sueño: incluye las acciones dirigidas a disponer las condiciones que favorecen el inicio y la continuidad del sueño, tales como el establecimiento de rutinas y horarios, el acondicionamiento del entorno físico (temperatura, iluminación, ropa de cama) y las prácticas de higiene vinculadas al momento de acostarse (AOTA, 2020).

Participación en el sueño: refiere al involucramiento activo en el propio proceso de dormir, lo que abarca el cuidado de necesidades personales durante la noche (como la hidratación o el uso del baño), el sostenimiento de un sueño ininterrumpido y la negociación de las necesidades de descanso con otras personas del entorno conviviente (AOTA, 2020).

Conceptualmente, se ha descrito al sueño como una ocupación restaurativa, orientada al descanso y la recuperación, que sostiene la conformación del repertorio ocupacional diario autocuidado, trabajo y ocio y cuyo equilibrio con la actividad diurna resulta central para la función y el bienestar (Ho y Siu, 2018). En la misma línea, Matos et al. (2024) sostienen que el sueño, más allá de constituir una necesidad biológica, funciona como la base de todas las demás ocupaciones desplegadas durante la vigilia, operando como hilo conductor de la organización de las actividades cotidianas, función que, desde el Modelo de Ocupación Humana (Kielhofner, 2011), se corresponde con los hábitos y rutinas que integran la habituación.

3.2 ARQUITECTURA DEL SUEÑO

El sueño constituye un fenómeno periódico, activo y regulado, que se adapta a ritmos biológicos circadianos de aproximadamente 24 horas (Aguilar Mendoza et al., 2017; Golombek, 2009). Los registros neurofisiológicos electroencefalograma, movimientos oculares y tono muscular, cuyo conjunto se denomina polisomnografía permitieron establecer que el sueño se organiza en fases con procesos fisiológicos propios que se suceden cíclicamente a lo largo de la noche (Aguilar Mendoza et al., 2017). Se distinguen dos tipos de sueño: el NREM (por sus siglas en inglés "sin movimientos oculares rápidos") y el REM ("movimiento rápido de los ojos").

El sueño **NREM** se divide en cuatro estadios. En el primero se produce la transición de la vigilia al sueño, con un descanso todavía ligero. En el segundo, la actividad cerebral se hace progresivamente más profunda, mientras la temperatura corporal y las frecuencias cardíaca y respiratoria comienzan a disminuir de manera paulatina. El tercer y el cuarto estadio constituyen el sueño más profundo, conocido como sueño lento, caracterizado por un marcado enlentecimiento de las ondas cerebrales (Aguilar Mendoza et al., 2017).

El sueño **REM**, se caracteriza por una marcada disminución del tono muscular con excepción de los músculos respiratorios y los esfínteres vesical y anal, y por la irregularidad (e incluso el incremento) de la frecuencia cardíaca y respiratoria (Aguilar Mendoza et al., 2017).

Estas dos fases se alternan entre cuatro y cinco veces a lo largo de la noche: el sueño NREM ocupa en conjunto unas seis horas y el sueño REM, unas dos horas. Tanto el NREM como el REM cumplen un papel relevante en la consolidación de la memoria y el aprendizaje (Aguilar Mendoza et al., 2017), por lo que las alteraciones en esta arquitectura tienden a afectar procesos cognitivos centrales para el desempeño ocupacional de la persona mayor (Pase et al., 2023).

3.3 ALTERACIONES DEL SUEÑO EN LA VEJEZ

El envejecimiento se acompaña de modificaciones características en los patrones de sueño: mayor dificultad para conciliarlo, sueño menos profundo, despertares más frecuentes, somnolencia más temprana por la noche y despertar más temprano por la mañana (Smallfield y Lucas Molitor, 2018). Se estima que entre el 40% y el 70% de las personas mayores experimenta algún problema de sueño (Leland et al., 2014). Entre las alteraciones más frecuentes en esta etapa se encuentran el insomnio, la somnolencia diurna excesiva y la apnea obstructiva del sueño, esta última vinculada con un mayor riesgo de deterioro cognitivo y demencia, por lo que se la considera un factor de riesgo potencialmente modificable (Suraev et al., 2024).

No obstante, el envejecimiento por sí solo no explica estos cambios: las condiciones de salud crónicas, el estado de salud general y el nivel de actividad diurna se han relacionado con la calidad del sueño de las personas mayores (Smallfield y Lucas Molitor, 2018), al igual que factores ambientales y conductuales como el uso de pantallas, la medicación y la presencia de dolor crónico o diuresis nocturna (Matos et al., 2024). Se ha reportado, además, que la calidad del sueño se deteriora

progresivamente con la edad, deterioro que resulta más marcado en personas mayores con compromiso cognitivo (Sakal et al., 2024). De modo similar, en personas mayores con insomnio y ansiedad se han observado alteraciones específicas en la estructura del sueño particularmente una menor duración del sueño profundo y un mayor tiempo de vigilia posterior al inicio del sueño asociadas a diferencias en el funcionamiento cognitivo (Wei et al., 2025).

3.4 RELACIÓN ENTRE CALIDAD DEL SUEÑO Y DESEMPEÑO OCUPACIONAL

La evidencia empírica respalda una asociación entre la calidad y la duración del sueño y el desempeño ocupacional en la vejez. Zou et al. (2024) reportaron que tanto el sueño insuficiente como el excesivo debilitan el desempeño en actividades de la vida diaria, lo que a su vez profundiza la sintomatología depresiva y repercute negativamente sobre la función cognitiva, configurando un circuito de retroalimentación negativa entre sueño, desempeño funcional y cognición.

Desde una perspectiva cualitativa propia de la disciplina, Matos et al. (2024) describen que las alteraciones del sueño interfieren en funciones mentales que deterioran la participación ocupacional, particularmente en el ocio, las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, la educación y la participación social. Estudios poblacionales recientes muestran que los problemas de sueño se asocian con mayor riesgo de compromiso tanto en actividades básicas como instrumentales (Idalino et al., 2024). Asimismo, se ha documentado que el sueño insuficiente restringe la participación en actividades sociales, limita la conducción de vehículos y afecta los vínculos de intimidad (Leland et al., 2014; Smallfield y Lucas Molitor, 2018).

Cabe agregar que esta asociación se extiende también al plano cognitivo: la calidad del sueño se ha vinculado negativamente con el rendimiento en tareas de memoria en el envejecimiento sano (Cruz et al., 2022) y con un peor desempeño cognitivo general (Sakal et al., 2024). Estos antecedentes permiten sostener que la calidad del sueño no constituye únicamente una variable aislada, sino que se relaciona con el desempeño ocupacional y, por extensión, de la calidad de vida de las personas mayores. Entre los mecanismos que explican esta relación se han identificado cambios estructurales y funcionales del cerebro asociados a la calidad del sueño, entre ellos alteraciones en el sistema glinfático encargado de la eliminación de desechos metabólicos cerebrales, que vinculan de manera directa la calidad del descanso con la eficiencia de los procesos ejecutivos (Sen y Tai, 2023). Entre estos procesos, la flexibilidad cognitiva ocupa un lugar central.

BLOQUE 4:
FLEXIBILIDAD COGNITIVA

4.1 FLEXIBILIDAD COGNITIVA EN LA VEJEZ

Los procesos ejecutivos constituyen un conjunto de funciones cognitivas de dominio general que permiten a la persona regular su pensamiento y su conducta de manera deliberada, orientándolos hacia el logro de metas, especialmente en situaciones novedosas o que requieren un control consciente por sobre las respuestas automáticas o habituales. Se trata de un constructo multidimensional, cuyo desarrollo, mantenimiento y declive a lo largo del ciclo vital ha sido objeto de un interés creciente, particularmente por su rol central en la autorregulación, la resolución de problemas y la adaptación a las demandas cambiantes del entorno cotidiano (Diamond, 2013).

Siguiendo el modelo teórico propuesto por Diamond (2013), las funciones ejecutivas se organizan en tres componentes centrales o "básicos": la *inhibición*, entendida como la capacidad de suprimir respuestas automáticas, impulsos o interferencias irrelevantes para la tarea en curso; la *memoria de trabajo*, que permite mantener y manipular activamente información en la mente durante períodos breves de tiempo; y la *flexibilidad cognitiva*. A partir de la combinación e integración de éstos emergen, a su vez, procesos ejecutivos de un orden superior, tales como el razonamiento, la planificación y la resolución de problemas complejos.

Asimismo, Diamond (2013) señala que los procesos ejecutivos son las primeras capacidades cognitivas en verse afectadas, y de manera desproporcionada, cuando existen condiciones adversas en la vida de una persona. Específicamente, la autora identifica al estrés, la tristeza, la soledad, la falta de sueño y el sedentarismo como factores que deterioran el funcionamiento ejecutivo.

La **flexibilidad cognitiva** (FC) se define como la habilidad para cambiar rápidamente de una respuesta a otra empleando estrategias alternativas frente a las demandas cambiantes de una tarea o situación. Específicamente la FC, sirve para la adaptación satisfactoria a los múltiples retos, cambios y exigencias actuales, lo cual se ha relacionado con el desempeño ocupacional y la calidad de vida (Richard's y Marino, 2013)

En el contexto argentino, distintos grupos de investigación han profundizado en el estudio de las funciones ejecutivas y sus manifestaciones específicas a lo largo del envejecimiento. La FC permite tanto abandonar estrategias o planes que resultan ineficaces como desengancharse de objetivos poco viables para adoptar otros más ajustados a las demandas del contexto, constituyendo así un aporte central a los procesos de autorregulación cognitiva, conductual y emocional (Canet-Juric et al., 2016).

En este sentido, la FC podría enmarcarse como uno de los recursos mentales objetivos que integran el subsistema de capacidad de desempeño del MOHO (Kielhofner, 2011), en tanto constituye

uno de los procesos concretos que la persona pone en juego para sostener su desempeño en la vida cotidiana y, con ello, su proceso de adaptación ocupacional.

Desde la perspectiva de la Terapia Ocupacional, y en articulación con el Marco de Trabajo para la Práctica (AOTA, 2020), los procesos ejecutivos se relacionan fundamentalmente con las habilidades de procesamiento, entendidas como aquellas habilidades de desempeño observables que la persona utiliza para organizar y adaptar temporalmente sus acciones dirigidas al logro de una actividad, mediante la aplicación de conocimientos, la toma de decisiones y el ajuste conductual frente a los desafíos del entorno real (AOTA, 2020). Estas habilidades de procesamiento, se traducen concretamente en el desempeño ocupacional de la persona mayor.

BLOQUE 5:
DESEMPEÑO OCUPACIONAL

5.1 ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: BÁSICAS, INSTRUMENTALES Y AVANZADAS

El **desempeño ocupacional**, concebido como el resultado de la transacción dinámica entre la persona, sus contextos y la ocupación, encuentra su manifestación más concreta en la ejecución de las actividades de la vida diaria (AOTA, 2020). Para su abordaje analítico, la literatura clínica y disciplinar propone diversas clasificaciones metodológicas orientadas a categorizar estas ocupaciones según su nivel de complejidad y demanda cognitiva.

Desde la perspectiva disciplinar global, el Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional (AOTA, 2020) clasifica las actividades orientadas al cuidado del propio cuerpo como "Actividades de la Vida Diaria" (AVD), diferenciándolas de las “Actividades Instrumentales de la Vida Diaria” (AIVD), las cuales apoyan la vida en el hogar y la comunidad requiriendo interacciones más complejas. No obstante, en el ámbito específico de la gerontología, resulta imperativo establecer distinciones más finas. Autores clásicos y contemporáneos especifican a las ocupaciones de autocuidado bajo la nomenclatura de “Actividades Básicas de la Vida Diaria” (ABVD), mantienen las AIVD, y añaden una tercera categoría fundamental para la evaluación de la persona mayor: las “Actividades Avanzadas de la Vida Diaria” (AAVD) (Fernández et al., 2023).

De este modo, para el presente estudio se adopta la categorización tripartita (ABVD, AIVD y AAVD), dado que permite mapear con mayor precisión la funcionalidad (Fernández et al., 2023):

ABVD: constituyen el conjunto de tareas primarias orientadas a la supervivencia y al cuidado del propio cuerpo, tales como la alimentación, el uso del baño, el vestido y la movilidad funcional dentro del hogar (AOTA, 2020; Fernández et al., 2023).

AIVD: involucran tareas de mayor complejidad que permiten a la persona mayor interactuar de manera independiente con su entorno físico y social, incluyendo el manejo del dinero, el uso de medios de transporte, la toma de medicación y el cuidado de la vivienda (Fernández et al., 2023). A diferencia de las ABVD, su ejecución requiere un despliegue significativo de habilidades de procesamiento y de resolución de problemas.

AAVD: refieren al conjunto de ocupaciones que posibilitan el desempeño de roles sociales, la participación en la comunidad, el ocio, el manejo de información y el uso de dispositivos tecnológicos (Fernández et al., 2023). En la terminología de la AOTA (2020), estas actividades se encontrarían diluidas dentro de las categorías de Participación Social, Ocio, Trabajo y Educación. Sin embargo, su medición específica como AAVD resulta vital, ya que al demandar el nivel más alto de control ejecutivo y motivación, suelen ser las primeras en verse comprometidas ante alteraciones en los recursos cognitivos y la capacidad de desempeño (Colmenarejo et al., 2000, como se citó en Fernández et al., 2023).

5.2 DESEMPEÑO OCUPACIONAL DENTRO DEL MOHO

En el Modelo de Ocupación Humana (MOHO), Kielhofner (2011) distingue entre participación, desempeño y habilidad ocupacional como dimensiones relacionadas del hacer humano. Mientras que la *participación ocupacional* remite al involucramiento de la persona en roles y actividades significativas dentro de su contexto vital, el *desempeño ocupacional* refiere al modo en que lleva a cabo las actividades que componen dicha participación. Este desempeño se constituye a partir de *habilidades ocupacionales*, entendidas como acciones observables y dirigidas a un objetivo, organizadas en habilidades motoras, de procesamiento y de comunicación e interacción.

Es en esta categoría de las habilidades de procesamiento donde la FC, en tanto capacidad cognitiva, podría enmarcarse dentro de los recursos objetivos que Kielhofner (2011) ubica en el subsistema de capacidad de desempeño, y se actualiza y hace visible en el momento mismo de la ejecución, a través de acciones como secuenciar pasos, ajustar el ritmo o adaptar la conducta ante un imprevisto durante una AVD. De este modo, capacidad de desempeño, habilidad ocupacional y desempeño ocupacional conforman una progresión en la que los recursos internos de la persona se traducen, primero, en acciones observables y, luego, en el logro efectivo de la ocupación.

No obstante, el desempeño ocupacional no depende únicamente de la capacidad de desempeño: los tres subsistemas del MOHO volición, habituación y capacidad de desempeño junto al ambiente operan de manera heterárquica (Kielhofner, 2011), por lo que una persona mayor puede conservar intactos sus recursos de procesamiento y aun así ver comprometido su desempeño si sus rutinas se desorganizan. Los hábitos resuelven gran parte de las actividades cotidianas sin exigir un esfuerzo deliberado; cuando se desorganizan como puede ocurrir cuando el sueño altera la rutina diaria, esas tareas pasan a requerir una gestión activa, incrementando la demanda sobre una capacidad de desempeño y una volición que, en la vejez y ante un descanso deficiente, podrían verse más exigidas.

En conjunto, esta articulación permite comprender la calidad del sueño, la flexibilidad cognitiva y el desempeño ocupacional no como variables independientes, sino como dimensiones que se retroalimentan y sostienen mutuamente la autonomía en la vejez (AOTA, 2020; Diamond, 2013). La evidencia reciente respalda esta interdependencia: un estudio en una amplia muestra de adultos encontró que la calidad del sueño y la somnolencia diurna cumplen un rol mediador en la relación entre la FC y la fatiga (Ozkutlu y Ozun, 2025), mientras que una revisión sobre los mecanismos que vinculan la privación de sueño con la FC halló, en la mayoría de los estudios revisados, menor precisión en tareas de cambio de regla y deterioro de la FC aunque la evidencia no es unánime (Sun et al., 2025). Esta cascada se vincula, a su vez, con el desempeño ocupacional: por sus mayores demandas de control ejecutivo, resolución de problemas y adaptabilidad, las AIVD y las AAVD resultan especialmente sensibles a alteraciones en los recursos cognitivos y en la capacidad de desempeño (Fernández et al., 2023).

Esto resulta coherente con la literatura sobre deterioro cognitivo y demencia, donde las limitaciones en AIVD suelen preceder el compromiso en actividades básicas, constituyéndose en un marcador precoz y un predictor de evolución a demencia (Tsiakiri et al., 2025; Taylor et al., 2025; Makino et al., 2025). Estas dificultades pueden derivar en disfunción ocupacional (Kielhofner, 2011; De las Heras de Pablo, 2015). Pero leídas en sentido inverso, sueño, FC y desempeño son también las dimensiones que sostienen la adaptación ocupacional de la persona mayor, su transacción continua con las demandas del entorno para sostener una identidad y una competencia ocupacional positivas (Kielhofner, 2011). Bajo esta lectura, el desempeño en las ABVD, AIVD y AAVD no es un fenómeno aislado, sino la expresión observable de una trama en la que confluyen la capacidad de desempeño (y, dentro de ella, la FC), la habituación (y, dentro de ella, los patrones de sueño y descanso) y la volición de la persona mayor.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El estudio adoptó un enfoque cuantitativo, dado que se recolectaron datos con el fin de poner a prueba hipótesis por medio de análisis numéricos y estadísticos. Su alcance fue correlacional, puesto que el propósito era asociar variables. Se trabajó con un diseño no experimental transversal: los datos se recabaron en un único momento y sin manipular las variables (Hernández-Sampieri et al., 2014).

POBLACIÓN Y MUESTRA

El estudio utilizó una muestra no probabilística (o dirigida). Específicamente, se empleó un muestreo por conveniencia, constituido por personas mayores concurrentes a la Unidad Gerontológica, dependiente de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredon. Bajo estos criterios, la muestra quedó conformada por 40 personas mayores a partir de 60 años, residentes en la ciudad de Mar del Plata durante el periodo Junio-Agosto 2026.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión:

- Personas mayores a partir de 60 años
- Residentes en la ciudad de Mar del Plata
- Que acepten participar voluntariamente mediante la firma del consentimiento informado
- Que no presenten indicios de demencia, determinado a partir de un puntaje igual o superior al punto de corte correspondiente en el Addenbrooke's Cognitive Examination III (ACE-III), considerando ajustes según nivel educativo.

Criterios de exclusión:

- Diagnóstico previo de deterioro cognitivo o demencia, patologías neurodegenerativas o psiquiátricas
- Dificultades sensoriales no compensadas (visuales o auditivas) que interfieran con la evaluación
- Alteraciones o limitaciones motoras en miembros superiores que dificulten la manipulación bimanual requerida para la evaluación informatizada de la batería TAC
- Imposibilidad de comprender o responder a las consignas de los instrumentos utilizados

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las personas mayores del estudio fueron seleccionadas a través de una convocatoria libre difundida en talleres de la Unidad Gerontológica en la ciudad de Mar del Plata.

En primer lugar, se garantizó el anonimato de los datos a través de la lectura y firma del Consentimiento Informado. La evaluación se llevó a cabo de manera individual en un único encuentro de duración aproximada de 1 hora. En una primera instancia, se administró un breve cuestionario sociodemográfico para recabar datos básicos como edad, género, y nivel educativo. Posteriormente, se administró el instrumento de screening ACE-III con el objetivo de determinar si la persona cumplía con los criterios de inclusión del estudio.

Una vez confirmada su inclusión, se procedió a la administración de los instrumentos en el siguiente órden: 1. la evaluación informatizada de la flexibilidad cognitiva mediante la Tarea de Dedos de la batería TAC; 2. el cuestionario de calidad de sueño (PSQI); 3. la Escala Global de Actividades de la Vida Diaria para Adultos Mayores. Para estas evaluaciones, se utilizó una computadora personal de la investigadora, previamente configurada con el software de la batería TAC y una versión digitalizada de los otros dos cuestionarios, cuya aplicación también estuvo a cargo de la investigadora.

Asimismo, dado que la Tarea de Dedos es una prueba informatizada, se contempló que la familiaridad previa con dispositivos tecnológicos podía constituir una fuente de sesgo en el desempeño. Si bien su ejecución requiere únicamente la pulsación de las teclas "Z" y "M", se realizó previamente una breve instancia de práctica y familiarización con la consigna y la disposición de las teclas, a fin de resguardar la validez de la medición.

La totalidad de las evaluaciones se llevaron a cabo dentro de la Unidad Gerontológica, en un consultorio cerrado que garantizaba condiciones adecuadas de privacidad, silencio y ausencia de estímulos distractores.

VARIABLES

- Calidad del sueño

Definición conceptual: Se concibe como un constructo complejo que abarca tanto aspectos cuantitativos (como la duración del sueño, la latencia o el número de despertares) como aspectos puramente subjetivos (como la profundidad o el nivel de descanso percibido) (Buysse et al., 1989). Desde la Terapia Ocupacional, se conceptualiza como una ocupación reparadora esencial para el bienestar, el descanso y el funcionamiento diario, cuya participación requiere resguardar el cese de actividades necesario para un descanso ininterrumpido (AOTA, 2020).

Definición operacional: Fue evaluada mediante los puntajes obtenidos a través del cuestionario Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) desarrollado por Buysse et al. (1989). Este índice consta de 19 preguntas autoevaluadas que generan siete puntuaciones componentes: calidad subjetiva, latencia, duración, eficiencia habitual, alteraciones, uso de medicación y disfunción diurna; cada una evaluada en una escala de 0 a 3. La suma de estos componentes arroja una puntuación global que oscila entre 0 y 21 puntos, donde las puntuaciones más altas indican una peor calidad de sueño. Finalmente, un puntaje global superior a 5 fue utilizado para identificar una peor calidad subjetiva del

sueño (Buysse et al., 1989). El puntaje global del PSQI fue utilizado como indicador principal de calidad del sueño en los análisis de asociación.

- Flexibilidad cognitiva

Definición conceptual: Se define como la capacidad de modificar estrategias y cambiar rápidamente de una respuesta a otra frente a demandas cambiantes del entorno o de la tarea. Este proceso posibilita la alternancia, el cambio de perspectivas frente a un problema y el ajuste eficaz a nuevas reglas o prioridades, resultando esencial para el funcionamiento diario y el mantenimiento de la autonomía (Diamond, 2013; Richard's et al., 2017).

Definición operacional: Fue evaluada mediante el porcentaje de precisión, los tiempos de respuesta (TR) y el Índice de Eficiencia Inversa (IE) obtenidos en el bloque mixto de la Tarea de Dedos perteneciente a la batería informatizada de Tareas de Autorregulación Cognitiva (TAC). Durante este bloque, la persona debía alternar velozmente entre dos reglas incompatibles (presionar del mismo lado o del lado opuesto al que aparece el estímulo), demandando un alto nivel de control ejecutivo (Introzzi et al., 2018; Richard's et al., 2017). Para los análisis inferenciales, se seleccionó el Índice de Eficiencia Inversa del bloque mixto (EI BM) como indicador principal de flexibilidad cognitiva, mientras que la precisión y el tiempo de respuesta del bloque mixto se utilizaron como indicadores descriptivos y complementarios.

- Desempeño Ocupacional

Definición conceptual: Desde la perspectiva de la Terapia Ocupacional, es definido como el logro de la ocupación seleccionada como resultado de la transacción dinámica entre la persona, sus contextos y la ocupación (AOTA, 2020). Para la presente investigación, este desempeño se expresa y evalúa específicamente a través del involucramiento en las Actividades de la Vida Diaria (AVD). Éstas se dividen teóricamente en AVD básicas (orientadas al cuidado del propio cuerpo), AVD instrumentales (orientadas a apoyar la vida en el hogar y la comunidad) y AVD avanzadas (aquellas que implican demandas cognitivas más complejas y posibilitan el desempeño de roles sociales y actividades de ocio, juego y esparcimiento) (AOTA, 2020; Fernández et al., 2023).

Definición operacional: En la presente investigación, fue a través de las puntuaciones obtenidas mediante la Escala Global de Actividades de la Vida Diaria para Adultos Mayores, desarrollada por Fernández, Causses y Mías (2023). Este instrumento se compone de 21 ítems divididos en las tres dimensiones: AVD básicas (4 ítems), AVD instrumentales (8 ítems) y AVD avanzadas (9 ítems). Cada ítem posee cuatro opciones de respuesta que describen capacidades variables desde un nivel totalmente autónomo (1 punto) hasta un nivel dependiente (4 puntos). Para evitar sesgos culturales o de género, en aquellas actividades que la persona nunca haya realizado en su vida, existe una opción de respuesta previa que anula el ítem y evita que se puntúe. La obtención de estos puntajes permitió valorar operativamente el nivel de independencia de las personas en su

contexto y detectar cambios funcionales específicos, categorizando estadísticamente las actividades en básicas, instrumentales y avanzadas (Fernández et al., 2023). Para el análisis estadístico, las actividades identificadas como no aplicables por no haber sido realizadas previamente por la persona fueron excluidas del cálculo de los indicadores derivados. Se calcularon puntuaciones promedio entre 1 y 4 para ABVD, AIVD y AAVD, así como un indicador promedio global basado exclusivamente en los ítems aplicables. En todos los casos, puntuaciones más elevadas representaron mayor dependencia o afectación funcional.

INSTRUMENTOS

- Addenbrooke's Cognitive Examination III (ACE-III) - Versión Argentina:

El estado cognitivo general fue evaluado mediante el ACE-III, el cual fue utilizado como instrumento de screening con el fin de establecer criterios de inclusión y exclusión de la muestra, permitiendo identificar participantes sin indicios de demencia. Este instrumento evalúa cinco dominios cognitivos: atención, memoria, fluencia verbal, lenguaje y habilidades visuoespaciales, con un puntaje total máximo de 100 puntos (Bruno et al., 2020). El presente estudio utilizó la versión en español validada para la población argentino-chilena llevada a cabo por Bruno et al. (2020). En dicho estudio, el instrumento demostró sólidas propiedades psicométricas a nivel local, obteniendo una muy buena consistencia interna evidenciada mediante un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.87 (Bruno et al., 2020). Asimismo, el instrumento demostró una alta validez clínica para la detección de disfunción cognitiva en pacientes con demencia: con un punto de corte de 86, alcanzó una sensibilidad del 98.5% y una especificidad del 82.01% para diferenciar pacientes con enfermedad de Alzheimer de controles sanos, cuya escolaridad promedio fue de 14,43 años (Bruno et al., 2020). En el presente estudio se aplicó el punto de corte de 86 a las personas con 12 años o más de educación formal y, para las personas con menos de 12 años de educación, el punto de corte de 68 puntos indicado en el protocolo de la versión argentina del instrumento (Instituto de Neurología Cognitiva [INECO], 2013).

- Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI):

Desarrollado originalmente por Buysse et al. (1989). Este es un instrumento estandarizado ampliamente utilizado que permite medir la calidad del sueño y sus alteraciones durante el intervalo del último mes. Está compuesto por 19 ítems que se agrupan para generar 7 componentes de calificación: calidad subjetiva del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia habitual del sueño, alteraciones del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna (Buysse et al., 1989). De acuerdo con los lineamientos metodológicos exigidos para la recolección de datos cuantitativos, el instrumento cuenta con altas propiedades psicométricas demostradas por sus autores originales: posee una homogeneidad interna comprobada mediante un coeficiente alfa de Cronbach de 0.83 (lo cual indica una alta confiabilidad) y una validez clínica con una sensibilidad diagnóstica del 89.6% y una especificidad del 86.5% al utilizar un punto de corte mayor a 5 para identificar

dificultades severas o moderadas en el sueño (Buysse et al., 1989). Asimismo, para asegurar la adecuación al contexto local y evitar sesgos culturales en la medición producto de la utilización de herramientas extranjeras, el presente estudio se respalda en la validación argentina del PSQI llevada a cabo por Valerio et al. (2020). En dicho estudio métrico de alcance nacional, realizado con una muestra de 701 adultos de hasta 72 años de edad, el instrumento demostró propiedades psicométricas satisfactorias y adecuadas para el entorno, obteniendo coeficientes Alfa de Cronbach superiores a 0.75 en distintas modalidades de administración.

- Tarea de Dedos: Tareas de Autorregulación Cognitiva (https://tac.com.ar/):

La flexibilidad cognitiva fue evaluada mediante la "Tarea de Dedos" de la batería TAC (Autorregulación y Funciones Ejecutivas), orientada a medir procesos de cambio de regla y adaptación a demandas cognitivas variables. Esta tarea está compuesta por tres bloques (congruente, incongruente y mixto), siendo el bloque mixto el que permite obtener los índices de flexibilidad, ya que requiere que el participante alterne rápidamente entre dos reglas opuestas, demandando un alto nivel de control ejecutivo frente a estímulos cambiantes (Introzzi et al., 2018).

La batería TAC constituye un instrumento informatizado desarrollado por investigadores del CONICET y la Universidad Nacional de Mar del Plata (TAC, s.f.). El mismo cuenta con una versión adaptada para la evaluación en personas mayores. Estudios recientes han confirmado sólidas evidencias de validez concurrente y validez de criterio asociado a la edad de la Tarea de Dedos en la población de personas mayores de la ciudad de Mar del Plata (Krzemien et al., 2023). Específicamente, la tarea ha demostrado ser estadísticamente sensible para detectar variaciones en el desempeño de la flexibilidad cognitiva durante el envejecimiento, permitiendo obtener tres índices operativos fundamentales: el porcentaje de precisión (respuestas correctas), los tiempos de respuesta (medidos en milisegundos) y el Índice de Eficiencia Inversa (IE), el cual integra la relación matemática entre la velocidad y la precisión de la persona evaluada (Krzemien et al., 2023). Su utilización en la presente investigación asegura adecuación contextual.

- Escala Global de Actividades de la Vida Diaria para Adultos Mayores:

Este es un instrumento desarrollado por Fernández, Causses y Mías (2023), actualizado y validado en Argentina, que permite valorar el nivel de independencia de la persona mayor (a partir de los 50 años) y evaluar su desempeño ocupacional en contexto, superando cambios culturales y posibles sesgos de género al detectar cambios funcionales en tres dominios: actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria. El instrumento ha demostrado sólidas propiedades psicométricas en la población nacional. Posee una alta consistencia interna comprobada mediante un coeficiente Alfa de Cronbach total de 0.88, con índices específicos para sus tres dimensiones: 0.88 para las AVD, 0.81 para las AIVD y 0.69 para las AAVD (Fernández et al., 2023). Asimismo, la escala cuenta con validez de contenido avalada mediante juicio de expertos (con un alto nivel de

concordancia W de Kendall) y validez interna confirmada mediante análisis factorial (Fernández et al., 2023). La utilización de esta escala precisa y ecológicamente válida permitió describir el nivel de afectación en las actividades de la vida diaria básicas, instrumentales y avanzadas.

ASPECTOS ÉTICOS

En la presente investigación se garantizó en todo momento la voluntariedad y la confidencialidad de los datos obtenidos de los participantes. El estudio se desarrolló en estricto cumplimiento de la Ley Nacional de Protección de los Datos Personales N.º 25.326 (Congreso de la Nación Argentina, 2000), la Ley Provincial N.º 15.462 sobre investigación en salud (Legislatura de la Provincia de Buenos Aires, 2023), los marcos éticos internacionales dictados por la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013), y la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (Organización de los Estados Americanos, 2015).

En relación con la devolución de resultados, se asumió, junto con la Unidad Gerontológica, el compromiso de realizar una devolución grupal de los hallazgos a los participantes, utilizando un lenguaje accesible y sin identificación individual. Dado que el PSQI y el ACE-III son instrumentos de screening, durante la recolección de datos se informó a cada participante, en el mismo encuentro y de manera general, si su rendimiento en el ACE-III se ubicaba por encima del punto de corte y si presentaba buena o mala calidad del sueño, sin brindar puntajes numéricos ni diagnósticos. Asimismo, en aquellos casos en los que se obtuvieron puntajes por debajo o cercanos al punto de corte, se sugirió realizar una consulta con su profesional de referencia.

ANÁLISIS DE DATOS

El análisis estadístico se realizó sobre una muestra final de 40 participantes. Previamente se efectuó una revisión de consistencia de la base de datos, que incluyó la detección de valores fuera de rango, errores de cálculo, valores atípicos y datos no calculables.

Durante la depuración de la TAC, se sustituyó por la media un tiempo de respuesta del bloque mixto identificado como un error de registro. Se realizó un análisis de sensibilidad para evaluar la influencia de esta decisión, observándose resultados estables respecto del análisis principal.

Para la caracterización de la muestra y de las variables de estudio se calcularon estadísticos descriptivos. En las variables cuantitativas se informaron, según correspondiera, media, desvío estándar, mediana, rangos y valores mínimo y máximo; para las variables categóricas se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes. La distribución de las variables cuantitativas se examinó mediante la prueba de Shapiro-Wilk, los coeficientes de asimetría y curtosis y la inspección gráfica de sus distribuciones.

La calidad del sueño se analizó mediante el puntaje global y los siete componentes del Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Para los análisis inferenciales se utilizó como indicador principal el puntaje global del PSQI, en el cual puntuaciones más elevadas representan peor calidad del sueño. Asimismo, se clasificó descriptivamente a los participantes según el punto de corte establecido para el instrumento, diferenciando puntuaciones ≤ 5 y > 5.

La flexibilidad cognitiva se examinó mediante los indicadores de precisión, tiempo de respuesta e Índice de Eficiencia Inversa correspondientes al bloque mixto de la Tarea de Dedos de la batería TAC. Para los análisis inferenciales se estableció previamente el Índice de Eficiencia Inversa del bloque mixto (EI BM) como indicador principal, dado que integra información relativa a la velocidad y precisión del desempeño. Los valores más elevados de EI BM representan menor eficiencia en el desempeño de la tarea. La precisión y el tiempo de respuesta del bloque mixto se conservaron como indicadores descriptivos y complementarios.

Para el análisis del desempeño ocupacional se consideraron las actividades básicas (ABVD), instrumentales (AIVD) y avanzadas (AAVD) de la vida diaria. En la base de datos, las actividades que la persona nunca había realizado se encontraban identificadas con el valor 0; de acuerdo con el criterio de puntuación del instrumento, estos valores fueron considerados no aplicables y se excluyeron tanto del numerador como del denominador de los puntajes derivados. Se calculó el promedio de los cuatro ítems de ABVD (ABVD_PROM), el promedio de los ítems válidos de AIVD (AIVD_PROM_VALIDOS), el promedio de los ítems válidos de AAVD (AAVD_PROM_VALIDOS) y un promedio global calculado sobre la totalidad de los ítems aplicables de los tres dominios (AVD_GLOBAL_PROM_VALIDOS). Todos estos indicadores quedaron expresados en una escala de 1 a 4, donde las puntuaciones más elevadas representan mayor dependencia o afectación funcional.

Para los análisis inferenciales se utilizó AVD_GLOBAL_PROM_VALIDOS como indicador principal del desempeño ocupacional, mientras que AIVD_PROM_VALIDOS y AAVD_PROM_VALIDOS fueron considerados en análisis secundarios.

Debido al apartamiento de la normalidad observado en el EI BM y en los indicadores de desempeño ocupacional, así como a la presencia de concentración de puntuaciones y empates en las variables funcionales, las asociaciones entre las variables principales se examinaron mediante el coeficiente rho de Spearman. Los tres análisis principales correspondieron a las asociaciones entre PSQI Total y EI BM, entre PSQI Total y AVD_GLOBAL_PROM_VALIDOS, y entre EI BM y AVD_GLOBAL_PROM_VALIDOS. Como análisis secundarios se examinaron las asociaciones del PSQI Total y el EI BM con los dominios AIVD y AAVD. Las asociaciones con ABVD no fueron consideradas análisis principales debido a la marcada concentración de puntuaciones en el valor mínimo de la escala.

Para los análisis secundarios se aplicó el procedimiento de Holm para el ajuste por comparaciones múltiples. Se adoptó un nivel de significación de $\alpha = .05$ y se utilizaron pruebas bilaterales. Los intervalos de confianza del 95% de los coeficientes de correlación se estimaron mediante un procedimiento bootstrap no paramétrico. De manera complementaria, se realizaron análisis exploratorios mediante rho de Spearman para examinar las asociaciones de la edad y el nivel educativo con las variables principales del estudio. Debido a su carácter exploratorio y a la realización de comparaciones múltiples, los valores de *p* fueron ajustados mediante el procedimiento de Holm. Asimismo, se evaluó la pertinencia de considerar la edad y el nivel educativo como posibles variables de control a partir de sus asociaciones con las variables principales. Dado que no se observó un patrón de asociación que justificara su incorporación sistemática como covariables y considerando el tamaño muestral, no se realizaron modelos ajustados. El género tampoco se incorporó como variable de control debido a la marcada desproporción entre mujeres y varones en la muestra, que habría producido estimaciones poco estables. El procesamiento estadístico final se realizó mediante Python 3.13.5, utilizando SciPy 1.17.0 y NumPy 2.3.5 para los análisis numéricos y estadísticos. Las representaciones gráficas fueron elaboradas mediante Matplotlib 3.10.8.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

La muestra final estuvo conformada por 40 personas mayores (Tabla 1). La edad media fue de 77,83 años (DE = 5,12), con una mediana de 79,00 años (rango intercuartílico [RIC] = 7,25) y un rango comprendido entre 66 y 87 años. Se observó una marcada predominancia de mujeres, quienes representaron el 92,50% de la muestra (n = 37), mientras que los varones constituyeron el 7,50% (n = 3). En relación con el nivel educativo, las categorías más frecuentes fueron primario completo y terciario/universitario incompleto, ambas representadas por el 27,50% de los participantes. El puntaje global del ACE-III presentó una media de 90,20 puntos (DE = 6,52), una mediana de 91,00 y valores comprendidos entre 70 y 99 puntos.

Tabla 1

Características sociodemográficas y cognitivas de la muestra (N = 40)

Variable	n (%)	M	DE	Mdn	Mín.–Máx.
Edad, años	40 (100,00)	77,83	5,12	79,00	66–87
ACE-III total	40 (100,00)	90,20	6,52	91,00	70–99
Género					
Mujeres	37 (92,50)				
Varones	3 (7,50)				
Nivel educativo					
Primario incompleto	2 (5,00)				
Primario completo	11 (27,50)				
Secundario incompleto	7 (17,50)				
Secundario completo	6 (15,00)				
Terciario/universitario incompleto	11 (27,50)				
Universitario completo	3 (7,50)				

Nota. M = media; DE = desviación estándar; Mdn = mediana; Mín.–Máx. = valores mínimo y máximo; ACE-III = Addenbrooke's Cognitive Examination III..

CALIDAD DEL SUEÑO

Se dispuso de información completa para los 40 participantes en los siete componentes del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI) y en su puntuación global (Tabla 2). El puntaje global presentó una media de 9,60 puntos (DE = 3,50), una mediana de 9,00 y valores comprendidos entre 4 y 17 (Figura 1). La distribución del PSQI total no mostró un apartamiento estadísticamente significativo de la normalidad, W = .954, p = .108. De acuerdo con el punto de corte establecido para el instrumento, 35 participantes (87,50%) obtuvieron puntuaciones superiores a 5, correspondientes a peor calidad del sueño, mientras que 5 participantes (12,50%) presentaron puntuaciones iguales o inferiores a 5. Entre los componentes, la eficiencia habitual mostró la puntuación media más elevada (M = 3,00; DE = 0,00), con un valor de 3 en la totalidad de la muestra. Le siguieron las alteraciones del sueño (M = 1,60; DE = 0,55) y la latencia del sueño (M = 1,25; DE = 1,03). La disfunción diurna presentó la media más baja (M = 0,38; DE = 0,74); el 75% de los participantes obtuvo una puntuación de 0 en este componente. En relación con el uso de medicación para dormir, el 57,50% obtuvo 0 puntos y el 35,00% alcanzó la puntuación máxima de 3.

Tabla 2

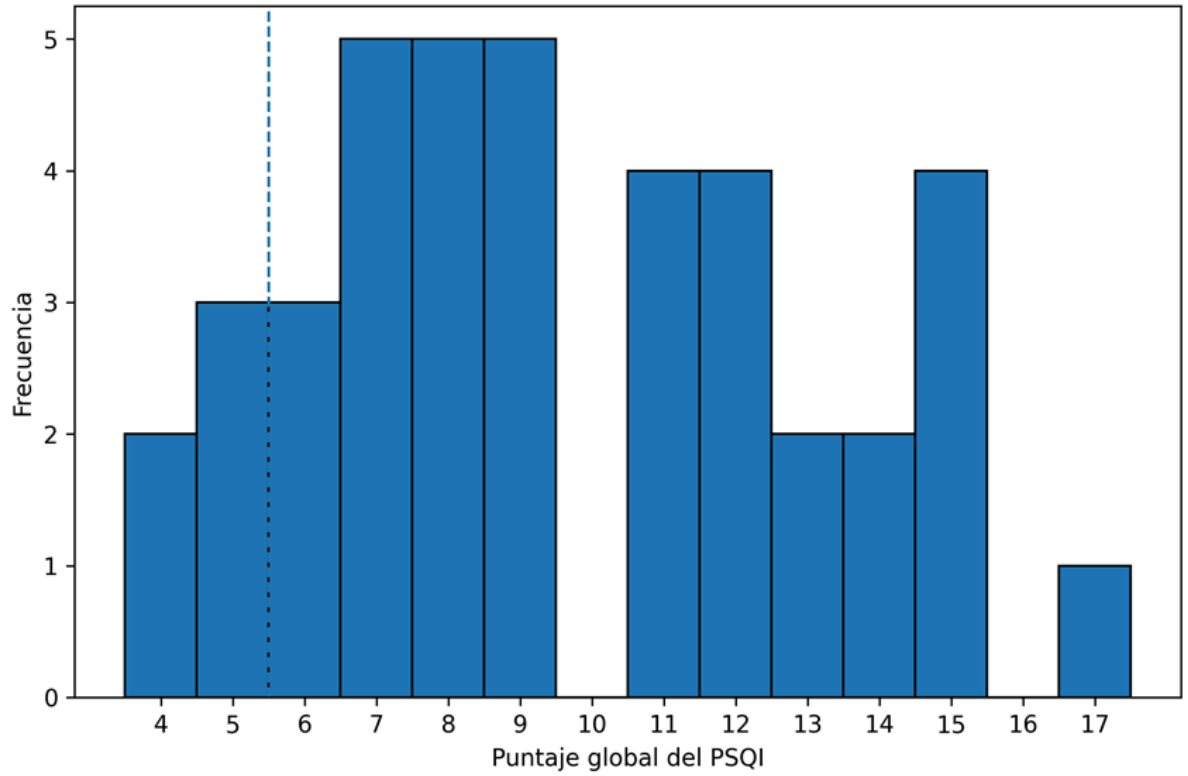
Estadísticos descriptivos del PSQI global y sus componentes (N = 40)

Variable	M	DE	Mdn	Mín.–Máx.
Calidad subjetiva	1,15	0,62	1,00	0–3
Latencia	1,25	1,03	1,00	0–3
Duración	1,08	1,07	1,00	0–3
Eficiencia habitual	3,00	0,00	3,00	3–3
Alteraciones del sueño	1,60	0,55	2,00	1–3
Uso de medicación	1,15	1,42	0,00	0–3
Disfunción diurna	0,38	0,74	0,00	0–3
PSQI total	9,60	3,50	9,00	4–17

Nota. Los componentes se puntúan de 0 a 3. En todos los casos, puntuaciones más elevadas indican mayor compromiso relacionado con el sueño. M = media; DE = desviación estándar; Mdn = mediana; Mín.–Máx. = valores mínimo y máximo; PSQI = Pittsburgh Sleep Quality Index.

Figura 1

Distribución del puntaje global del PSQI en la muestra



Nota. La línea discontinua representa el límite entre PSQI ≤ 5 y > 5; valores más altos indican peor calidad del sueño. PSQI = Pittsburgh Sleep Quality Index.

FLEXIBILIDAD COGNITIVA

La flexibilidad cognitiva se caracterizó mediante los indicadores del bloque mixto de la Tarea de Dedos (Tabla 3): porcentaje de precisión, tiempo de respuesta e Índice de Eficiencia Inversa (EI BM). La precisión media fue de 85,20% (DE = 15,93), con una mediana de 92,50% y un rango de 45% a 100%. Su distribución se apartó significativamente de la normalidad, W = .825, p < .001. El tiempo de respuesta medio fue de 1218,35 ms (DE = 249,19), con una mediana de 1168,50 ms y valores entre 807 y 1928 ms; en esta variable no se observó un apartamiento significativo de la normalidad, W = .954, p = .106.

El EI BM presentó una media de 15,05 (DE = 5,09), una mediana de 13,39 y valores comprendidos entre 9,05 y 27,16. Su distribución se apartó de la normalidad, W = .885, p < .001. Para los análisis inferenciales posteriores se utilizó el EI BM como indicador principal de flexibilidad cognitiva, dado que integra velocidad y precisión.

Tabla 3

Indicadores del bloque mixto de la Tarea de Dedos (N = 40)

Indicador	M	DE	Mdn	Mín.–Máx.	W	p	Distribución
BM precisión (%)	85,20	15,93	92,50	45–100	.825	< .001	No normal
BM TR (ms)	1218,35	249,19	1168,50	807–1928	.954	.106	Compatible con normalidad
EI BM	15,05	5,09	13,39	9,05–27,16	.885	< .001	No normal

Nota. BM = bloque mixto; TR = tiempo de respuesta; EI BM = Índice de Eficiencia Inversa del bloque mixto; M = media; DE = desviación estándar; Mdn = mediana; Mín.–Máx. = valores mínimo y máximo; W = estadístico de Shapiro-Wilk; p = valor p de la prueba de Shapiro-Wilk. Mayor precisión indica mejor desempeño; mayores valores de TR y EI BM indican menor eficiencia.

DESEMPEÑO OCUPACIONAL

Para garantizar la comparabilidad entre los dominios, el desempeño ocupacional se expresó mediante promedios de los ítems aplicables en una escala de 1 a 4, donde puntuaciones superiores indican mayor dependencia o afectación funcional. Los ítems AIVD y AAVD correspondientes a actividades nunca realizadas fueron tratados como no aplicables y excluidos del cálculo de los promedios. Los estadísticos descriptivos de cada dominio se presentan en la Tabla 4 y la distribución de las puntuaciones, en la Figura 2.

En las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), la media fue de 1,03 (DE = 0,10) y la mediana de 1,00, con valores entre 1,00 y 1,50. Treinta y seis participantes (90,00%) obtuvieron exactamente 1,00, mostrando una marcada concentración en el extremo de mayor autonomía. En las actividades instrumentales (AIVD), la media fue de 1,12 (DE = 0,24), la mediana de 1,00 y el rango de 1,00 a 2,00; 27 participantes (67,50%) obtuvieron 1,00. En las actividades avanzadas (AAVD), la media fue de 1,16 (DE = 0,18), la mediana de 1,11 y el rango de 1,00 a 1,63; 15 participantes (37,50%) alcanzaron el valor mínimo.

El indicador global de desempeño ocupacional presentó una media de 1,12 (DE = 0,14), una mediana de 1,10 y valores comprendidos entre 1,00 y 1,70. Once participantes (27,50%) obtuvieron una puntuación global de 1,00. Las cuatro distribuciones se apartaron significativamente de la normalidad (todos los valores de $p < .001$). Debido al marcado efecto piso de las ABVD y a la mayor variabilidad del indicador global, se utilizó AVD_GLOBAL_PROM_VALIDOS como indicador principal de desempeño ocupacional en los análisis inferenciales.

Tabla 4

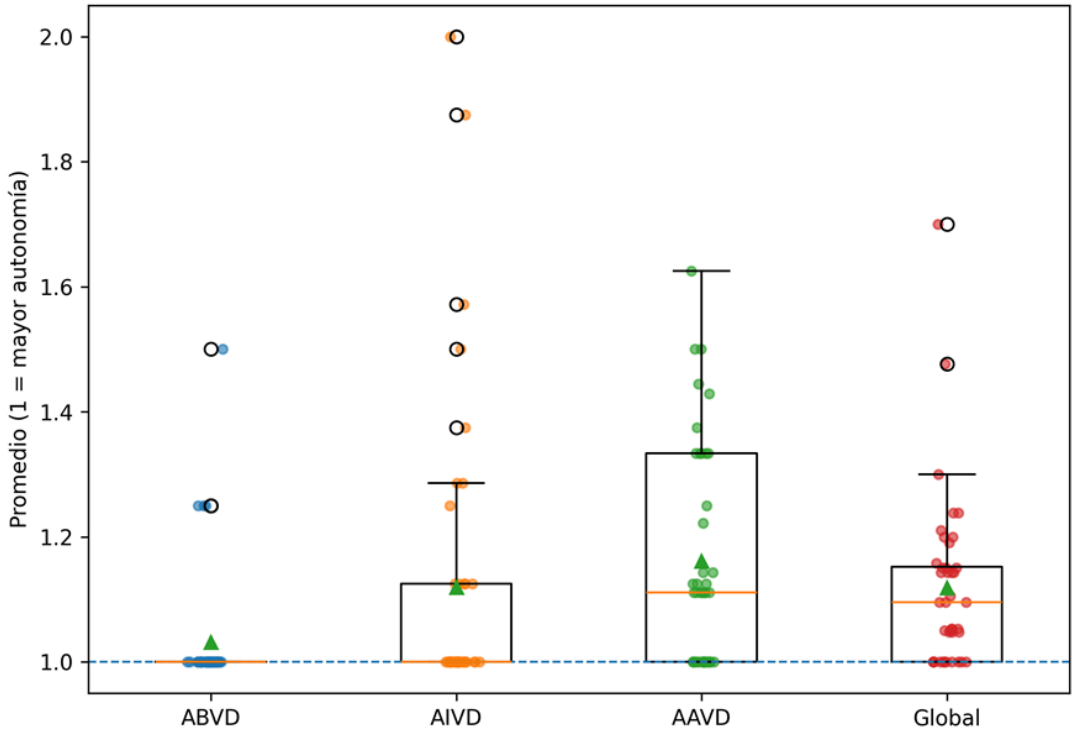
Desempeño ocupacional por dominios (N = 40)

Indicador	M	DE	Mdn	Mín.–Máx.	W	p	n (%) en 1,00
ABVD promedio	1,03	0,10	1,00	1,00–1,50	.350	< .001	36 (90,00)
AIVD promedio válido	1,12	0,24	1,00	1,00–2,00	.578	< .001	27 (67,50)
AAVD promedio válido	1,16	0,18	1,11	1,00–1,63	.838	< .001	15 (37,50)
AVD global promedio válido	1,12	0,14	1,10	1,00–1,70	.760	< .001	11 (27,50)

Nota. Los indicadores se expresan entre 1 y 4; valores superiores representan mayor dependencia o afectación funcional. El porcentaje final indica la proporción de participantes situada en el valor mínimo de la escala. M = media; DE = desviación estándar; Mdn = mediana; Mín.–Máx. = valores mínimo y máximo; W = estadístico de Shapiro-Wilk; p = valor p de la prueba de Shapiro-Wilk; ABVD = actividades básicas de la vida diaria; AIVD = actividades instrumentales de la vida diaria; AAVD = actividades avanzadas de la vida diaria; AVD global = promedio global de las actividades de la vida diaria

Figura 2

Diagrama de cajas del desempeño ocupacional según dominio de actividades de la vida diaria



Nota. Los límites de cada caja representan el primer (Q1) y el tercer (Q3) cuartil, y la línea interna, la mediana. Los bigotes indican los valores mínimo y máximo no atípicos. Los círculos huecos representan valores atípicos, es decir, aquellos que se alejan más de 1,5 veces el rango intercuartílico (RIC = Q3 − Q1) desde los extremos de la caja. Los triángulos representan la media. Los puntos representan puntuaciones individuales. La línea discontinua corresponde al valor mínimo de la escala (1 = mayor autonomía). ABVD = actividades básicas de la vida diaria; AIVD = actividades instrumentales de la vida diaria; AAVD = actividades avanzadas de la vida diaria; Global = promedio global de las actividades de la vida diaria.

ASOCIACIÓN ENTRE CALIDAD DEL SUEÑO, FLEXIBILIDAD COGNITIVA Y DESEMPEÑO OCUPACIONAL

Para examinar las asociaciones entre las variables principales se utilizaron coeficientes rho de Spearman. La elección de esta prueba se sustentó en el apartamiento de la normalidad observado en EI BM y en los indicadores de desempeño ocupacional, así como en la presencia de empates y efecto piso en las AVD. Se adoptó un nivel de significación de $\alpha = .05$. Los intervalos de confianza del 95% se estimaron mediante bootstrap. Los resultados se resumen en la Tabla 5.

La relación entre el PSQI total y EI BM fue inversa y débil, sin alcanzar significación estadística, $\rho = -.13$, $p = .416$, IC 95% [−.43, .19]. La asociación entre PSQI total y desempeño ocupacional global fue positiva y débil, aunque no significativa, $\rho = .18$, $p = .261$, IC 95% [−.14, .47]. Por su parte, la asociación entre EI BM y desempeño ocupacional global fue positiva y de magnitud pequeña, $\rho = .06$, $p = .735$, IC 95% [−.24, .34].

Como análisis secundarios, se examinaron las asociaciones de PSQI total y EI BM con AIVD y AAVD. El PSQI mostró una asociación positiva débil con AIVD ($\rho = .14$, $p = .387$) y positiva de magnitud pequeña con AAVD ($\rho = .08$, $p = .617$). EI BM presentó asociaciones positivas de magnitud pequeña tanto con AIVD ($\rho = .04$, $p = .822$) como con AAVD ($\rho = .08$, $p = .626$). Ninguna de estas asociaciones fue estadísticamente significativa y todas permanecieron no significativas tras la corrección de Holm por comparaciones múltiples.

Tabla 5

Correlaciones de Spearman entre las variables principales y los dominios funcionales (N = 40)

Asociación	ρ	IC 95%	p	p Holm	Magnitud/dirección
Análisis principales					
PSQI total – EI BM	−.13	[−.43, .19]	.416	—	Inversa, débil
PSQI total – AVD global	.18	[−.14, .47]	.261	—	Positiva, débil
EI BM – AVD global	.06	[−.24, .34]	.735	—	Positiva, pequeña
Análisis secundarios					
PSQI total – AIVD	.14	[−.18, .44]	.387	1.000	Positiva, débil
PSQI total – AAVD	.08	[−.24, .39]	.617	1.000	Positiva, pequeña
EI BM – AIVD	.04	[−.26, .33]	.822	1.000	Positiva, pequeña
EI BM – AAVD	.08	[−.24, .39]	.626	1.000	Positiva, pequeña

Nota. ρ = rho de Spearman; IC = intervalo de confianza del 95%; p = valor p sin ajustar; p Holm = valor p ajustado por el procedimiento de Holm; PSQI = Pittsburgh Sleep Quality Index; EI BM = Índice de Eficiencia Inversa del bloque mixto; AVD global = promedio global de las actividades de la vida diaria (AVD); AIVD = actividades instrumentales de la vida diaria; AAVD = actividades avanzadas de la vida diaria. Los IC fueron estimados mediante bootstrap. La corrección de Holm se aplicó únicamente a los cuatro análisis secundarios.

CONTRASTE DE LAS HIPÓTESIS

Los tres análisis principales no alcanzaron significación estadística. Considerados en conjunto, los resultados no respaldaron la hipótesis general, que planteaba que una menor calidad del sueño se asociaría significativamente con menor flexibilidad cognitiva y con un desempeño ocupacional afectado. En cuanto a las hipótesis específicas, la asociación entre flexibilidad cognitiva y desempeño ocupacional mostró la dirección esperada pero una magnitud pequeña y no significativa; la asociación entre calidad del sueño y flexibilidad cognitiva fue débil, inversa y no significativa, en dirección contraria a la esperada; y la relación entre calidad del sueño y desempeño ocupacional fue positiva, débil y no significativa. Por lo tanto, ninguna de las tres hipótesis específicas fue respaldada por los datos de esta muestra (Tabla 6).

Tabla 6

Síntesis del contraste de la hipótesis general y las hipótesis específicas

Hipótesis	Asociación	ρ	IC 95%	p	Dirección observada	Resultado
Hipótesis general	PSQI–EI BM / PSQI–AVD global	−.13 / .18	[−.43, .19] / [−.14, .47]	.416 / .261	Una inversa débil; otra positiva débil	No respaldada por los datos
HE1. Flexibilidad–desempeño	EI BM–AVD global	.06	[−.24, .34]	.735	Positiva; esperada, magnitud pequeña	No respaldada por los datos
HE2. Sueño–flexibilidad	PSQI–EI BM	−.13	[−.43, .19]	.416	Inversa; contraria a la esperada	No respaldada por los datos
HE3. Sueño–desempeño	PSQI–AVD global	.18	[−.14, .47]	.261	Positiva; esperada, magnitud débil	No respaldada por los datos

Nota. HE = hipótesis específica; ρ = rho de Spearman; IC = intervalo de confianza; PSQI = Pittsburgh Sleep Quality Index; EI BM = Índice de Eficiencia Inversa del bloque mixto; AVD global = promedio global de las actividades de la vida diaria. Valores superiores en PSQI, EI BM y AVD global representan, respectivamente, peor calidad del sueño, menor eficiencia cognitiva y mayor afectación funcional.

Se examinaron, de manera exploratoria, las asociaciones de las variables principales con la edad y el nivel educativo. Se observó una asociación positiva, de magnitud moderada y estadísticamente significativa entre la edad y la puntuación total del PSQI (ρ = .48, p = .002, IC 95% [.17, .70]), que se mantuvo significativa luego de aplicar la corrección de Holm por comparaciones múltiples (p ajustada = .006). Este resultado indica que, dentro de la muestra estudiada, una mayor edad se asoció con peor calidad subjetiva del sueño. Las restantes asociaciones exploratorias con edad y nivel educativo no permanecieron estadísticamente significativas luego de la corrección por comparaciones múltiples.

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo analizar de manera integrada la relación entre la calidad del sueño, la flexibilidad cognitiva y el desempeño ocupacional en personas mayores de 60 años sin indicios de demencia residentes en la ciudad de Mar del Plata. En términos generales, los hallazgos mostraron un perfil caracterizado por una elevada frecuencia de mala calidad subjetiva del sueño, junto con preservación cognitiva global y un alto nivel de autonomía en las actividades de la vida diaria. A pesar de esta coexistencia, las asociaciones entre las tres variables principales fueron débiles o prácticamente nulas y no alcanzaron significación estadística. En consecuencia, la hipótesis general y las tres hipótesis específicas no fueron respaldadas por los datos obtenidos en esta muestra en particular.

Este patrón resulta relevante porque evita una lectura lineal según la cual una peor calidad subjetiva del sueño debería expresarse necesariamente, en el mismo momento, en un menor desempeño ejecutivo o en una mayor afectación funcional. Los resultados sugieren, más prudentemente, que la relación entre sueño, procesos ejecutivos y desempeño cotidiano puede depender de las características de la población, del dominio específico evaluado, de la sensibilidad de los instrumentos y de variables individuales que no fueron examinadas en este estudio. Esta interpretación es coherente con la literatura reciente, que describe relaciones entre sueño y funcionamiento cognitivo o funcional, pero también una considerable heterogeneidad según la medida de sueño, el proceso cognitivo evaluado y las características de las muestras (Boeve et al., 2022; Umfürer et al., 2025).

CALIDAD DEL SUEÑO

Uno de los hallazgos descriptivos más notorios fue la elevada frecuencia de participantes clasificados con peor calidad del sueño: el 87,50% presentó un puntaje global del PSQI superior a 5, con una media de 9,60 puntos. Esta proporción confirma que las dificultades vinculadas al sueño constituyen un fenómeno relevante incluso en una muestra de personas mayores cognitivamente preservadas y funcionalmente autónomas. No obstante, la magnitud observada fue superior a las estimaciones agrupadas disponibles. Canever et al. (2024), en una revisión sistemática y metaanálisis de 252 estudios y casi un millón de personas mayores residentes en la comunidad, estimaron una prevalencia mundial de mala calidad del sueño cercana al 40%. De forma similar, Kavousi et al. (2025), restringiendo el análisis a estudios que utilizaron el PSQI en personas de 60 años o más, hallaron una prevalencia agrupada del 50%, aunque con una heterogeneidad elevada y prevalencias entre 14% y 96%. En este marco, el 87,50% encontrado en la presente muestra es elevado, pero se sitúa dentro de la amplitud documentada internacionalmente y debe interpretarse considerando el tamaño y las características específicas de la muestra. De manera exploratoria, se observó además una

asociación positiva y de magnitud moderada entre la edad y la calidad subjetiva del sueño, de modo que los participantes de mayor edad presentaron puntuaciones más elevadas en el PSQI. Esta asociación se mantuvo estadísticamente significativa luego de la corrección por comparaciones múltiples. El hallazgo resulta compatible con antecedentes que describen modificaciones progresivas de los patrones y la calidad del sueño asociadas con el envejecimiento (Sakal et al., 2024; Smallfield y Lucas Molitor, 2018). Sin embargo, debe interpretarse con cautela debido al carácter exploratorio del análisis, al tamaño reducido de la muestra y al diseño transversal del estudio.

El análisis por componentes mostró, además, que la mala calidad del sueño no constituyó un perfil homogéneo. La eficiencia habitual presentó la puntuación máxima en la totalidad de los participantes. Este resultado, asumido como correcto a partir de la puntuación del instrumento, constituye una característica singular de la muestra: al no presentar variabilidad interindividual, este componente no puede explicar diferencias entre participantes en los análisis correlacionales y aporta una cantidad fija de puntos al puntaje global. Por ello, el PSQI total debe ser leído conjuntamente con el resto de sus componentes y no como una expresión uniforme de dificultades en todos los aspectos del sueño. Las alteraciones del sueño y la latencia fueron, después de la eficiencia habitual, los componentes con mayor compromiso descriptivo, lo que resulta compatible con los cambios del sueño habitualmente descritos en el envejecimiento, entre ellos una mayor fragmentación, dificultades para iniciar el sueño y despertares más frecuentes.

En contraste, la disfunción diurna fue baja y tres cuartas partes de la muestra obtuvieron una puntuación de 0 en este componente. Esta aparente discrepancia entre una elevada frecuencia de mala calidad global del sueño y un bajo compromiso diurno puede ser particularmente informativa. Una posibilidad es que la experiencia subjetiva de un sueño poco satisfactorio no se traduzca de manera inmediata o uniforme en dificultades percibidas durante el día. También es posible que las personas organicen sus rutinas, ritmos de actividad y descansos de manera que compensen parcialmente las consecuencias diurnas de un sueño de menor calidad. Estas posibilidades no pueden demostrarse con el diseño utilizado, pero son congruentes con la perspectiva ocupacional del sueño, que lo concibe como una ocupación articulada con los hábitos, las rutinas y la variedad de actividades diurnas (Ho y Siu, 2018; Matos et al., 2024).

El componente referido al uso de medicación para dormir también mostró un patrón polarizado: mientras una mayoría no presentó puntuación en este componente, un subgrupo alcanzó el valor máximo. Este resultado indica heterogeneidad en las estrategias o condiciones asociadas al dormir dentro de la muestra, aunque el PSQI no permite inferir el tipo de fármaco, su indicación, duración ni adecuación clínica. En consecuencia, este hallazgo debe limitarse a describir la frecuencia de uso informada y plantea una posible línea de profundización para futuros estudios sobre sueño y rutinas de salud en personas mayores.

FLEXIBILIDAD COGNITIVA

La flexibilidad cognitiva fue evaluada mediante el bloque mixto de la Tarea de Dedos, priorizando el Índice de Eficiencia Inversa (EI BM) por integrar velocidad y precisión. El desempeño mostró variabilidad entre participantes, sin valores extremos que comprometieran el indicador principal. La precisión tendió a concentrarse en niveles altos, mientras que el EI BM presentó una distribución asimétrica, lo que sugiere que, aun dentro de una muestra sin indicios de demencia, existieron diferencias individuales en la eficiencia con la que las personas alternaron entre reglas incompatibles.

Estos hallazgos descriptivos son compatibles con la idea de que el envejecimiento saludable no implica homogeneidad cognitiva. La preservación del estado cognitivo global establecida mediante el ACE-III no supone que todos los procesos ejecutivos presenten el mismo nivel de eficiencia. El resultado de la FC debe interpretarse como variabilidad continua en un proceso ejecutivo específico, medido mediante un único paradigma informatizado.

DESEMPEÑO OCUPACIONAL

El desempeño ocupacional se caracterizó por una elevada autonomía. El 90,00% de los participantes obtuvo el valor mínimo de afectación en ABVD y el 67,50% lo hizo en AIVD, configurando un marcado efecto piso. Este patrón es coherente con los criterios de inclusión del estudio, que seleccionaron personas sin indicios de demencia y participantes de actividades comunitarias, pero tiene consecuencias analíticas importantes: cuando la mayoría de los casos se concentra en el mismo extremo de una escala, disminuye la capacidad del indicador para discriminar diferencias individuales y, por lo tanto, para detectar asociaciones con otras variables.

Las AAVD mostraron, en cambio, un menor efecto piso que las ABVD y las AIVD, es decir, una mayor proporción de participantes con una mayor proporción de participantes con algún nivel de dependencia en las AAVD. Esta diferencia es descriptiva y no se contrastó estadísticamente. Además, la subescala AAVD es la de menor consistencia interna de la escala (Fernández et al., 2023), por lo que la variabilidad observada debe interpretarse con cautela y no puede atribuirse únicamente a diferencias funcionales entre los participantes. Aun así, este resultado resulta conceptualmente relevante, dado que las actividades avanzadas implican participación social, ocio, manejo de información, tecnología y otras ocupaciones de mayor complejidad, y podrían expresar cambios más sutiles antes de que se comprometan las actividades básicas. La literatura reciente es compatible con esta lectura, aunque proviene de muestras clínicas. Gao et al. (2025), en una revisión de alcance, buscaron identificar AAVD, como el uso de tecnología, la participación social y la conducción, que podrían aportar información temprana sobre deterioro cognitivo. Henríquez et al. (2026) hallaron que, a lo largo del continuo de la enfermedad de Alzheimer, las personas con quejas cognitivas subjetivas y con deterioro cognitivo leve se diferenciaban principalmente en las AAVD, mientras que la demencia mostraba declive en todos los dominios. Dado que la muestra de la presente tesis no incluye personas

con diagnóstico previo de deterioro cognitivo o demencia, esos hallazgos clínicos no pueden trasladarse a este estudio; sólo sugieren que considerar actividades de mayor complejidad podría ser útil al estudiar personas mayores funcionalmente autónomas.

Desde Terapia Ocupacional, este resultado también señala las limitaciones de evaluar únicamente la independencia básica cuando el interés está puesto en el envejecimiento saludable. Una persona puede mantener alimentación, vestido, movilidad y uso del baño sin dificultad y, al mismo tiempo, presentar cambios más sutiles en ocupaciones complejas, roles, participación o manejo de demandas tecnológicas. Por ello, la diferenciación entre ABVD, AIVD y AAVD utilizada en este estudio permitió describir un perfil funcional que habría quedado parcialmente oculto con una puntuación única de dependencia.

CALIDAD DEL SUEÑO Y FLEXIBILIDAD COGNITIVA

La asociación entre calidad del sueño y flexibilidad cognitiva no respaldó la hipótesis planteada. El coeficiente entre PSQI Total y EI BM fue débil, no significativo y, además, presentó una dirección inversa a la esperada. Este resultado no debe interpretarse como evidencia de que una peor calidad del sueño favorezca la flexibilidad cognitiva. La magnitud del coeficiente fue pequeña, el intervalo de confianza incluyó tanto valores negativos como positivos y, por lo tanto, los datos son compatibles con una amplia incertidumbre respecto de la dirección real de la asociación en la población.

La discrepancia con parte de la literatura puede comprenderse a partir de la heterogeneidad de este campo. Saei et al. (2025), en una muestra de 100 personas mayores, encontraron que un peor estado de sueño medido con PSQI se asociaba con peor desempeño en algunas medidas ejecutivas, entre ellas el Wisconsin Card Sorting Test y el Trail Making Test B. Asimismo, la revisión incluida en el manuscrito de Umfürer et al. (2025) señalan que la mayoría de los estudios revisados encuentra alguna asociación entre sueño y funciones ejecutivas, aunque los resultados son mixtos y parecen depender de variables moderadoras. Por su parte, estudios experimentales y metaanalíticos sobre pérdida de sueño muestran efectos sobre componentes ejecutivos, incluida la flexibilidad, pero suelen utilizar privación o restricción aguda del sueño y muestras más jóvenes, por lo que no son directamente equivalentes a una medición subjetiva del sueño habitual en personas mayores.

Otros antecedentes, sin embargo, son compatibles con la ausencia de una asociación global en esta muestra. Boeve et al. (2022) mostraron que los distintos dominios de salud del sueño se relacionan de manera diferencial con las funciones ejecutivas: la eficiencia del sueño se vinculó con inhibición y la somnolencia/fatiga diurna con flexibilidad cognitiva, mientras que la satisfacción o calidad subjetiva del sueño no se asoció significativamente con el funcionamiento ejecutivo. Davidson y Jensen (2023), en personas mayores residentes en la comunidad, tampoco encontraron que la calidad subjetiva del sueño explicara de manera clara un compuesto de funciones ejecutivas. Estos resultados

sugieren que la relación puede ser más específica de determinados componentes del sueño que del puntaje global del PSQI.

También es posible que las características de la muestra hayan atenuado la relación. Parker et al. (2021) observaron que el impacto de la alteración del sueño sobre funciones ejecutivas variaba según la reserva cognitiva, de modo que la asociación fue más evidente en participantes con menor educación. En la presente investigación no se evaluó formalmente la reserva cognitiva como moderadora, por lo que no corresponde atribuirle los resultados; sin embargo, este antecedente ilustra que la relación sueño-ejecución puede no ser uniforme. A ello se suma que el PSQI resume la experiencia subjetiva del último mes, mientras que la TAC registra el desempeño en una situación puntual y estructurada. La diferencia temporal y metodológica entre ambas medidas puede reducir la correspondencia directa entre los constructos.

FLEXIBILIDAD COGNITIVA Y DESEMPEÑO OCUPACIONAL

La asociación entre EI BM y desempeño ocupacional global fue positiva, como se esperaba teóricamente, pero de magnitud pequeña y no significativa. Por lo tanto, los resultados no respaldaron la hipótesis específica que planteaba que una menor eficiencia en flexibilidad cognitiva se asociaría con mayor afectación del desempeño ocupacional.

Una primera explicación metodológica es la fuerte restricción de rango de las variables funcionales. La mayoría de los participantes mostró autonomía completa o casi completa, especialmente en ABVD y AIVD. Esta concentración reduce la posibilidad de observar covariación con un proceso ejecutivo, aun cuando tal asociación pudiera emerger en muestras con mayor heterogeneidad funcional. Además, el desempeño ocupacional no depende de un único recurso cognitivo. Desde el MOHO, la capacidad de desempeño se articula con habituación, volición y condiciones contextuales; por ello, una tarea de flexibilidad cognitiva de laboratorio no necesariamente se traduce de forma directa en diferencias observables en actividades cotidianas altamente practicadas y apoyadas por hábitos consolidados.

El menor efecto piso de las AAVD sugiere, de manera descriptiva, que estas actividades dejan más margen para observar diferencias. Las actividades avanzadas concentran demandas de adaptación, resolución de problemas, participación social y uso de tecnología por lo que constituyen un dominio de especial interés para el estudio de personas mayores funcionalmente autónomas. No obstante, en este estudio tampoco se observaron asociaciones significativas entre EI BM y AAVD. Esto sugiere que, dentro de una muestra sin indicios de demencia y altamente autónoma, no se encontró evidencia de una asociación entre la flexibilidad cognitiva evaluada mediante este paradigma y el desempeño en actividades avanzadas. Estudios futuros con muestras más amplias y mayor heterogeneidad funcional podrían examinar si la relación emerge en niveles más complejos de desempeño o bajo condiciones de mayor demanda ambiental.

CALIDAD DEL SUEÑO Y DESEMPEÑO OCUPACIONAL

La relación entre calidad del sueño y desempeño ocupacional presentó un patrón diferente al observado para flexibilidad cognitiva. La asociación entre PSQI Total y AVD global fue positiva, es decir, se orientó en el sentido esperado de peor sueño junto con mayor afectación funcional, pero su magnitud fue débil y no alcanzó significación estadística. Las asociaciones secundarias con AIVD y AAVD mantuvieron la misma dirección general, aunque también fueron pequeñas y no significativas. Por ello, la hipótesis específica no fue respaldada, pero los datos tampoco permiten concluir que sueño y desempeño ocupacional sean independientes en la población general.

Este resultado difiere de estudios poblacionales con mayor tamaño muestral y mayor variabilidad funcional. Idalino et al. (2024), en más de 10.000 personas mayores brasileñas residentes en la comunidad, encontraron que quienes informaban problemas de sueño presentaban mayores probabilidades de discapacidad tanto en ABVD como en AIVD. Luo et al. (2024) observaron, en 5.519 personas mayores chinas, una relación en forma de U entre duración del sueño y discapacidad funcional, con mayor riesgo tanto para duraciones cortas como prolongadas de sueño. Más recientemente, VanSwearingen et al. (2026) hallaron que las personas mayores con buena calidad de sueño según PSQI presentaban mejor funcionamiento y menor discapacidad en múltiples dominios de actividad y participación, aunque su muestra incluía participantes con limitaciones funcionales leves a moderadas. Estas diferencias de población son relevantes: la presente muestra partió de un nivel de autonomía considerablemente mayor, lo que limitó el rango disponible para detectar asociaciones.

La literatura longitudinal también señala que la relación puede ser bidireccional. Lee et al. (2022), utilizando datos de más de 42.000 observaciones de personas mayores, encontraron que las limitaciones en ABVD y AIVD se asociaban con mayor riesgo de empeoramiento posterior de la calidad y duración del sueño. Esto resulta importante para evitar una interpretación unidireccional: el sueño puede relacionarse con la función cotidiana, pero el propio estado funcional, las rutinas, la actividad diurna y las condiciones de salud también pueden modificar el sueño. El diseño transversal de esta tesis no permite establecer temporalidad entre las variables.

En esta muestra, la baja disfunción diurna del PSQI ofrece además una pista descriptiva para comprender el resultado. Aunque muchas personas calificaron globalmente como malas dormidoras, la mayoría no informó consecuencias diurnas marcadas en ese componente y conservó un desempeño ocupacional alto. Esto es compatible con la posibilidad de que determinadas alteraciones subjetivas del sueño estén presentes antes de que se manifiesten dificultades funcionales perceptibles, o de que existan estrategias de adaptación y organización de las rutinas que amortigüen su impacto cotidiano. Estas explicaciones requieren ser evaluadas prospectivamente y no pueden establecerse a partir de los datos actuales.

INTERPRETACIÓN CONJUNTA DE LAS TRES VARIABLES

Consideradas en conjunto, las variables describen un perfil aparentemente paradójico: elevada frecuencia de mala calidad subjetiva del sueño, desempeño cognitivo global preservado y alta autonomía funcional. Lejos de invalidar el estudio, este patrón aporta información sobre una etapa del envejecimiento en la que pueden coexistir dificultades de sueño sin una traducción directa y contemporánea en pérdida de independencia o en un menor desempeño de flexibilidad cognitiva detectable mediante una única tarea.

Una posible interpretación es que la calidad subjetiva del sueño constituya un indicador sensible de malestar o alteración antes de que se expresen cambios funcionales más notorios. Otra posibilidad es que recursos individuales y contextuales por ejemplo, hábitos consolidados, apoyo ambiental, actividad social, estrategias compensatorias o reserva cognitiva contribuyan a sostener el desempeño. Estas hipótesis son compatibles con el marco de envejecimiento saludable, que entiende la capacidad funcional como resultado de la interacción entre capacidades intrínsecas y entorno, pero no fueron medidas directamente y deberán ser examinadas en futuras investigaciones.

Desde el Modelo de Ocupación Humana, esta coexistencia puede leerse a la luz de los conceptos de adaptación y disfunción ocupacional. Kielhofner (2011) concibe la adaptación ocupacional como el proceso continuo mediante el cual la persona construye una identidad ocupacional positiva y desarrolla competencia ocupacional en transacción con el ambiente, y Krzemien et al. (2020) señalan que, en condiciones favorables, la experiencia subjetiva del hacer y del desempeño puede conservarse aun cuando las capacidades objetivas de rendimiento declinen. En este marco, una posible interpretación es que la coexistencia de peor calidad subjetiva del sueño y elevada autonomía funcional sea compatible con procesos de adaptación ocupacional que contribuyan a sostener la participación y el desempeño cotidiano. Desde esta lectura, las dificultades subjetivas del sueño no necesariamente se acompañarían, en un mismo momento, de dificultades manifiestas en el desempeño ocupacional, es decir, sin dificultades manifiestas para elegir, organizar o desempeñar ocupaciones de manera satisfactoria (De las Heras de Pablo, 2015; Kielhofner, 2011). Esta interpretación es hipotética: el estudio no evaluó ambiente, volición, identidad, competencia ni adaptación ocupacional, y su diseño transversal no permite establecer relaciones causales ni determinar si las dificultades en el sueño anteceden a modificaciones posteriores del desempeño ocupacional. También debe considerarse que los tres constructos fueron evaluados en niveles distintos de análisis. El PSQI recoge una experiencia subjetiva acumulada durante un mes; la TAC registra el desempeño en una tarea cognitiva breve y estructurada; y la escala de AVD resume la ejecución habitual de actividades cotidianas. La ausencia de correlaciones significativas puede reflejar, al menos en parte, esta diferencia entre experiencia subjetiva, capacidad en situación de prueba y desempeño habitual en contexto. Desde Terapia Ocupacional, precisamente, esta distinción es central: la capacidad disponible no equivale necesariamente al desempeño real, que se configura en interacción con hábitos, roles y demandas ambientales.

FORTALEZAS DEL ESTUDIO

Entre las fortalezas se destaca la integración, en una misma investigación, de tres dimensiones que con frecuencia se estudian de forma separada: sueño, flexibilidad cognitiva y desempeño ocupacional. Esta articulación responde a una pregunta disciplinar relevante para Terapia Ocupacional y aporta evidencia situada en personas mayores de Mar del Plata. Asimismo, la inclusión de participantes sin indicios de demencia permitió explorar asociaciones en una etapa de preservación, antes de la aparición de dependencia funcional marcada.

Otra fortaleza fue el empleo de instrumentos con antecedentes de adaptación o validación en el contexto de interés, junto con el análisis diferenciado de ABVD, AIVD y AAVD. La recodificación de las actividades nunca realizadas como no aplicables y el cálculo de promedios sobre ítems válidos evitaron interpretar esas situaciones como independencia funcional.

IMPLICANCIAS PARA TERAPIA OCUPACIONAL

Desde Terapia Ocupacional, los hallazgos refuerzan la pertinencia de considerar el sueño y el descanso como ocupaciones vinculadas con la organización del repertorio ocupacional diario. El hecho de que una gran proporción de participantes informara mala calidad del sueño, aun manteniendo independencia funcional, señala que la valoración ocupacional no debería limitarse a detectar dependencia manifiesta. El sueño puede constituir un área relevante de evaluación incluso en personas que continúan desenvolviéndose de manera autónoma.

Asimismo, el menor efecto piso observado en las AAVD, en comparación con las ABVD y las AIVD, sugiere de manera descriptiva la conveniencia de explorar ocupaciones complejas, participación social, ocio, manejo de información y tecnología cuando se trabaja con personas mayores sin indicios de demencia. La literatura reciente sobre AAVD, proveniente de muestras clínicas, sugiere que estas actividades han sido señaladas como potencialmente informativas para identificar modificaciones funcionales sutiles, especialmente por sus mayores demandas cognitivas y contextuales, especialmente por sus mayores demandas cognitivas y contextuales (Gao et al., 2025; Henríquez et al., 2026). En este sentido, una evaluación centrada únicamente en el autocuidado podría ofrecer una visión incompleta del desempeño ocupacional en personas mayores funcionalmente autónomas, aunque esta diferencia entre dominios no fue contrastada estadísticamente en el presente estudio.

No obstante, los resultados de esta tesis no permiten afirmar que intervenir sobre el sueño mejorará la flexibilidad cognitiva o el desempeño funcional, ni que un menor EI BM producirá cambios ocupacionales. La implicancia disciplinar es más prudente: sueño, cognición y desempeño constituyen dimensiones que pueden ser evaluadas de manera integrada para construir perfiles más completos de envejecimiento, identificar necesidades emergentes y orientar acciones preventivas o de promoción de la salud basadas en la situación particular de cada persona.

LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Futuros estudios deberían incluir muestras más amplias, heterogéneas y equilibradas por género, con mayor variabilidad tanto cognitiva como funcional. Los diseños longitudinales permitirían establecer si la mala calidad del sueño precede a cambios ejecutivos o funcionales, si ocurre la relación inversa o si ambas dimensiones evolucionan de manera recíproca. También sería conveniente combinar el PSQI con medidas objetivas de sueño y analizar por separado componentes como eficiencia, duración, fragmentación y somnolencia diurna, dado que la evidencia indica que pueden relacionarse de forma diferencial con las funciones ejecutivas.

En relación con la cognición, sería pertinente incorporar más de una tarea de flexibilidad y otros procesos ejecutivos, así como examinar potenciales moderadores como edad, educación, reserva cognitiva, actividad física, estado afectivo y comorbilidad. En el plano ocupacional, los resultados sugieren profundizar específicamente en AAVD y en actividades tecnológicas, sociales y de participación comunitaria, que podrían ofrecer mayor sensibilidad para detectar cambios en personas que mantienen independencia básica. Desde el Modelo de Ocupación Humana, sería pertinente incorporar medidas de volición, de ambiente y de identidad o adaptación ocupacional, que permitan examinar las interpretaciones planteadas en esta tesis. Finalmente, estudios con mayor potencia estadística podrían emplear modelos multivariados que integren sueño, procesos ejecutivos, variables sociodemográficas y contexto ocupacional, evitando reducir la adaptación funcional a una relación bivariada entre dos indicadores.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Los resultados deben interpretarse considerando varias limitaciones metodológicas. En primer lugar, el tamaño muestral reducido (N = 40), el muestreo no probabilístico por conveniencia y la procedencia de los participantes de una única institución restringen la generalización de los hallazgos al conjunto de personas mayores de la ciudad de Mar del Plata. A ello se suma una marcada predominancia de mujeres (92,50%), por lo que la extrapolación de los resultados a varones debe realizarse con cautela. El diseño transversal, además, permite examinar asociaciones en un momento determinado, pero no establecer temporalidad ni direccionalidad entre las variables.

En segundo lugar, la calidad del sueño y el desempeño ocupacional fueron evaluados mediante instrumentos de autoinforme, sin medidas objetivas complementarias, por lo que las respuestas pueden estar influidas por memoria, percepción subjetiva o deseabilidad social. La flexibilidad cognitiva fue evaluada mediante un único paradigma informatizado, lo que limita la representación de la amplitud del constructo. También se observó una restricción de rango funcional, especialmente en ABVD y AIVD, con efectos piso importantes que pudieron reducir la capacidad para detectar asociaciones con otras variables.

En tercer lugar, el estado cognitivo de los participantes se estableció mediante un único instrumento de screening, el ACE-III, validado para la detección/discriminación de demencia (Bruno

et al., 2020). Un puntaje igual o superior al punto de corte indica ausencia de indicios de demencia, pero no permite descartar un deterioro cognitivo leve: el puntaje mínimo de la muestra (70 puntos) se ubicó apenas por encima del punto de corte de 68 puntos adoptado para personas con menos de 12 años de estudio, por lo que no puede excluirse que algunos participantes presentaran un deterioro cognitivo leve. Además, el grupo control de la validación original fue más joven (M = 68,03 años) y tuvo mayor escolaridad promedio (M = 14,43 años) (Bruno et al., 2020) que la presente muestra, cuya edad media fue de 77,83 años y en la que la mitad de los participantes (50,00%) no había completado el nivel secundario, por lo que los puntos de corte podrían no ser plenamente transferibles a este grupo. En consecuencia, la ausencia de indicios de demencia debe entenderse como un criterio de selección y no como evidencia de integridad cognitiva.

En cuarto lugar, si bien el PSQI cuenta con una validación argentina (Valerio et al., 2020), esta se realizó con adultos de hasta 72 años, mientras que la presente muestra abarcó edades de entre 66 y 87 años (M = 77,83; Mdn = 79), por lo que al menos la mitad de los participantes se encontraba por encima del rango etario en el que se establecieron las propiedades psicométricas de la versión local. En consecuencia, la evidencia local disponible no permite establecer con la misma certeza sus propiedades psicométricas en participantes de mayor edad, aspecto que debe considerarse al interpretar la elevada proporción de participantes con puntajes superiores a 5 (87,50%).

En quinto lugar, la Tarea de Dedos es una prueba informatizada y la familiaridad previa de los participantes con dispositivos tecnológicos no fue medida. Si bien se realizó una instancia de práctica previa y la tarea requiere únicamente la pulsación de dos teclas, no puede descartarse que el desempeño de algunos participantes haya estado influido por su experiencia con computadoras. En consecuencia, parte de la variabilidad observada en el EI BM podría reflejar diferencias de familiaridad con la modalidad de evaluación y no solo de flexibilidad cognitiva.

Por último, el estudio permite evaluar solo algunos componentes del Modelo de Ocupación Humana (Kielhofner, 2011). La flexibilidad cognitiva puede conceptualizarse como un aspecto vinculado con la capacidad de desempeño, y la calidad del sueño se vincula, de modo indirecto, con la habituación, en tanto el sueño y el descanso se organizan en hábitos y rutinas. El desempeño ocupacional se evaluó a través del nivel de independencia en las actividades de la vida diaria. En cambio, la volición (causalidad personal, valores e intereses) y el ambiente (físico, social, cultural, económico y político) no fueron evaluadas en esta investigación.

CONCLUSIONES

El presente estudio tuvo como objetivo general analizar la relación entre la calidad del sueño, la flexibilidad cognitiva y el desempeño ocupacional en personas mayores a partir de 60 años de la ciudad de Mar del Plata. En la muestra estudiada no se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre las tres variables principales. En consecuencia, no se obtuvo evidencia suficiente para respaldar la hipótesis general ni las tres hipótesis específicas planteadas. Estos resultados deben interpretarse en función de las características de la muestra y del diseño del estudio, y no como demostración de que dichas variables carezcan de relación en la población mayor.

En relación con la calidad del sueño, se observó una elevada frecuencia de dificultades subjetivas: el 87,50% de los participantes presentó un puntaje global del PSQI superior a 5. El perfil de los componentes mostró un peso descriptivo particularmente elevado de la eficiencia habitual, junto con alteraciones del sueño y latencia, mientras que la disfunción diurna fue comparativamente baja. El uso de medicación para dormir presentó además un patrón heterogéneo dentro de la muestra. En conjunto, estos hallazgos indican que las dificultades de sueño fueron frecuentes aun en personas mayores sin indicios de demencia.

Respecto de la flexibilidad cognitiva, el desempeño fue caracterizado mediante el bloque mixto de la Tarea de Dedos, priorizando el Índice de Eficiencia Inversa como indicador integrador de velocidad y precisión. Se observó variabilidad interindividual en este indicador.

En cuanto al desempeño ocupacional, la muestra se caracterizó por una elevada autonomía funcional. Las ABVD mostraron un marcado efecto piso, con el 90,00% de los participantes en el valor mínimo de afectación, y las AIVD también presentaron una importante concentración de puntuaciones en el extremo de mayor autonomía. Las AAVD, en cambio, mostraron un menor efecto piso, lo que sugiere su utilidad descriptiva para captar diferencias funcionales sutiles en personas mayores que conservan independencia en las actividades más básicas.

En los análisis de asociación, la relación entre calidad del sueño y flexibilidad cognitiva fue débil, inversa y no significativa; por lo tanto, no respaldó la hipótesis específica correspondiente y su dirección no debe interpretarse como evidencia de un efecto beneficioso de una peor calidad del sueño. La asociación entre flexibilidad cognitiva y desempeño ocupacional presentó la dirección esperada, pero su magnitud fue pequeña y no significativa. Del mismo modo, la relación entre calidad del sueño y desempeño ocupacional se orientó en la dirección esperada, aunque fue débil y no alcanzó significación estadística. Por consiguiente, la hipótesis general y las tres hipótesis específicas no fueron respaldadas por los datos obtenidos.

Uno de los principales aportes del estudio radica en haber integrado, dentro de una misma investigación y desde una perspectiva de Terapia Ocupacional, el sueño, un proceso ejecutivo y el desempeño en actividades cotidianas en personas mayores sin indicios de demencia. La coexistencia

de una alta frecuencia de peor calidad subjetiva del sueño con elevada autonomía funcional muestra la importancia de no asumir una correspondencia directa entre dificultades de sueño y pérdida observable de independencia. Desde el Modelo de Ocupación Humana, esta coexistencia puede interpretarse, de manera hipotética, como una posible expresión de adaptación ocupacional: la coexistencia de dificultades subjetivas del sueño con elevada autonomía funcional podría ser compatible, desde el MOHO, con procesos de adaptación ocupacional (Kielhofner, 2011). Esta interpretación no fue evaluada en el presente estudio y requiere ser examinada en investigaciones futuras. Asimismo, el análisis diferenciado de ABVD, AIVD y AAVD permitió describir un menor efecto piso en las actividades avanzadas dentro de una muestra con fuerte preservación de las actividades básicas.

Desde Terapia Ocupacional, los resultados refuerzan la pertinencia de incluir el sueño y el descanso dentro de una valoración ocupacional integral, junto con el desempeño cotidiano, la participación en ocupaciones complejas y los procesos cognitivos implicados en la adaptación a las demandas del entorno. Esta perspectiva puede resultar especialmente relevante en personas mayores que aún conservan independencia básica, ya que permite ampliar la mirada más allá de la presencia o ausencia de dependencia en ABVD. Estas implicancias deben entenderse en términos de valoración y comprensión integral del desempeño, sin derivar de los resultados recomendaciones clínicas causales no evaluadas en este estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar Mendoza, L. A., Caballero, S., Ormea, V., Aquino, R., Yaya, E., Portugal, A., Gomez, J., Zavaleta, J., y Muñoz, A. (2017). Neurociencia del sueño: rol en los procesos de aprendizaje y calidad de vida. *Apuntes de Ciencia y Sociedad*, *7*(2), 103-109. https://doi.org/10.18259/acs.2017015

American Occupational Therapy Association. (2008). Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional: Dominio y proceso (2.ª ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, *62*(6), 625-683. https://doi.org/10.5014/ajot.62.6.625

American Occupational Therapy Association. (2020). *Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional: Dominio y proceso* (4.ª ed.). AOTA Press.

Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/

Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, *23*(5), 611-626. https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.5.611

Blanco, M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*, *5*(8), 5-31. https://doi.org/10.31406/relap2011.v5.i1.n8.1

Boeve, A., Halpin, A., Michaud, S., Fagan, M., y MacAulay, R. K. (2022). Specific sleep health domains as predictors of executive function in older adults. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, *34*(4), 422-427. https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.21040112

Bruno, D., Slachevsky, A., Fiorentino, N., Rueda, D. S., Bruno, G., Tagle, A. R., Olavarria, L., Flores, P., Lillo, P., Roca, M., y Torralva, T. (2020). Validación argentino-chilena de la versión en español del test Addenbrooke's Cognitive Examination III para el diagnóstico de demencia. *Neurología*, *35*(2), 82-88. https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.06.004

Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., y Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, *28*(2), 193-213. https://www.sleep.pitt.edu/sites/default/files/assets/Instrument%20Materials/PSQI-Article.pdf

Canet-Juric, L., Introzzi, I., Andrés, M. L., y Stelzer, F. (2016). La contribución de las Funciones Ejecutivas a la Autorregulación. *Cuadernos de Neuropsicología*, *10*(2), 10-20. https://www.redalyc.org/pdf/4396/439677661010.pdf

Canever, J. B., Zurman, G., Vogel, F., Sutil, D. V., Mata Diz, J. B., Danielewicz, A. L., Moreira, B. S., Cimarosti, H. I., y de Avelar, N. C. P. (2024). Worldwide prevalence of sleep problems in community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine*, *119*, 118-134. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2024.03.040

Congreso de la Nación Argentina. (2 de noviembre de 2000). *Ley 25326: Ley de Protección de los Datos Personales*. Boletín Oficial de la República Argentina. http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/64790/norma.htm

Cruz, T., García, L., Álvarez, M. A., y Manzanero, A. L. (2022). Calidad del sueño y déficit de memoria en el envejecimiento sano. *Neurología*, *37*(1), 31-37. https://doi.org/10.1016/j.nrl.2018.10.001

Davidson, P. S. R., y Jensen, A. (2023). Executive function and episodic memory composite scores in older adults: Relations with sex, mood, and subjective sleep quality. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, *30*(5), 778-801. https://doi.org/10.1080/13825585.2022.2086682

De las Heras de Pablo, C. G. (2015). *Modelo de Ocupación Humana*. Editorial Síntesis.

Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, *64*, 135-168. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750

Dirección de Modernización e Información Estratégica. (2024). *Indicadores de personas mayores*. Partido de General Pueyrredon.

Fernández, A., Causses, S., y Mías, C. D. (2023). Desarrollo de una escala global de valoración funcional de actividades de la vida diaria en adultos mayores de 50 años. En M. Marzetti (Comp.), *Nuevos aportes a la neuropsicología* (pp. 101-118). Lugar Editorial.

Gao, H., Harris, J., Maupin, D., Schneider, S., Hernandez, R., y Jin, H. (2025). Early identification of cognitive impairment in older adults from Advanced Activities of Daily Living (AADL): A scoping review. *Public Health*, *246*, Article 105822. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2025.105822

Gil, S. S., Tiribelli, A. M., y Ortiz, M. del R. (2020). Una historia oral del Programa Universitario con Adultos Mayores. En Universidad Nacional de Mar del Plata, *Antecedentes, proyectos y trayectorias* (pp. 439-452). EUDEM. https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/150717

Golombek, D. (2009). Cronobiología humana: en busca del tiempo perdido. *Ciencias*, (062). https://www.revistas.unam.mx/index.php/cns/article/view/11772

Harada, C. N., Natelson Love, M. C., y Triebel, K. L. (2013). Normal cognitive aging. *Clinics in Geriatric Medicine*, *29*(4), 737-752. https://doi.org/10.1016/j.cger.2013.07.002

Henríquez, F., Riquelme, P., Forno, G., Migeot, J., Henríquez, R., Lillo, P., Thumala-Dockendorff, D., Okuma, C., González Campo, C., Hornberger, M., Aboitiz, F., y Slachevsky, A. (2026). Activities of daily living and their neural correlates across the Alzheimer's disease continuum: Evidence from a Latin American cohort. *Alzheimer's & Dementia*, *22*(5), Article e71445. https://doi.org/10.1002/alz.71445

Hernández-Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, M. P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill / Interamericana Editores.

Ho, E. C. M., y Siu, A. M. H. (2018). Occupational therapy practice in sleep management: A review of conceptual models and research evidence. *Occupational Therapy International*, *2018*, Article 8637498. https://doi.org/10.1155/2018/8637498

Idalino, S. C. C., Cândido, L. M., Wagner, K. J. P., de Souza Moreira, B., de Carvalho Bastone, A., Danielewicz, A. L., y de Avelar, N. C. P. (2024). Association between sleep problems and functional disability in community-dwelling older adults. *BMC Geriatrics*, *24*, Article 253. https://doi.org/10.1186/s12877-024-04822-8

Instituto de Neurología Cognitiva [INECO]. (2013). *Addenbrooke's Cognitive Examination III (ACE-III): Versión argentina A* [Protocolo]. https://www.ineco.org.ar/wp-content/uploads/ACE-III-protocolo.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos [INDEC]. (2023). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022: Resultados definitivos: Indicadores demográficos por sexo y edad* (1.ª ed.). INDEC.

International Longevity Centre Brazil. (2015). *Envejecimiento activo: Un marco político ante la revolución de la longevidad*. ILC-Brasil.

Introzzi, I. M., Richard's, M. M., y Canet Juric, L. (2018). La TAC: Una batería informatizada para la evaluación de las funciones ejecutivas. *Jornadas de Investigación de la Universidad Nacional de Mar del Plata 2018: Hacia el futuro con Ciencia y Tecnología*, 366.

Kavousi, P., Mali, E., Seifhashemi, N., Souri, M., Pakravan, L., y Khalili, F. (2025). Worldwide prevalence of poor sleep quality in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Psychiatry*, *20*(2), 265-280. https://doi.org/10.18502/ijps.v20i2.18207

Kielhofner, G. (2011). *Modelo de Ocupación Humana: Teoría y aplicación* (4.ª ed.; C. G. de las Heras, trad.). Editorial Médica Panamericana.

Krzemien, D., Bario, D., Ferreyra, F., y Richard's, M. (2023). Evaluación de la Flexibilidad Cognitiva en la vejez: Evidencias de validez del Test CAMBIOS. *Revista Evaluar*, *23*(3), 1-15. https://doi.org/10.35670/1667-4545.v23.n3.43890

Krzemien, D., Miranda, C., y Martin, N. G. (2020). La ocupación en la Gerontología: una perspectiva crítica del Modelo de Ocupación Humana. *Revista Ocupación Humana*, *20*(1), 82-105. https://doi.org/10.25214/25907816.268

Lee, Y.-H., Kong, D., Lee, Y.-T. H., Lin, C.-H., Liu, C.-T., y Chang, Y.-C. (2022). Functional disabilities and changes in sleep quality and duration among older adults: Results from a longitudinal study in China, 2005-2014. *European Geriatric Medicine*, *13*(4), 967-975. https://doi.org/10.1007/s41999-022-00619-3

Legislatura de la Provincia de Buenos Aires. (22 de noviembre de 2023). *Ley 15462: Ley de investigación en salud en el ámbito de la provincia de Buenos Aires*. Boletín Oficial de la Provincia de Buenos Aires.

Leland, N. E., Marcione, N., Schepens Niemiec, S. L., Kelkar, K., y Fogelberg, D. (2014). What is occupational therapy's role in addressing sleep problems among older adults? *OTJR: Occupation, Participation and Health*, *34*(3), 141-149. https://doi.org/10.3928/15394492-20140513-01

Luo, M., Dong, Y., Fan, B., Zhang, X., Liu, H., Liang, C., Rong, H., y Fei, Y. (2024). Sleep duration and functional disability among Chinese older adults: Cross-sectional study. *JMIR Aging*, *7*, Article e53548. https://doi.org/10.2196/53548

Makino, K., Lee, S., Katayama, O., Tomida, K., Yamaguchi, R., Yamagiwa, D., y Shimada, H. (2025). Prediction of dementia risk by instrumental activities of daily living limitations and its impact on dementia onset in combination with mild cognitive impairment: A population-based longitudinal study. *BMC Public Health*, *25*, Article 1535. https://doi.org/10.1186/s12889-025-22788-z

Martino, P., Cervigni, M., Pulopulos, M. M., Gallegos, M., Caycho-Rodríguez, T., White, M., de Bortoli, M. Á., Lemos, V., Vivas, J., y Politis, D. (2023). Predictores del rendimiento neurocognitivo en una gran muestra de adultos mayores argentinos. *Neurología Argentina*, *15*(3), 183-190. https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2023.05.001

Matos, L. C., Rebellato, C., Lopes, C. B. B., y Nascimento, J. S. (2024). Impactos das alterações de sono no desempenho ocupacional: percepções de pessoas idosas. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, *32*, Article e3728. https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO286837282

Nabergoi, M. (2021). Producción de conocimiento en Terapia Ocupacional. Avances y desafíos. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, *7*(1), 5-9.

Organización de los Estados Americanos. (2015). *La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Decenio del Envejecimiento Saludable 2021-2030*. OMS.

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Década del Envejecimiento Saludable: Informe de referencia*. OPS.

Ozkutlu, O., y Ozun, O. I. (2025). The role of sleep quality and sleepiness in the relationship between cognitive flexibility and fatigue. *Psychiatric Quarterly*, *96*, 735-749. https://doi.org/10.1007/s11126-025-10135-9

Parker, D., Bucks, R. S., Rainey-Smith, S. R., Hodgson, E., Fine, L., Sohrabi, H. R., Martins, R. N., y Weinborn, M. (2021). Sleep mediates age-related executive function for older adults with

limited cognitive reserve. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *27*(7), 711-721. https://doi.org/10.1017/S1355617720001186

Pase, M. P., Harrison, S., Misialek, J. R., Kline, C. E., Cavuoto, M., Baril, A.-A., Yiallourou, S., Bisson, A., Himali, D., Leng, Y., Yang, Q., Seshadri, S., Beiser, A., Gottesman, R. F., Redline, S., Lopez, O., Lutsey, P. L., Yaffe, K., Stone, K. L., Purcell, S. M., y Himali, J. J. (2023). Sleep architecture, obstructive sleep apnea, and cognitive function in adults. *JAMA Network Open*, *6*(7), Article e2325152. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.25152

Richard's, M., y Marino, J. (2013). Flexibilidad cognitiva, una capacidad esencial: ¿Cambio cognitivo, propiedad dinámica o "pago de costes por alternancia"?

Richard's, M. M., Vernucci, S., Zamora, E., Canet-Juric, L., Introzzi, I., y Guardia, J. (2017). Contribuciones empíricas para la validez de grupos contrastados de la batería de Tareas de Autorregulación Cognitiva (TAC). *Interdisciplinaria*, *34*(1), 173-192. https://doi.org/10.16888/interd.2017.34.1.11

Saei, R., Farokhnezhad Afshar, P., Gibson, R., y Alpass, F. (2025). Effect of sleep quality on different aspects of executive function in older Iranians. *Australasian Journal on Ageing*, *44*(3), Article e70092. https://doi.org/10.1111/ajag.70092

Sakal, C., Li, T., Li, J., Yang, C., y Li, X. (2024). Association between sleep efficiency variability and cognition among older adults: Cross-sectional accelerometer study. *JMIR Aging*, *7*, Article e54353. https://doi.org/10.2196/54353

Sen, A., y Tai, X. Y. (2023). Sleep duration and executive function in adults. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, *23*(11), 801-813. https://doi.org/10.1007/s11910-023-01309-8

Smallfield, S., y Lucas Molitor, W. (2018). Occupational therapy interventions addressing sleep for community-dwelling older adults: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, *72*(4), Article 7204190030. https://doi.org/10.5014/ajot.2018.031211

Sun, X., Qu, Z., Zhang, X., Zhang, Y., Zhang, X., Zhao, H., y Zhang, H. (2025). The effects of sleep deprivation on cognitive flexibility: A scoping review of outcomes and biological mechanisms. *Frontiers in Neuroscience*, *19*, Article 1626309. https://doi.org/10.3389/fnins.2025.1626309

Suraev, A., Kong, S. D., Menczel Schrire, Z., Tran, B. A., Cross, N., Matar, E., y Naismith, S. L. (2024). Current and emerging sleep interventions for older adults with or without mild cognitive impairment. *Current Treatment Options in Neurology*, *26*, 463-483. https://doi.org/10.1007/s11940-024-00808-4

TAC. (s.f.). *Quiénes somos*. https://tac.com.ar/quienes-somos/

Taylor, B., Mohamud, S., Brotherhood, E., Harding, E., Waddington, C., Camic, P. M., Alexander, D., Crutch, S., Stott, J., Hardy, C., y Oxtoby, N. P. (2025). Decline in activities of daily living in the rarer dementias. *General Psychiatry*, *38*(3), Article e101905. https://doi.org/10.1136/gpsych-2024-101905

Tsiakiri, A., Plakias, S., Kokkotis, C., Vlotinou, P., Kyriazidou, S., Giarmatzis, G., Kallivoulos, S., Terzoudi, A., Tsiptsios, D., Merai, S., Emmanouilidou, C., Kariotis, C., Kanidou, A., Aggelousis, N., Vadikolias, K., y Christidi, F. (2025). Instrumental activities of daily living in neurocognitive disorders: Determinants and clinical implications for health promotion. *Brain Sciences*, *15*(4), Article 417. https://doi.org/10.3390/brainsci15040417

Umfürer, F. A., Arán Filippetti, V., y Krumm, G. (2025). Calidad de sueño y funciones ejecutivas en adultos: una revisión sistemática. En *Actas del XVII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología* (Cartel 208). Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. https://www.aacademica.org/000-004/208

Valerio, E., De Bortoli, M. A., Rovella, A., y Leporati, J. L. (2020). *Validación Argentina del Pittsburg Sleep Quality Index* [Póster]. XIII Congreso Argentino de Salud Mental, Asociación Argentina de Salud Mental (AASM), Congreso Virtual. https://congresovirtualaasm2020.com/es/event/922

VanSwearingen, J. M., Tighe, C. A., Perera, S., Forman, D. E., Buysse, D. J., y Brach, J. S. (2026). Association of sleep quality with activity and participation in older adults. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *107*(2), 207-214. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2025.05.010

Wei, J., Zeng, J. K., y Qi, R. B. (2025). Cognitive function, sleep characteristics and their relationship in older adults with insomnia and anxiety. *Scientific Reports*, *15*, Article 30284. https://doi.org/10.1038/s41598-025-16228-6

Zou, H., Jiang, L., Hou, Y., Zhang, L., y Liu, J. (2024). Long and short sleep durations can affect cognitive function in older adults through the chain mediation effect of ADL and depression: Evidence from CHARLS2018. *Aging Clinical and Experimental Research*, *36*, Article 224. https://doi.org/10.1007/s40520-024-02881-w

ANEXOS

Anexo 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo_____ DNI _____

declaro que he sido informado/a e invitado/a a participar en la investigación denominada "Calidad del sueño y envejecimiento saludable: relaciones con la flexibilidad cognitiva y el desempeño ocupacional". Este es un proyecto de investigación para optar al título de Lic. en Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Objetivo y Procedimiento: Entiendo que este estudio busca conocer la relación entre mi calidad de sueño/descanso, mis funciones cognitivas y mi desempeño en actividades de la vida diaria. Mi participación consistirá en un único encuentro de aproximadamente 1 hora, donde responderé dos cuestionarios, una evaluación cognitiva, y una prueba cognitiva computarizada.

Confidencialidad: Se me ha garantizado el anonimato y la confidencialidad de mis datos, en cumplimiento con la Ley Nacional N.º 25.326 de Protección de Datos Personales. Mis respuestas serán codificadas con un número de serie y no se revelará mi identidad en ninguna publicación de resultados.

Voluntariedad: Sé que mi participación es totalmente voluntaria, que no recibiré retribución económica y que puedo retirarme en cualquier momento sin dar explicaciones y sin que esto afecte mis derechos.

Contacto:

Tesista: Renata Díaz Colodrero (Email: renatadiazcolodrero@gmail.com - Tel. Celular: 2901-475156)

Directora: Lic. Daiana Bario (Email: daianabario@gmail.com - Tel. Celular: 223-5014740)

Consiento voluntariamente a participar. He recibido una copia impresa de este documento y entiendo sus alcances.

Firma participante: _____ DNI: _____

Firma tesista: _____ DNI: 43.160.833

Fecha:

Anexo 2: ADDENBROOKE´S COGNITIVE EXAMINATION (ACE-III) - VERSIÓN ARGENTINA

ADDENBROOKE´S COGNITIVE EXAMINATION - ACE-III
Versión Argentina A (2013)

APELLIDO Y NOMBRE: **EDAD:**
AÑOS DE EDUCACIÓN: **OCUPACIÓN:**
FECHA DE NACIMIENTO: **HCL:**
EXAMINADOR: **FECHA DE EVALUACIÓN:**
ANTECEDENTES: **DERIVADOR:**

ATENCIÓN				/5	**ATENCIÓN**				/5
AÑO	ESTACIÓN	MES	FECHA	DÍA	PAIS	CIUDAD	BARRIO	LUGAR	PISO

Tolerancia para fecha: +/-2
Cambio de estación: si el paciente dice la estación que acaba de finalizar, preguntar: ¿Qué otra estación podría ser? Se puntúa 1 por respuesta correcta.

ATENCIÓN					
PELOTA	**BANDERA**	**ÁRBOL**	Cant. Ensayos.:		/3
***(100-7) 93**	**86**	**79**	**72**	**65**	/5

*Preguntar al sujeto: cuánto es 100 menos 7? Luego de que el sujeto responda, pídale que reste otros 7 hasta un total de 5 restas. Si el sujeto se equivoca, continúe desde el valor respondido por el sujeto (ej. 93, 84, 77, 70, 63 score 4). Otorgue 1 punto solo a las respuestas correctas.

MEMORIA				
PELOTA	**BANDERA**	**ÁRBOL**	DIF. PBA:	/3

FLUENCIA VERBAL: /14

Letras		**Animales**	
Pedir al sujeto: Voy a decirle una letra del abecedario y quisiera que usted generara/dijera la mayor cantidad de palabras que pueda con esa letra, pero que no sean nombres propios de personas o lugares. Por ejemplo, si le doy la letra "C", usted podría decir palabras como "casa, camino, carro" y así. Pero no puede decir palabras como Carolina o Canadá. ¿Entendió? ¿Está listo? Tiene un minuto. La letra que quiero que use es la letra "P".		Decir al sujeto: "Ahora nombre todos los animales que pueda, comenzando con cualquier letra". El participante puede equivocarse y decir sólo nombres de animales que comiencen con la letra "P", en ese caso repetir las instrucciones durante los 60 segundos, si es necesario.	
0 a 15"	30-45"	0-15"	30-45"
15-30"	45-60" **TOTAL:**	15-30"	45-60" **TOTAL:**
Tiempo en el que se dice la primera palabra: Repeticiones: Intrusiones relacionadas con un ejercicio previo: Intrusiones no relacionadas: Otros errores: Errores de pronunciación:		Tiempo en el que se dice la primera palabra: Repeticiones: Intrusiones relacionadas con un ejercicio previo: Intrusiones no relacionadas: Otros errores: Errores de pronunciación:	

P		≥18	14-17	11-13	8-10	6-7	4-5	2-3	<2
Animales		≥22	17-21	14-16	11-13	9-10	7-8	5-6	<5
Puntaje		**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**0**

MEMORIA

NOMBRES Y DIRECCIONES:	I	II	III
LUIS			
REYNAL			
PEDRO			
GOYENA			
420			
ROSARIO			
SANTA FE			

"Voy a decirle el nombre de una persona y su dirección y me gustaría que lo repitiese después de mí. Para que pueda aprenderlo, vamos a hacerlo 3 veces. Le volveré a preguntar por el nombre y dirección más adelante". Si el paciente comienza a repetir junto con Ud. pídale que espere hasta que ud. haya terminado.

Otorgue 1 punto por cada elemento recordado correctamente. Luego de puntuar el primer trial, realice la tarea dos veces más exactamente de la misma manera. Registrar la puntuación en cada trial.

Para el puntaje sólo cuenta el 3° trial.

AP. N y D: /7

MEMORIA: /4

Nombre del actual Presidente		Nombre del Papa	
Nombre de la Persona que descubrió América		Nombre del Presidente estadounidense asesinado en la década del 60	

LENGUAJE

COMPRENSIÓN

Ubique un lápiz y un papel enfrente del sujeto. A modo de prueba, pídale que **"Tome el lápiz y luego el papel"**. Si lo realiza de forma incorrecta, putúe 0 y no continúe con este ítem.

Si el sujeto realiza correctamente la prueba, continúe con las siguientes tres instrucciones:

"Ponga el papel encima del lápiz"	**"Tome el lápiz pero no el papel"**	**"Deme el lápiz después de tocar el papel"**

/3

Nota: Ubique el lápiz y el papel enfrente del sujeto antes de cada instrucción.
Otorgue 1 punto por cada orden correctamente realizada. No permita que el participante tome el papel antes que Ud. termine de decir las instrucciones

LENGUAJE	/2
Pida al sujeto que escriba dos (o más) oraciones completas sobre sus últimas vacaciones / fin de semana / Navidad. Pídale que escriba oraciones completas y que no use abreviaciones. Otorgue 1 punto si hay al menos dos oraciones sobre el mismo tema; y anote 1 punto extra si la gramática y la ortografía son correctas.	

LENGUAJE							/2
HIPOPÓTAMO		EXCENTRICIDAD		ININTELIGIBLE		ESTADÍSTICO	
Pida al sujeto que repita cada una de las siguientes palabras después de que usted las diga. Puntúe 2 si están todas correctas; 1 si 3 fueron correctas y puntúe 0 si 2 o menos fueron correctas.							

LENGUAJE				/2
EL FLAN TIENE FRUTILLAS Y FRAMBUESAS	/1	LA ORQUESTA TOCÓ Y LA AUDICENCIA LA APLAUDIÓ		/1

LENGUAJE												/12
CUCHARA		LIBRO		CANGURO		PINGÜINO		ANCLA		CAMELLO		
ARPA		RINCOERONTE		BARRIL		CORONA		COCODRILO		ACORDEON		

LENGUAJE		/4
SEÑALE CUÁL ESTÁ ASOCIADO A LA MONARQUÍA		CUÁL SE PUEDE ENCONTRAR EN LA ANTÁRTIDA	
SEÑALE CUÁL ES UN MARSUPIAL		CUÁL SE RELACIONA CON LA NÁUTICA (NAVEGACIÓN)	

LENGUAJE								/1
JAZZ		LASSAGNA		JEAN		HIPPIE		JUMBO	
Mostrar al sujeto las siguientes palabras y pedirle: "Lea cada una de las siguientes palabras". Otorgar 1 punto si todas son leídas correctamente.									

HABILIDADES VISUOESPACIALES			
DIAGRAMA DEL INFINITO	/1	ESFERA RELOJ	/1
CUBO	/2	NÚMEROS RELOJ	/2
		AGUJAS RELOJ	/2
CONTEO PUNTOS	/4	TOTAL RELOJ	/5
LETRAS INCOMPLETAS K M A T	/4		

MEMORIA	/7	
LUIS		Este test solo debe realizarse si el sujeto no recordó todos los ítems en el subtest anterior. Si todos los ítems fueron recordados correctamente, no realice el test y puntúe 5. Si sólo una parte fue recordada en el subtest anterior comience marcando con un tilde los datos recordados. Luego testee los ítems no recordados diciendo: **"Bueno, le voy a dar algunas pistas: el hombre se llamaba X, Y o Z** y así sucesivamente. Cada ítem reconocido cuenta un punto que se suma a los puntos recordados originalmente.
REYNAL		
PEDRO		
GOYENA		
420		
ROSARIO		
SANTA FE		

MEMORIA		/5
LUCAS REYNAL	**LUIS REYNAL**	LUIS ROYAL
PEDRO GALEANO	PABLO GOYENA	**PEDRO GOYENA**
240	**420**	450
CAPITAL FEDERAL	**ROSARIO**	RESISTENCIA
SANTA FE	BUENOS AIRES	CHACO

PUNTAJES ACE-III		
		Los valores normativos están basados en 63 controles cuya edad está entre 52 y 75 años y 142 pacientes con demencia entre 46 y 86 años. Puntaje de corte <88 posee 94%sensibilidad y 89 % de especifidad para demencia. Puntaje de corte <82 tiene 84% sensibilidad y 100 % de especifidad para demencia. En personas con menos de 12 años de educación el puntaje de corte es de 68.
ATENCIÓN	/18	
MEMORIA	/26	
FLUENCIA VERBAL	/14	
LENGUAJE	/26	
HABILIDADES VISUOESPACIALES	/16	
TOTAL ACE-III	/100	

Anexo 3: TAREA DE DEDOS - TAREAS DE AUTORREGULACIÓN COGNITIVA (TAC)

Material audiovisual de la administración de la Tarea de Dedos: **Acceder al video**

Anexo 4: ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH (PSQI)

Nombre, apellido:	
Edad:	
Descripción:	Cuestionario autoinformado con 19 ítems sobre la calidad subjetiva del sueño en el último mes.
Observación:	
Propósito:	Evaluar la calidad del sueño e identificar posibles problemas relacionados con el sueño.
Puntuación:	19 preguntas puntuadas de 0 a 3. El total varía de 0 a 21 puntos.

1) Durante el último mes, ¿a qué hora se fue a dormir con más frecuencia por la noche?

hora de acostarse:	hs

2) Durante el último mes, ¿cuánto tiempo te llevó quedarte dormido, la mayor parte del tiempo?

Minutos que tarda en conciliar el sueño:

Latencia de sueño	
Respuesta	Puntuación
<o = 15 minutos	0
16-30 minutos	1
31-60 minutos	2
> 60 minutos	3
Respuesta	

3) Durante el último mes, ¿a qué hora se despertó usted con más frecuencia por la mañana?

Respuesta:

4) Durante el último mes, ¿cuántas horas dormiste por noche?

Horas de sueño por Noche

Duración de sueño	
Respuesta	Puntuación
> 7 horas	0
6- 7 horas	1
5-6 horas	2
< 5 horas	3
Respuesta	

5) Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas para dormir debido a:

A) Demorar más de 30 minutos para lograr el sueño

Respuesta	Puntuación
nunca	0
menos de una vez por semana	1
una o dos veces por semana	2
tres veces por semana o más	3
Respuesta	

b) Despertarse en mitad de la noche o muy temprano en la mañana

Respuesta	Puntuación
nunca	0
menos de una vez por semana	1
una o dos veces por semana	2
tres veces por semana o más	3
Respuesta	

c) Levantarse para ir al baño

Respuesta	Puntuación
nunca	0
menos de una vez por semana	1
una o dos veces por semana	2
tres veces por semana o más	3
Respuesta	

Respuesta	
d) Tener dificultades para respirar	
Respuesta	Puntuación
nunca	0
menos de una vez por semana	1
una o dos veces por semana	2
tres veces por semana o más	3
Respuesta	
e) Toser o roncar muy alto	
Respuesta	Puntuación
nunca	0
menos de una vez por semana	1
una o dos veces por semana	2
tres veces por semana o más	3
Respuesta	
f) Sentir mucho frio	
Respuesta	Puntuación
nunca	0
menos de una vez por semana	1
una o dos veces por semana	2
tres veces por semana o más	3
Respuesta	

g) Sentir mucho calor	
Respuesta	**Puntuación**
nunca	0
menos de una vez por semana	1
una o dos veces por semana	2
tres veces por semana o más	3
Respuesta	
h)Tener sueños feos o pesadillas	
Respuesta	Puntuación
nunca	0
menos de una vez por semana	1
una o dos veces por semana	2
tres veces por semana o más	3
Respuesta	
i) Sentir dolores	
Respuesta	Puntuación
nunca	0
menos de una vez por semana	1
una o dos veces por semana	2
tres veces por semana o más	3
Respuesta	

j) Otra razón, por favor, describa:		
RESPUESTA:		Y CUANTAS VECES OCURRE?
Respuesta	Puntuación	
nunca	0	
menos de una vez por semana	1	
una o dos veces por semana	2	
tres veces por semana o más	3	
Respuesta		

6) Durante el último mes, ¿cómo calificarías la calidad de tu sueño?	
Respuesta	Puntuación
Muy bueno	0
Bueno	1
Malo	2
Muy malo	3
Resultado	

7) Durante el último mes, ¿ha tomado algo para dormir?	
Respuesta	Puntuación
nunca	0
menos de una vez por semana	1
una o dos veces por semana	2
tres veces por semana o más	3
Respuesta	

8) Durante el último mes, ha tenido problemas para mantenerse despierto mientras realizaba alguna actividad, y ¿con qué frecuencia le ha sucedido esto?

Respuesta	Puntuación
nunca	0
menos de una vez por semana	1
una o dos veces por semana	2
tres veces por semana o más	3
Respuesta	

9) Durante el último mes, ¿se ha sentido mal o le ha faltado entusiasmo para realizar sus actividades diarias?

Respuesta	Puntación
Sin indisposición ni falta de entusiasmo	0
Indisposición y falta de entusiasmo pequeños	1
Indisposición moderada y falta de entusiasmo	2
Mucha indisposición y falta de entusiasmo	3
Respuesta	

10) tomas siesta?

Respuesta	
Sí	
No	

¿Cuánto tiempo?

Espacio para comentarios, si los hay	

Si la respuesta anterior es sí, ¿la siesta es intencional?

Respuesta	
Sí	
No	

Anexo 5: ESCALA GLOBAL DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA PARA ADULTOS MAYORES

Escala Global de Actividades de la Vida Diaria para adultos mayores

AVD BÁSICAS
Comer
1. Come con independencia manipulando todos los utensilios y accionando como lo hace habitualmente (utiliza platos, cubiertos y vasos sin dificultad)
2. Come con independencia (utiliza platos, cubiertos y vasos sin dificultad) pero requiere algún señalamiento en el uso de utensilios o acciones
3. Necesita ayuda para manipular algunos utensilios o para las acciones que requieren (p.e. cortar alimentos, mantener la comida en el plato, etc.)
4. Necesita ayuda general para comer, con escasa manipulación de elementos o acciones necesarias
Usar el Baño
1. Usa el baño con todos sus componentes (lavabo, inodoro, ducha, cepillos, jabones, etc) sin ninguna dificultad
2. Necesita alguna ayuda para el uso de algunos de sus componentes o acciones que requieren (p.e. lavarse, bañarse, peinarse, etc)
3. Necesita ayuda para el uso de dos o más de sus componentes o acciones que requieren (p.e. lavabo, inodoro, ducha, cepillos, jabones, maquillaje, afeitadora, etc)
4. Necesita supervisión y acompañamiento para el uso del baño con todos sus componentes
Vestirse
1. Es independiente para seleccionar, ponerse y quitarse la ropa, abotonarse y atarse zapatos
2. Selecciona su ropa, pero necesita alguna ayuda con algunas prendas de exigencia fina (botones, cierres, cremalleras, etc)
3. Necesita ayuda para seleccionar alguna prenda, o en acciones para vestirse correctamente (p.e. ponerse la ropa, abotonarse, atar cordones, seguir la secuencia correcta)

4. Requiere franca ayuda o acciones externas para vestirse correctamente
Movilidad dentro del hogar o residencia
1. Es capaz de moverse dentro del hogar con independencia (camina, abre y cierra puertas, sube y baja escalones)
2. Es capaz movilizarse dentro del hogar, pero tiene dificultades para acciones finas, como utilizar llaves, picaportes, subir y bajar escalones
3. Requiere algún acompañamiento o ayuda para la movilidad libre en el hogar o residencia
4. No es capaz de movilizarse correctamente sin ayuda externa
AVD INSTRUMENTALES
Movilidad y traslado fuera del hogar
1. Se moviliza con independencia en la cuadra, barrio y ciudad
2. Se moviliza con independencia en la cuadra y el barrio, y requiere algún acompañamiento fuera de sus límites
3. Puede movilizarse en la vereda o la cuadra, pero requiere ayuda para manejarse por el barrio o ciudad
4. Requiere ayuda, acompañamiento o supervisión cuando sale de la casa para su movilidad en general
Hacer compras
a) Nunca ha realizado las compras cotidianas o generales que necesita (víveres, ropa, elementos de la casa, etc)
b) Realiza o ha realizado compras familiares o propias:
1. Realiza las compras que necesita y concurre a los negocios específicos de manera independiente (almacenes, negocios, supermercados)
2. Realiza compras globales sin mucho detalle sobre lo que necesita
3. Requiere alguna supervisión para las compras generales
4. No es capaz de realizar las compras en general
Preparación de la comida
a) Nunca ha participado en la preparación de la comida cotidiana
b) Participa o ha participado en la preparación de la comida:
1. Es capaz de organizar, preparar y cocinar las comidas autónomamente
2. Prepara las comidas con supervisión (condimentos, tiempo de cocción, usos de elementos de cocina)
3. Requiere ayuda para la elaboración de las comidas o para el uso de elementos de cocina, sin la cual no podría hacerlo adecuadamente
4. No es capaz de cocinar como lo hacía antes, requiere lo haga un tercero
Mantener o cuidar la vivienda
a) Nunca ha realizado o ha sido su función hacer tareas de mantenimiento o cuidado de la casa
b) Realiza o ha realizado tareas de mantenimiento o cuidado de la casa (limpieza, reparaciones, jardinería, ordenamientos):
1. Identifica y ejecuta tareas de mantenimiento o cuidado de modo independiente
2. Requiere alguna indicación para identificar o ejecutar acciones de mantener o cuidar la casa
3. Requiere alguna ayuda o supervisión en tareas de mantenimiento o cuidado de la casa
4. Requiere significativa ayuda o supervisión, o no es confiable en la ejecución de acciones de mantenimiento o cuidado
Usar electrodomésticos
a) No tiene o no es de usar electrodomésticos en casa (Lavarropas, microondas, cocina, cafeteras, pavas eléctricas, etc)

b) Tiene y usa algunos electrodomésticos en casa:
1. Utiliza por sí solo los electrodomésticos que necesita
2. Utiliza los electrodomésticos, pero tiene dificultades en sus procedimientos
3. Utiliza electrodomésticos con alguna ayuda o supervisión, tiene equivocaciones frecuentes
4. No es capaz de utilizar electrodomésticos de manera autónoma

Usar Transportes
1. Emplea algún medio de transporte cuando necesita en forma independiente (auto, taxis, colectivos, etc)
2. Requiere asistencia o compañía ocasional para manejarse con los medios de transporte
3. A menudo necesita ser acompañado para emplear medios de transporte
4. Es dependiente para manejarse con cualquier medio de transporte

Toma de la medicación
a) Nunca ha tomado medicación
b) Toma medicación:
1. Recuerda tomar la medicación de manera autónoma
2. Recuerda tomar la medicación con algunas estrategias
3. Necesita que le recuerden tomar la medicación
4. Necesita ayuda para tomar la medicación

Manejar dinero
1.Utiliza y maneja el dinero de manera autónoma
2. Utiliza y maneja el dinero, pero puede equivocarse en algunas cuentas o cifras
3. Requiere ayuda o supervisión en el manejo del dinero
4. No utiliza o no es confiable con el dinero por cómo lo maneja

AVD AVANZADAS

Usar un celular
a) No utiliza nunca un celular o no necesita
b) Usa celular hace mas de un año:
1. Utiliza el celular en distintas funciones básicas (buscar contacto, marcar, llamar, recibir llamados, enviar mensajes, etc)
2. Utiliza el celular sólo para llamar o recibir llamados de manera programada
3. Requiere ayuda frecuente o reiterada en el uso de las funciones básicas (llamar, contestar)
4. No puede usar el celular de modo autónomo, por lo que prescinde de su uso

Usar dispositivos electrónicos
a) No tiene o nunca usa dispositivos electrónicos (tv, computadora, tablet, cafetera, máquina, etc)
b) Tiene y usa dispositivos electrónicos del hogar:
1. Puede utilizar dispositivos electrónicos de manera autónoma
2. Requiere asistencia ocasional para el manejo de dispositivos conocidos
3.Requiere asistencia frecuente para su empleo
4. Ha dejado de usar cualquier dispositivo electrónico del hogar

Manejar tarjetas de crédito/débito
a) No tiene o no maneja tarjetas bancarias
b) Tiene y maneja alguna tarjeta bancaria:
1. Utiliza tarjetas de crédito y/o débito cuando es necesario y de manera autónoma
2. Utiliza la tarjeta de débito y dinero con dudas o con alguna supervisión
3. Utiliza alguna tarjeta solo con compañía o supervisión

4. Ha dejado de usar las tarjetas por desconfianza en su uso adecuado

Participación en reuniones o eventos sociales
a) No participa de reuniones o eventos sociales porque nunca lo ha hecho
b) Participa de reuniones y eventos sociales:
1. Participa de eventos sociales y reuniones con diferentes grupos de personas
2. Frecuenta solos familiares y amigos cercanos
3. Solo participa de reuniones familiares cuando lo/la acompañan o recibe visitas pero no las hace por propia iniciativa
4. No participa de reuniones o eventos sociales

Manejo de Información
1. Se mantiene informado acerca de diferentes temas (política, deporte, realidad, familia, cultura, otros temas) a través de diferentes medios
2. Se informa de determinados temas utilizando siempre los mismos medios de comunicación o Información
3. No se informa de manera independiente, requiere que le cuenten lo que está sucediendo
4. No se informa de ningún tema

Actividades de ocio o recreación
a) No realiza actividades de ocio o recreación porque nunca lo ha hecho
b) Realiza actividades de ocio o recreación
1. Realiza actividades recreativas con frecuencia (viajes, cine, conciertos, talleres recreativos, juegos, etc.)
2. Realiza actividades recreativas ocasionalmente
3. Las actividades recreativas que realiza son poco frecuentes
4. No realiza ninguna actividad recreativa

Lectura
1. Puede leer libros, revistas o medios electrónicos sin ningún problema
2. Puede mantener alguna lectura breve o se dispersa mucho
3. No es capaz de leer libros o revistas, sólo lee el diario
4. No es capaz de leer

Usos de riesgo en el hogar
1. Utiliza el gas, la electricidad, el agua, elementos cortantes, sube escaleras sin dificultad
2. Utiliza solo interruptores de luz y canillas. Sube escaleras y utiliza elementos cortantes con supervisión
3. Utiliza interruptores de luz y canillas aunque a veces olvida cerrarlas o apagarlas
4. Ya no realiza acciones que puedan significar un riesgo para su seguridad

Capacidad de Expresión
1. Puede expresar sus deseos, solicitudes y pensamientos utilizando las palabras correctas en el momento en el que lo necesita
2. Puede expresar sus deseos, solicitudes y pensamientos en el momento en el que lo necesita con algunas dificultades para encontrar las palabras correctas
3. Expresa deseos, solicitudes y pensamientos de manera acotada
4. Tiene severas dificultades para utilizar palabras precisas y expresar pensamientos, deseos o solicitudes extensas