



FUNDACIÓN H. A.
BARCELÓ
FACULTAD DE MEDICINA



TRABAJO DE INVESTIGACIÓN FINAL CARRERA: LIC. KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA

DIRECTOR DE LA CARRERA:

Lic. Diego Castagnaro

NOMBRE Y APELLIDO DEL AUTOR / LOS AUTORES:

Aylén Acosta

TÍTULO DEL TRABAJO:

Efectos de un programa de chacarera sobre el deterioro cognitivo leve en adultos mayores institucionalizados

SEDE:

Buenos Aires

DIRECTOR/A DE TIF:

Silvina Wechsler

FECHA DE PRESENTACIÓN

26/02/2026

FECHA DE DEFENSA DE TRABAJO FINAL:

20/03/2026

Sede Buenos Aires
Av. Las Heras 1907
Tel./Fax: (011) 4800 0200
☎ (011) 1565193479

Sede La Rioja
Benjamín Matienzo 3177
Tel./Fax: (0380) 4422090 / 4438698
☎ (0380) 154811437

Sede Santo Tomé
Centeno 710
Tel./Fax: (03756) 421622
☎ (03756) 15401364



FUNDACIÓN H. A. BARCELÓ

FACULTAD DE MEDICINA

Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría

Efectos de un programa de chacarera sobre el deterioro cognitivo leve en adultos mayores institucionalizados

Autor/a:

Acosta Aylén

Asesores:

Lic. Silvina Wechsler

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

26 de febrero de 2026

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	3
1. INTRODUCCIÓN	4
Hipótesis	5
Pregunta de investigación	5
Objetivos generales y específicos	5
Justificación del problema de investigación	6
Marco teórico	8
2. MATERIALES Y MÉTODOS	15
Diseño	15
Área de estudio, población y muestra	15
Criterios de inclusión y exclusión	16
Métodos técnicos e instrumentos	17
Protocolo de intervención	22
Análisis de datos	23
3. RESULTADOS	23
4. DISCUSIÓN	25
5. CONCLUSIONES	27
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
7. ANEXOS	35

RESUMEN

El envejecimiento poblacional y la alta prevalencia de deterioro cognitivo leve (DCL) en adultos mayores institucionalizados plantean la necesidad de intervenciones no farmacológicas accesibles y eficaces. El objetivo principal de este estudio fue evaluar el efecto de un programa estructurado de chacarera sobre el rendimiento cognitivo y funcional de adultos mayores con DCL residentes en una institución geriátrica. Se realizó un estudio cuasiexperimental con seguimiento longitudinal en 30 adultos mayores (60-80 años) de la Residencia Hogar San Martín, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. La intervención consistió en dos sesiones semanales de 60 minutos durante tres meses, con progresión coreográfica escalonada. Se evaluaron cognición global (MoCA), memoria de trabajo visuoespacial (Corsi Block-Tapping), velocidad de procesamiento y atención (TMT-A, SDMT), funciones ejecutivas (TMT-B) y equilibrio/movilidad funcional (TUG, Apoyo Monopodal) en dos momentos: pretest y postest. Los resultados mostraron mejoras en todas las variables evaluadas: la cognición global aumentó de 21,23 a 22,57 puntos (MoCA), la memoria de trabajo visuoespacial de 4,20 a 4,97 elementos (Corsi), la velocidad de procesamiento mejoró de 58,90 a 55,43 segundos (TMT-A) y de 27,67 a 30,87 aciertos (SDMT), las funciones ejecutivas de 156,30 a 140,10 segundos (TMT-B), y la movilidad funcional de 14,78 a 12,61 segundos (TUG) y el equilibrio estático de 8,74 a 11,69 segundos (Apoyo Monopodal). Se concluye que la implementación de un programa de chacarera se asoció con mejoras en la cognición y la función física de adultos mayores institucionalizados con DCL, posicionando a esta danza folklórica argentina como una estrategia terapéutica no farmacológica viable, accesible y culturalmente pertinente.

Palabras clave: chacarera, deterioro cognitivo leve, adultos mayores, danzaterapia, cognición, kinesiología geriátrica.

Abstract

Population aging and the high prevalence of mild cognitive impairment (MCI) among institutionalized older adults underscore the need for accessible and effective non-pharmacological interventions. The primary objective of this study was to evaluate the effect of a structured chacarera program on the cognitive and functional performance of older adults with MCI residing in a geriatric institution. A quasi-experimental study

with longitudinal follow-up was conducted in 30 older adults (60-80 years) at Residencia Hogar San Martín, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. The intervention consisted of two weekly 60-minute sessions over three months, with progressive choreographic complexity. Global cognition (MoCA), visuospatial working memory (Corsi Block-Tapping), processing speed and attention (TMT-A, SDMT), executive functions (TMT-B), and balance/functional mobility (TUG, Monopodal Support) were assessed at two time points: pretest and posttest. Results showed improvements across all evaluated variables: global cognition increased from 21.23 to 22.57 points (MoCA), visuospatial working memory from 4.20 to 4.97 elements (Corsi), processing speed improved from 58.90 to 55.43 seconds (TMT-A) and from 27.67 to 30.87 correct responses (SDMT), executive functions from 156.30 to 140.10 seconds (TMT-B), functional mobility from 14.78 to 12.61 seconds (TUG), and static balance from 8.74 to 11.69 seconds (Monopodal Support). It is concluded that a chacarera program was associated with improvements in cognition and physical function in institutionalized older adults with MCI, positioning this Argentine folk dance as a viable, accessible, and culturally relevant non-pharmacological therapeutic strategy.

Keywords: chacarera, mild cognitive impairment, older adults, dance therapy, cognition, geriatric kinesiology.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional es un fenómeno demográfico global caracterizado por el aumento de la proporción de personas mayores en la sociedad, producto de la disminución relativa de la natalidad y de las mejoras en la salud y condiciones de vida (Prince et al., 2015). En Argentina, la proporción de adultos mayores ha mostrado un crecimiento sostenido: mientras que en 1914 apenas representaban poco más del 2% de la población, en 1970 alcanzaron el 7% y en 2022 se situaron cerca del 12%. La ciudad de Buenos Aires es actualmente la jurisdicción más envejecida del país, con un 22% de la población de 60 años y más.

Entre los problemas de salud más frecuentes en la vejez se encuentra el deterioro cognitivo, que engloba desde trastornos leves hasta los trastornos neurocognitivos mayores, incluyendo la demencia. El deterioro cognitivo leve (DCL) afecta entre el 10 y el 20% de las personas mayores de 65 años; esta proporción es mayor en los centros de atención institucional que en la población general (Salari et al., 2025; Chen et al., 2023).

Debido a que existe una escasez de estudios que implementen programas específicos de chacarera, el presente trabajo tuvo como objetivo principal evaluar el efecto de un programa de chacarera sobre el deterioro cognitivo en adultos mayores institucionalizados. Estudios previos han demostrado que la danza mejora significativamente la cognición global, la memoria, la función visuoespacial, el lenguaje, la función física y la calidad de vida en adultos mayores con deterioro cognitivo leve (Rosado et al., 2025).

El deterioro cognitivo en adultos mayores institucionalizados representa un problema de salud frecuente y creciente, con importantes implicancias para la autonomía, la funcionalidad y la calidad de vida de las personas afectadas (Cadore & Izquierdo, 2024).

La práctica regular de actividad física, y en particular de programas de baile estructurados, ha mostrado beneficios en la cognición y la coordinación (García-Sánchez et al., 2021), pero no se cuenta con evidencia local suficiente sobre el impacto de la chacarera en este grupo específico.

Hipótesis

La implementación de un programa de danzaterapia basado en la chacarera, con una frecuencia de dos sesiones semanales durante un periodo de tres meses, podría representar una mejora en el rendimiento cognitivo y funcional de los adultos mayores institucionalizados con deterioro cognitivo leve.

Pregunta de investigación

¿En qué medida la implementación de un programa de chacarera influye en la mejora del deterioro cognitivo en adultos mayores institucionalizados?

El objetivo general de esta investigación fue evaluar el efecto de un programa estructurado de chacarera sobre el rendimiento cognitivo de adultos mayores institucionalizados con deterioro cognitivo leve, teniendo presentes los siguientes objetivos específicos:

1. Evaluar el efecto del programa sobre la cognición global mediante el puntaje total de la Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA).
2. Analizar las variaciones en la memoria de trabajo visuoespacial mediante el test de Corsi Block-Tapping (CBT).
3. Determinar las variaciones en la velocidad de procesamiento y la atención mediante el Trail Making Test parte A (TMT-A) y el Symbol Digit Modalities Test (SDMT).
4. Evaluar las variaciones en las funciones ejecutivas (flexibilidad cognitiva y planificación) mediante el Trail Making Test parte B (TMT-B).
5. Evaluar las variaciones en el equilibrio y la movilidad funcional mediante el Timed Up and Go (TUG) y el test de Apoyo Monopodal (AM).

Justificación del problema de investigación

La relevancia de este estudio se fundamenta en la necesidad de encontrar estrategias no farmacológicas que ayuden a abordar el deterioro cognitivo leve, una condición con alta prevalencia en adultos mayores institucionalizados. La danza, como actividad integral, tiene el potencial de estimular la neuroplasticidad a través de diversos mecanismos: requiere el aprendizaje y la memoria para incorporar nuevos patrones de movimiento, demanda atención sostenida para seguir instrucciones y pone en juego las funciones ejecutivas al ejecutar coreografías complejas. Asimismo, al ser una actividad grupal, fomenta la interacción social y el compromiso emocional, factores clave para el bienestar en la vejez (Rehfeld et al., 2018).

Desde una perspectiva kinésica y terapéutica, los hallazgos de este trabajo podrían ofrecer una base preliminar para la implementación de programas recreativos en residencias geriátricas. Al ser una intervención que combina el movimiento físico con

el desafío cognitivo, la práctica de la chacarera podría contribuir a mantener la funcionalidad de los residentes y complementar los abordajes convencionales (Rosado et al., 2025).

Por otro lado, la elección de una danza folclórica argentina como la chacarera responde a la búsqueda de actividades que sean culturalmente significativas para los participantes. Aunque existen diversos estudios sobre el baile en adultos mayores, la evidencia específica sobre nuestras danzas locales es aún limitada (Tao et al., 2023). Por ello, este estudio busca explorar la viabilidad de un programa estandarizado que sea sencillo de replicar y adaptar a las posibilidades de diferentes contextos geriátricos locales.

Finalmente, este trabajo pretende aportar información descriptiva sobre la relación entre una actividad física de arraigo cultural y el estado cognitivo y funcional de los mayores (García-Sánchez et al., 2021). Al integrar métodos de evaluación estandarizados en una muestra de nuestra comunidad, se busca generar un antecedente que permita comprender mejor las herramientas terapéuticas disponibles para mejorar la calidad de vida en el ámbito de la gerontología institucional.

Marco teórico

Según detalla la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud, "en el plano biológico, el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares. Con el tiempo, estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general la capacidad del individuo" (OMS, 2015, p. 44). Este proceso constituye un fenómeno universal que, a su vez, se convierte en el factor de riesgo predominante para la mayoría de las enfermedades crónicas. No obstante, se trata de una relación bidireccional, dado que tanto las enfermedades crónicas como los síndromes geriátricos, tales como la fragilidad, la sarcopenia y el deterioro cognitivo, pueden acelerar el envejecimiento biológico (Izquierdo et al., 2021).

En la población anciana, diversos factores predisponen al proceso de institucionalización, entre ellos: la edad avanzada, no contar con hogar o pareja, el

bajo nivel educativo, el estilo de vida sedentario, el mal estado de salud autopercebido, el elevado número de medicamentos prescritos, los deterioros funcionales y cognitivos, así como la falta de apoyo y asistencia durante las actividades de la vida diaria Cadore & Izquierdo, 2024). La evidencia ha demostrado que existe una correlación entre la institucionalización y la disminución de las capacidades funcionales y cognitivas en adultos mayores, lo cual se traduce en una mayor predisposición a la fragilidad y la discapacidad. Asimismo, la institucionalización se ha asociado con aislamiento social, cambios psicológicos y cognitivos, y reducción de los niveles de actividad física. Además, los adultos mayores institucionalizados con baja capacidad funcional generan un mayor gasto en salud pública en comparación con aquellos no institucionalizados (Cadore & Izquierdo, 2024). A partir de esta situación, surge la necesidad fundamental de formular y desarrollar estrategias que permitan proporcionar a este grupo poblacional una buena calidad de vida y un envejecimiento saludable.

Entre los síndromes geriátricos mencionados previamente se encuentra el deterioro cognitivo, el cual se caracteriza por un deterioro de la función cognitiva mayor de lo que se espera por el envejecimiento normal (World Health Organization, 2021).

El presente trabajo centra su atención en el deterioro cognitivo leve (DCL), definido como una etapa temprana de pérdida de alguna de las funciones cognitivas, como el lenguaje o la percepción visual/espacial, en personas que conservan la independencia para realizar actividades cotidianas. Diversos factores de riesgo, entre ellos la edad, el sexo, los hábitos alimentarios, el nivel educativo, la situación económica y los antecedentes de ictus, afectan la incidencia del DCL en la población geriátrica (Salari et al., 2025). Según lo establecido en la literatura, se han determinado criterios clínicos para su detección: (a) evidencia de deterioro cognitivo en uno o más dominios cognitivos, obtenida mediante informes del paciente, un informante cercano, un clínico o pruebas objetivas; (b) preservación de la independencia funcional; (c) ausencia de deterioro cognitivo exclusivamente durante episodios de delirio; (d) imposibilidad de explicar los déficits cognitivos por otra afección, como la depresión; y (e) ausencia de demencia (Anderson, 2019).

Las funciones cognitivas son el conjunto de procesos mentales que permiten al ser humano percibir, procesar, almacenar y utilizar la información proveniente tanto del entorno como de la propia experiencia, constituyendo la base del pensamiento, el aprendizaje y la conducta adaptativa. Existe relativo consenso en que los principales dominios cognitivos incluyen la atención, la memoria —en sus distintas modalidades—, el lenguaje, la percepción, las funciones ejecutivas, la velocidad de procesamiento y las habilidades visuoespaciales (Harvey, 2019). Estos dominios no operan de forma aislada, sino que interactúan de manera dinámica; su deterioro progresivo constituye uno de los marcadores centrales del envejecimiento cognitivo patológico y la base sobre la cual se define y evolúa el deterioro cognitivo leve (Livingston et al., 2020).

La prevalencia global de deterioro cognitivo leve en la población geriátrica se estima en 23,7% (Salari et al., 2025). Esta prevalencia resulta considerablemente superior en poblaciones institucionalizadas, donde diversos estudios han reportado tasas que alcanzan el 55,38%, más del doble de lo observado en adultos mayores que residen en la comunidad (Chen et al., 2023). Esta marcada diferencia puede atribuirse a múltiples factores presentes en los contextos institucionales, incluyendo el mayor aislamiento social, la reducción de la estimulación cognitiva ambiental, la presencia de comorbilidades médicas más complejas y, frecuentemente, el menor nivel de actividad física de los residentes. Los entornos institucionales, si bien brindan los cuidados necesarios, a menudo presentan limitaciones en cuanto a la variedad de actividades cognitivamente estimulantes y oportunidades de interacción social significativa, factores que se han identificado como protectores frente al deterioro cognitivo (Chen et al., 2023).

Resulta esencial detectar y abordar el DCL, dado que ejerce una influencia directa sobre la calidad de vida del adulto mayor, incrementando los síntomas depresivos y favoreciendo estrategias de afrontamiento evitativas, tales como abstenerse de actividades de ocio o retirarse de actividades sociales que previamente disfrutaba, con el objetivo de evitar la vergüenza y la frustración derivadas de fallas de memoria (Sachs-Ericsson & Blazer, 2015). Por otro lado, el DCL también tiene un impacto motor significativo. Se ha evidenciado que genera alteraciones en el control de la marcha y el equilibrio, debido a que la corteza prefrontal desempeña un papel

importante tanto en la función cognitiva como en la vía locomotora ejecutiva (Zhao et al., 2023).

Si bien actualmente no existen tratamientos farmacológicos que puedan curar el deterioro cognitivo leve (Alzheimer's Association, 2020; Veronese et al., 2023), se dispone de terapias no farmacológicas cuyo objetivo es mantener o aumentar la función cognitiva, la calidad de vida general y la capacidad para realizar las tareas de la vida diaria. Estas intervenciones se caracterizan por su bajo costo, bajo riesgo y fácil implementación (Alzheimer's Association, 2020). La actividad física constituye un ejemplo destacado de tratamiento no farmacológico para prevenir y ralentizar los procesos patológicos y los problemas relacionados con la demencia (Veronese et al., 2023). Las adaptaciones inducidas por el ejercicio físico mejoran la función cognitiva mediante la promoción de la neurogénesis, la angiogénesis, la plasticidad sináptica, la disminución de procesos proinflamatorios y la reducción del daño celular causado por estrés oxidativo (Northey et al., 2018). Cabe destacar que el ejercicio aeróbico y el ejercicio motor operan por vías parcialmente distintas: mientras que el primero mejora la cognición principalmente a través de adaptaciones cardiorrespiratorias y efectos generales sobre la neuroplasticidad, el ejercicio motor, al estar orientado a tareas específicas, influye de forma más focalizada en los procesos cognitivos y en la neuroplasticidad regional (Northey et al., 2018). Es crucial resaltar, además, la importancia de la regularidad y la continuidad en el entrenamiento físico, ya que la integración de tareas cognitivas durante el ejercicio puede intensificar estos beneficios, subrayando la sinergia entre la actividad física y la estimulación cognitiva en esta población (Northey et al., 2018).

Diversos estudios han demostrado que la danza produce mejoras significativas en la cognición global, la memoria, la función visuoespacial, el lenguaje, la capacidad física y la calidad de vida en adultos mayores con deterioro cognitivo leve (Rosado et al., 2025). Asimismo, se ha recomendado como estrategia no farmacológica para disminuir la agitación, mejorar el estado de ánimo y promover la interacción social (Tao et al., 2021, 2022; Yamada & Kawano, 2021). La intervención basada en movimiento de danza estimula áreas cerebrales vinculadas con la memoria, la función ejecutiva y las habilidades motoras, favoreciendo procesos de neuroplasticidad (Tao et al., 2023). En conjunto, estas características posicionan a la danzaterapia como

una intervención integral que combina actividad física, estimulación cognitiva y componentes musicales y emocionales, lo que facilita la adherencia y el compromiso de las personas mayores (Guzmán-García et al., 2013).

Meta-análisis recientes que han examinado los efectos de intervenciones basadas en danza sobre la función cognitiva en adultos mayores con deterioro cognitivo leve han reportado tamaños del efecto significativos en múltiples dominios cognitivos. Específicamente, se han documentado mejoras en cognición global con un tamaño del efecto estandarizado de 0,48 a 0,73; en memoria de recuerdo inmediato (DME = 0,54); en memoria de recuerdo diferido (DME = 0,33-0,56); y en atención (DME = 0,33-0,38). Todos estos valores son considerados efectos de magnitud moderada según los estándares de investigación en intervenciones no farmacológicas (Wu et al., 2020; Zhu et al., 2022). Estos beneficios cognitivos se acompañan de mejoras igualmente significativas en aspectos emocionales y funcionales, incluyendo reducciones en sintomatología depresiva (DME = -0,67) y mejoras en calidad de vida (DME = 0,68), así como efectos particularmente robustos sobre el equilibrio y la movilidad funcional (DME = 1,25), este último representando el tamaño del efecto más grande observado en las intervenciones de danza (Tao et al., 2021).

La superioridad de la danza frente a otras formas de actividad física para la mejora cognitiva en adultos mayores puede explicarse por su naturaleza multidimensional e integradora. A diferencia de ejercicios físicos más convencionales, la danza combina simultáneamente múltiples elementos que estimulan diferentes sistemas cerebrales: el componente motor, que involucra la planificación y ejecución de secuencias de movimiento complejas; el componente cognitivo, que demanda atención sostenida, memoria de procedimientos y toma de decisiones rápidas; el componente musical, que activa redes auditivas y emocionales; y el componente social, que requiere coordinación interpersonal e interpretación de señales no verbales. Esta convergencia de estímulos diversos genera condiciones de enriquecimiento ambiental que favorecen la neuroplasticidad, entendida como la capacidad del cerebro para reorganizar sus conexiones neuronales en respuesta a la experiencia y el aprendizaje (Rehfeld et al., 2018).

Según lo planteado por diversos autores, bailar implica "la acción o manera de poner en práctica una secuencia de movimientos corporales que siguen patrones específicos determinados. La danza es intencionalmente rítmica y siempre involucra un cierto valor estético; por lo general es un arte que requiere dedicación, ensayos y prácticas. La danza es mucho más estricta y estructurada que el baile" (como se citó en Bustos Pinchulef, 2015, p. 12).

La chacarera es una danza folklórica argentina que constituye un componente relevante del patrimonio cultural e identitario del país, vigente tanto en sus expresiones coreográficas como musicales. Según el investigador Félix Coluccio, llegó a la Argentina procedente de Perú, país que a su vez la recibió de Europa, y aunque es originaria de la región central del país, su práctica se encuentra ampliamente difundida en todo el territorio nacional, siendo parte fundamental de la identidad cultural de la Provincia de Santiago del Estero (Ministerio de Cultura de la Nación Argentina, s.f.; Sardella, 2004).

Se trata de una danza de pareja suelta y de carácter picaresco, que puede ser ejecutada por una o dos parejas indistintamente. Sus bailarines suelen vestir indumentaria tradicional, como sombreros de ala ancha, ponchos, fajas y botas en el caso de los varones, y vestidos o faldas largas de colores entre las mujeres, aunque dicha vestimenta no constituye un requisito excluyente para su práctica (Ministerio de Cultura de la Nación Argentina, s.f.).

Desde el punto de vista estructural, toda la coreografía comienza con el pie izquierdo, partiéndose de un cuadrado con la pareja en los extremos de una de sus medianas. La danza presenta un período inicial de introducción musical durante el cual se conforman las parejas y los bailarines se disponen para el comienzo. Posteriormente, a partir de la señal tradicional "¡Adentro!", se desarrolla una secuencia organizada de ocho figuras que determinan trayectorias coreográficas específicas con sus correspondientes formas geométricas: (1) avance y retroceso (rombos); (2) giro (circunferencias); (3) vuelta entera (circunferencias); (4) zapateo y zarandeo (rombo); (5) vuelta entera (circunferencias); (6) zapateo y zarandeo (rombo); (7) media vuelta (semicircunferencia); y (8) giro y coronación (circunferencias). La danza culmina con el "aura", instancia final caracterizada por una media vuelta, un giro y la coronación,

momento en el que se produce el encuentro entre los integrantes de la pareja (Sardella, 2004). (Anexo 1)

Desde una perspectiva neurocognitiva, esta estructura coreográfica, caracterizada por múltiples figuras, transiciones y coordinación interpersonal, implica demandas relevantes sobre diversos dominios de la función cognitiva. La literatura sugiere que las intervenciones de danza y movimiento, al integrar estímulos motores, cognitivos y sociales, pueden impactar positivamente la función cognitiva en adultos mayores, incluyendo aquellos con deterioro cognitivo leve (Hewston et al., 2021; Tao et al., 2023). A fin de comprender con mayor precisión el alcance de estas demandas, resulta pertinente caracterizar los dominios cognitivos que la chacarera moviliza de manera simultánea, dado que estos constituyen tanto las variables de resultado del presente estudio como el sustento teórico para la selección de los instrumentos de evaluación.

La cognición global refiere al funcionamiento integrado del conjunto de procesos mentales superiores, incluyendo la memoria, la atención, el lenguaje, las funciones ejecutivas y las habilidades visuoespaciales. En el envejecimiento, su declive progresivo es uno de los marcadores más sensibles de transición hacia el deterioro cognitivo leve y la demencia (Livingston et al., 2020). La práctica de actividades que demandan múltiples procesos cognitivos de forma simultánea ha mostrado efectos protectores sobre la cognición global en adultos mayores (Tao et al., 2023).

La memoria de trabajo es el sistema cognitivo responsable del almacenamiento temporal y la manipulación activa de información mientras se ejecuta una tarea (Chai et al., 2018). Su componente visuoespacial gestiona la retención y el procesamiento de información espacial y de movimiento, siendo especialmente vulnerable al envejecimiento por su dependencia de la integridad de la corteza prefrontal (Truong et al., 2021). En el contexto de la chacarera, la memorización de las secuencias y del orden de ejecución de las figuras constituye una demanda directa sobre este sistema, comprometiendo además procesos de memoria episódica y procedimental.

La atención es una función cognitiva multidimensional que regula la selección, el mantenimiento y la distribución de los recursos mentales hacia estímulos relevantes

(Zimmermann et al., 2021). Comprende, entre otras modalidades, la atención sostenida —capacidad de mantener el foco durante períodos prolongados— y la atención dividida —capacidad de procesar simultáneamente más de una fuente de información—. Ambas modalidades se encuentran frecuentemente afectadas en el deterioro cognitivo leve y son requeridas de forma continua durante la ejecución de la chacarera, donde el bailarín debe atender simultáneamente al ritmo musical, la orientación espacial y los movimientos de la pareja. Estudios indican que las intervenciones de danza pueden mejorar estos aspectos en adultos mayores con DCL (Zhu et al., 2022).

Las funciones ejecutivas constituyen un conjunto de procesos cognitivos de orden superior que permiten planificar, iniciar, monitorear y adaptar el comportamiento en función de metas (Diamond, 2016). Entre sus componentes más relevantes para el presente estudio se encuentran la flexibilidad cognitiva —capacidad de alternar entre reglas o esquemas mentales distintos—, la planificación —habilidad para organizar secuencias de acciones orientadas a un objetivo— y el control inhibitorio —capacidad de suprimir respuestas automáticas inapropiadas—. Estas funciones declinan de forma temprana en el envejecimiento normal y se ven particularmente comprometidas en el DCL (Wang et al., 2023). La chacarera exige estos tres componentes al requerir la sincronización motora con estímulos externos, la alternancia entre figuras coreográficas y la anticipación continua de los movimientos de la pareja.

La velocidad de procesamiento refiere a la rapidez con que el sistema cognitivo puede ejecutar operaciones mentales básicas, como identificar estímulos, tomar decisiones o emitir respuestas. Es considerada uno de los indicadores más sensibles del envejecimiento cognitivo, dado que su declive impacta de forma transversal sobre el rendimiento en prácticamente todos los demás dominios cognitivos (Murman, 2015). En la danza, responder con precisión y en tiempo real a los cambios en la música y en los movimientos de la pareja constituye una demanda directa sobre este proceso.

Asimismo, la interacción en pareja incorpora componentes de cognición social y procesamiento emocional, aspectos que también han sido asociados positivamente con programas de danza en contextos de envejecimiento saludable (Hewston et al., 2024).

En conjunto, estas características permiten conceptualizar a la chacarera como una intervención potencialmente multidimensional que integra de manera simultánea estímulos motores, cognitivos, sociales y culturales, con capacidad de impactar positivamente en dominios frecuentemente comprometidos en el deterioro cognitivo leve. Adicionalmente, su pertenencia al acervo cultural argentino podría favorecer la adherencia y el involucramiento emocional de las personas mayores, aspectos que se han observado como facilitadores del éxito en intervenciones de danza dirigidas a esta población. No obstante, la evidencia empírica específica sobre la implementación de danzas folklóricas argentinas en esta población continúa siendo limitada, lo que evidencia un vacío en la literatura que el presente estudio buscó abordar.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño

La investigación se desarrolló bajo un diseño cuasiexperimental, con enfoque prospectivo y seguimiento longitudinal de la muestra a lo largo del período de estudio.

Área de estudio

Se realizó el estudio en la Residencia Hogar San Martín, ubicada en el barrio Paternal, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Población

La población objetivo estuvo conformada por adultos mayores residentes en la Residencia Hogar San Martín, institución geriátrica ubicada en el barrio Paternal, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Muestra

La muestra se compone de 30 residentes de la Residencia Hogar San Martín en un rango etario entre 60 y 80 años, que asistieron regularmente a las sesiones de chacarera —dos veces por semana durante los meses de noviembre, diciembre de 2025 y enero de 2026— y que cumplieron los criterios de inclusión establecidos.

Criterios de inclusión

Los participantes debieron cumplir con los siguientes criterios para ser incluidos en el estudio:

- Edad comprendida entre 60 y 80 años.
- Participación voluntaria en el programa de chacarera, con firma del consentimiento informado.
- Asistencia regular a las sesiones del programa..
- Diagnóstico de deterioro cognitivo leve, confirmado mediante un puntaje en la Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) de entre 18 y 25 puntos.
- Independencia funcional para las actividades básicas de la vida diaria, evaluada mediante el Índice de Barthel, con un puntaje igual o superior a 60 puntos.
- Capacidad auditiva y verbal suficiente para comprender y seguir instrucciones durante las sesiones.
- Capacidad para deambular de forma independiente.

Criterios de exclusión

Fueron excluidos del estudio aquellos participantes que presentaron alguna de las siguientes condiciones:

- Presencia de patologías cardiovasculares no controladas (cardiopatía isquémica reciente, insuficiencia cardíaca descompensada, hipertensión arterial $\geq 140/90$ mmHg, arritmias severas, valvulopatías moderadas a severas), patologías respiratorias crónicas (asma, EPOC, fibrosis pulmonar, antecedentes de tromboembolismo pulmonar), vasculopatía periférica o claudicación intermitente.
- Patología osteoarticular que dificulte significativamente la práctica de actividad física.
- Antecedente de patología neurológica aguda en los últimos 6 meses, como accidente cerebrovascular, traumatismo craneoencefálico, enfermedad de Parkinson.
- Trastorno psiquiátrico no controlado que impida la ejecución de consignas (trastorno del espectro autista, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, esquizofrenia) o que interfiera con la participación en actividades grupales.

- Diagnóstico de demencia, definido por un puntaje en la MoCA inferior a 18 puntos.
- Deterioro funcional severo, definido como dependencia grave o total para las actividades básicas de la vida diaria, con un puntaje en el Índice de Barthel inferior a 60 puntos.
- Riesgo elevado de caídas, definido por un tiempo de ejecución superior a 20 segundos en el Timed Up and Go (TUG).
- Deficiencias sensoriales graves no corregidas (pérdida auditiva o visual severa) que impidan la comprensión de las instrucciones musicales y coreográficas.
- Participación simultánea en otro programa estructurado de estimulación cognitiva o de actividad física durante el período del estudio.
- Imposibilidad de garantizar los requisitos de asistencia establecidos: ausentismo superior al 25% del total de sesiones programadas o ausencia a más de 3 sesiones consecutivas.

Métodos técnicos e instrumentos

Evaluación cognitiva

Con el propósito de examinar los efectos del programa de chacarera sobre la cognición, se administró una serie de instrumentos de evaluación estandarizados en dos momentos: antes del inicio de la intervención y al finalizar el programa. Este diseño permitió valorar los cambios intraindividuales en dominios de cognición global, memoria de trabajo visuoespacial, funciones ejecutivas, atención y velocidad de procesamiento.

Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

La MoCA es una herramienta de cribado breve, de 10 a 15 minutos de duración, que evalúa mediante 11 subpruebas los dominios de atención, funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, habilidades visuoespaciales y orientación (Guo et al., 2021). Dada su alta sensibilidad, se ha consolidado como uno de los instrumentos más utilizados para diferenciar el deterioro cognitivo leve (DCL) de la cognición saludable. El punto de corte validado originalmente es de 26 puntos, con sensibilidades del 90%

para DCL y del 100% para demencia, y una especificidad del 87% (Guo et al., 2021). (Anexo 2)

Aunque el punto de corte validado originalmente a nivel internacional es de 26 puntos (Guo et al., 2021), en el presente estudio se adoptó el criterio establecido por el estudio de referencia para población argentina, fijando el umbral en 25 puntos. Para personas con más de seis años de escolaridad, este valor alcanza una sensibilidad del 84,8% para deterioro cognitivo leve y del 100% para demencia, con una especificidad del 69,7% (Serrano et al. 2020).

Asimismo, para los participantes con menos de seis años de escolaridad se aplicó un criterio diferencial acorde a la evidencia disponible. Considerando que un punto de corte de 25 podría sobreestimar el deterioro en sujetos con baja reserva cognitiva, se utilizó en estos casos un umbral de 18 puntos, con el fin de equilibrar sensibilidad y especificidad y reducir el sesgo asociado al nivel educativo (Serrano et al.,2020). En el marco de este estudio, la MoCA cumplió una doble función: fue administrada en la evaluación pretest como criterio de inclusión y nuevamente en la evaluación posttest con el objetivo de detectar variaciones en la cognición global.

Corsi Block-Tapping Test (CBT)

La memoria de trabajo visuoespacial, entendida como la capacidad de almacenar y manipular temporalmente información de naturaleza espacial, fue evaluada mediante el Corsi Block-Tapping Test tanto en el pretest como en el posttest. Esta prueba, ampliamente utilizada en neuropsicología, consiste en nueve bloques idénticos distribuidos sobre un tablero de 23 x 28 cm. El evaluador golpea los bloques en secuencias aleatorias de longitud creciente —de 2 a 9 elementos—, con dos ensayos por cada nivel, y los participantes deben reproducir la secuencia en el mismo orden. La prueba se detiene cuando el participante falla ambos ensayos de una misma secuencia o alcanza la secuencia máxima. Su simplicidad de aplicación y su solidez psicométrica la convierten en un instrumento potente para medir tanto la memoria de trabajo como la atención espacial (Truong et al., 2021) (Anexo 3)

Trail Making Test (TMT) — Partes A y B

Las funciones ejecutivas —necesarias para planificar movimientos, dividir la atención y adaptarse a cambios en el entorno— constituyen la función cognitiva más asociada con el riesgo de caídas en personas mayores, según una revisión sistemática reciente (Wang et al., 2023). Para su evaluación se utilizó el Trail Making Test en sus dos formas, administrado igualmente en ambos momentos de medición. En la Parte A, los participantes conectan mediante líneas 25 números distribuidos pseudoaleatoriamente en una hoja; en la Parte B, deben alternar entre números y letras en orden ascendente (1, A, 2, B, etc.). La puntuación de cada parte corresponde al tiempo en segundos requerido para completar la tarea, con un máximo de 180 segundos para la Parte A y 360 segundos para la Parte B; los errores se corrigen sin detener el cronómetro. Mientras que el TMT-A se interpreta como medida de búsqueda visual y velocidad de procesamiento, el TMT-B evalúa adicionalmente la flexibilidad mental y las funciones ejecutivas en sentido amplio. Las puntuaciones derivadas —TMT B–A y TMT B/A— permiten aislar el componente ejecutivo al controlar el efecto de la velocidad basal (Grazzi et al., 2020). (Anexo 4)

Symbol Digit Modalities Test (SDMT)

La atención dividida, el rastreo visual complejo, la velocidad perceptivomotora y la memoria fueron evaluadas mediante el SDMT, aplicado también en la fase pretest y en la fase posttest. En esta prueba, se presenta al participante una clave que empareja nueve símbolos abstractos con sus correspondientes dígitos del 1 al 9. A continuación, se le solicita que complete una serie de símbolos —cada uno con un espacio en blanco— con el número correspondiente, en un tiempo máximo de 90 segundos tras una práctica previa de 10 ítems. La puntuación consiste en el número de sustituciones correctas, con un máximo posible de 110 puntos. Se considera una respuesta correcta si el símbolo y dígito escrito es el mismo que el presentado en la hoja de respuestas y si está escrito en el orden correcto; se considera una respuesta incorrecta si el símbolo o dígito escrito es diferente al presentado en la hoja de respuesta. No se permite el uso de ayudas para escribir. Si el sujeto se queda sin tiempo, se contarán las respuestas correctas hasta ese momento. Una puntuación inferior a 33 se considera un indicador claro de la presencia de algún trastorno cognitivo (Costa et al., 2016). (Anexo 5)

Evaluación funcional

La evaluación funcional tuvo como objetivo determinar el nivel de independencia de los participantes en actividades de la vida diaria, constituyendo una instancia previa a la intervención con función exclusivamente clasificatoria. A diferencia de los instrumentos cognitivos y motores, esta evaluación no fue repetida al finalizar el programa, dado que la funcionalidad en actividades cotidianas no conformó una variable de resultado del presente estudio.

Escala de Barthel

El Índice de Barthel es una escala ampliamente utilizada para medir el grado de dependencia funcional en actividades básicas de la vida diaria. Evalúa 10 actividades —alimentación, baño, vestido, aseo personal, deposición, micción, uso del inodoro, traslado cama/sillón, deambulación y subir/bajar escaleras— con un puntaje total que oscila entre 0 y 100 puntos. En el marco de este estudio, el instrumento fue administrado en una única ocasión, durante la evaluación pretest, con el fin de verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión funcionales. Se estableció como punto de corte un puntaje igual o superior a 60 puntos, indicativo de independencia funcional o dependencia leve (Trigás-Ferrín et al., 2011). (Anexo 6)

Evaluación del equilibrio y movilidad funcional

Los instrumentos destinados a evaluar el equilibrio y la movilidad funcional fueron administrados en dos momentos: antes del inicio de la intervención (evaluación pretest) y al finalizar el programa (evaluación postest), con el propósito de detectar variaciones atribuibles a la práctica de chacarera.

Timed Up and Go (TUG)

El Timed Up and Go es una prueba ampliamente utilizada para evaluar el equilibrio dinámico y la movilidad funcional en adultos mayores, con una confiabilidad reportada de 0,97 (Valdés et al., 2015). Consiste en medir el tiempo que una persona tarda en levantarse de una silla sin ayuda de los brazos, caminar tres metros a su ritmo

habitual, girar, regresar y volver a sentarse. El instrumento ofrece una doble lectura: desde el punto de vista motor, evalúa la calidad del movimiento —fuerza, equilibrio dinámico, coordinación y agilidad— y el tiempo de respuesta de la marcha; desde el punto de vista cognitivo, valora la capacidad de atención, la planificación motora y la correcta ejecución de las consignas (Valdés et al., 2015). (Anexo 7)

Para su administración se delimitaron tres metros con cinta métrica, señalizando el punto de giro con cinta de papel, y se empleó una silla sin apoyabrazos y un cronómetro. Las instrucciones fueron explicadas de manera clara y sencilla: los participantes debían iniciar con la espalda apoyada en el respaldo, impulsarse sin ayuda de las manos, caminar los tres metros, girar y regresar a la silla, todo ello a su ritmo habitual y con el calzado de uso cotidiano. El cronómetro se activó en el momento en que el participante despegó la espalda de la silla y se detuvo al retornar a la posición inicial. Se realizaron tres intentos —uno de práctica y dos cronometrados—, registrándose el mejor tiempo obtenido. Un tiempo de ejecución superior a 20 segundos fue considerado indicativo de riesgo elevado de caídas y, por tanto, criterio de exclusión (Valdés et al., 2015). (Anexo 7)

Apoyo Monopodal

El apoyo monopodal es una prueba destinada a valorar el equilibrio estático, en la que el participante debe mantenerse en bipedestación sobre una sola pierna el mayor tiempo posible con los ojos abiertos. Desde el punto de vista motor, evalúa la estabilidad, la fuerza, la simetría y el tiempo de respuesta en bipedestación; desde el punto de vista cognitivo, valora la atención, la planificación motora y la ejecución correcta de las consignas. Cuenta con una confiabilidad de 0,95 (Valdés et al., 2015).

Para su administración se solicitó a los participantes que cruzaran los brazos sobre el tórax apoyando las manos en los hombros, o bien que los mantuvieran a los lados del cuerpo según su comodidad. A continuación, debían realizar una triple flexión de una pierna hasta alcanzar un ángulo de 90°, sosteniéndose sobre el pie de apoyo el mayor tiempo posible, y repetir la acción con la pierna contraria. El cronómetro se inició una vez alcanzada la posición de triple flexión a 90° y se detuvo cuando el participante

utilizó los brazos para equilibrarse o cuando el pie elevado tomó contacto con el suelo. Se registraron tres intentos, considerándose el mejor tiempo obtenido. (Anexo 8)

Protocolo de intervención

El programa de chacarera tuvo una duración total de tres meses, con una frecuencia de dos sesiones semanales y una duración de 60 minutos por sesión. Cada sesión se estructuró en tres fases: una fase de calentamiento de 10 minutos en sedestación, una fase central de práctica de danza de 40 minutos y una fase de vuelta a la calma de 10 minutos. Durante la fase de calentamiento, todos los participantes dispusieron de una silla propia como apoyo de seguridad, dado el perfil de riesgo de la población. La vuelta a la calma incluyó, nuevamente en sedestación, ejercicios de respiración y movilidad articular suave orientados a la recuperación progresiva.

La progresión coreográfica fue diseñada de manera escalonada, aumentando gradualmente la complejidad motora, cognitiva y espacial de las tareas a lo largo del programa, en consonancia con los principios de sobrecarga progresiva aplicados a intervenciones de danza en adultos mayores (Tao et al., 2023). Esta progresión se organizó en cinco etapas secuenciales:

En la primera etapa, se introdujo el paso básico de la chacarera, denominado "paso criollo", ejecutado en el lugar, sin realizar desplazamientos por el espacio físico ni figuras coreográficas. De manera simultánea, se incorporaron los chasquidos de dedos acompañados característicos del género, el zarandeo y el zapateo, elementos que demandan coordinación bimanual y atención dividida entre el ritmo musical y la ejecución motora.

En la segunda etapa, se progresó hacia el desplazamiento en el espacio, incorporando las trayectorias coreográficas propias de la chacarera: rombos, giros y vueltas. Con el fin de facilitar la orientación espacial y reducir la carga cognitiva inicial, se utilizaron apoyos visuales externos —conos distribuidos en el piso— que señalizaban las formas geométricas de cada figura.

En la tercera etapa, se incorporó la dinámica de pareja, añadiendo la dificultad de ejecutar los desplazamientos en espejo con otro bailarín. Esta instancia implicó una demanda adicional sobre la atención dividida, la flexibilidad cognitiva y la coordinación interpersonal.

En la cuarta etapa, los participantes comenzaron a ejecutar la secuencia coreográfica completa siguiendo la música en tiempo real, integrando todos los elementos aprendidos previamente —paso básico, figuras, desplazamientos y pareja— en una estructura coreográfica continua y ordenada.

En la quinta y última etapa, se procedió a retirar progresivamente los apoyos visuales externos, de modo que los participantes debían ejecutar la coreografía completa de manera autónoma, guiándose exclusivamente por la memoria de las secuencias y el estímulo musical. El objetivo de esta etapa fue alcanzar la ejecución independiente de la coreografía, lo cual constituyó el criterio de logro final del programa.

Para implementar de manera segura y efectiva esta práctica en adultos mayores institucionalizados, es fundamental contar con la supervisión y guía de un profesional capacitado. Este rol debe ser desempeñado por un Licenciado en Kinesiología y Fisiatría que además tenga conocimientos en danza. La presencia de un profesional garantiza que la actividad se adapte a las necesidades individuales, minimizando riesgos y promoviendo beneficios en la salud física y emocional de los participantes.

Análisis de datos

La información obtenida a partir de los instrumentos aplicados se organizó y presentó mediante tablas para facilitar su interpretación. El procesamiento de los datos se llevó a cabo utilizando el software estadístico SPSS Statistics. (Anexo 9)

RESULTADOS

Los resultados obtenidos tras la intervención con el programa de chacarera muestran cambios positivos en el rendimiento de los participantes. La muestra final estuvo integrada por 30 adultos mayores residentes de la Residencia Hogar San Martín, con edades comprendidas entre los 60 y 80 años. Al inicio del estudio, todos presentaban

un deterioro cognitivo leve y mantenían niveles de independencia funcional adecuados para las actividades de la vida diaria.

En relación con la capacidad cognitiva general evaluada mediante el test MoCA, se observó una mejora en los puntajes luego de las sesiones de baile. Mientras que al inicio los participantes presentaban una media de 21,23 puntos (DE = 2,19), al finalizar el programa el promedio ascendió a 22,57 puntos (DE = 2,33), con una diferencia de +1,34 puntos. Este incremento sugiere que la actividad rítmica y la memorización de las coreografías podrían haber favorecido el estado cognitivo global del grupo. (Tabla 4 y Figura 1)

Al analizar las funciones específicas, se registraron avances significativos en la atención y la velocidad para procesar información. En el Trail Making Test Parte A, el tiempo promedio de ejecución se redujo de 58,90 a 55,43 segundos (DE pre = 11,26; DE post = 10,69), lo que indica que los residentes lograron mayor agilidad en tareas de búsqueda visual y seguimiento. Del mismo modo, en el test de símbolos y dígitos (SDMT), los participantes consiguieron realizar más sustituciones correctas en el tiempo establecido, pasando de una media de 27,67 a 30,87 aciertos (DE pre = 5,98; DE post = 6,46). (Tabla 4 y Figura 3)

Las funciones ejecutivas, que incluyen la capacidad de planificación y la flexibilidad mental necesarias para alternar entre diferentes estímulos, también mostraron variaciones favorables. En el Trail Making Test Parte B, se notó una disminución en el tiempo requerido para completar la tarea, con un promedio que bajó de 156,30 a 140,10 segundos (DE pre = 36,09; DE post = 35,03). Estos cambios se reflejaron también en la memoria de trabajo visuoespacial medida con el test de Corsi Block-Tapping, donde el span promedio aumentó de 4,20 a 4,97 elementos (DE pre = 0,96; DE post = 1,07), con el 73,3% de los participantes mostrando una mejora en esta variable. (Tabla 4, Figura 4 y Figura 2)

En el aspecto físico-funcional, los resultados sugieren que la práctica de la chacarera influyó positivamente en el equilibrio y la movilidad. En el test de apoyo monopodal, el tiempo de permanencia en un solo pie aumentó de 8,74 a 11,69 segundos (DE pre = 3,59; DE post = 4,12), lo que indica una mejor estabilidad estática. Asimismo, en la

prueba Timed Up and Go (TUG), el tiempo necesario para levantarse, caminar y volver a sentarse se redujo de 14,78 a 12,61 segundos en promedio (DE pre = 2,79; DE post = 2,73). Esta mayor agilidad motora es relevante dado que se asocia directamente con una mejor seguridad en los desplazamientos diarios de los adultos mayores. No obstante, la mejora observada en el Apoyo Monopodal debe interpretarse con cautela, ya que el equilibrio estático es la variable con mayor variabilidad natural entre mediciones, y no puede descartarse una influencia parcial del efecto aprendizaje de la prueba entre el pretest y el postest." (Tabla 5, Figura 6 y Figura 7)

Al observar el comportamiento individual dentro del grupo, la mayoría de los residentes (24 de los 30 participantes) mostraron mejoras en al menos tres de las variables evaluadas. Hubo un subgrupo de 6 personas que no presentaron cambios notables en sus puntajes; se observó que estos participantes coincidían con aquellos de mayor edad dentro del rango del estudio o con menores niveles de asistencia a las sesiones. No obstante, en términos generales, la experiencia fue bien recibida y no se registraron deserciones ni efectos adversos durante los tres meses de práctica.

Los datos detallados por variable, incluyendo estadísticos descriptivos, resultados de las pruebas de normalidad, análisis inferencial y tamaños del efecto, se presentan en las Tablas 1 a 3 del apartado de Anexos.

DISCUSIÓN

El propósito de este trabajo fue explorar el efecto de un programa de chacarera sobre el rendimiento cognitivo y funcional en un grupo de 30 adultos mayores institucionalizados con deterioro cognitivo leve. Tras los tres meses de intervención, los resultados obtenidos muestran cambios positivos en todas las variables evaluadas, lo que sugiere que esta actividad podría ser una herramienta de estimulación valiosa en el ámbito geriátrico.

En relación con la cognición global, el aumento observado en el puntaje promedio de la MoCA coincide con lo planteado por Rosado et al. (2025), quienes señalan que la danza puede favorecer el estado cognitivo en personas con deterioro leve. Se

observaron también mejoras en la velocidad de procesamiento y la atención, reflejadas en los resultados del TMT-A y el SDMT. Estos hallazgos son consistentes con la literatura que indica que la danza, al demandar atención sostenida y respuesta a estímulos rítmicos, estimula dominios que suelen verse afectados por el envejecimiento.

Por otro lado, la disminución en los tiempos del TMT-B sugiere un progreso en las funciones ejecutivas. Podría interpretarse que la necesidad de alternar entre diferentes figuras coreográficas y coordinar los movimientos con la pareja actúa como un desafío cognitivo constante que favorece la flexibilidad mental. En el aspecto motor, las mejoras registradas en el equilibrio y la movilidad funcional a través del TUG y el apoyo monopodal fueron notables. Estos cambios son de gran relevancia para la kinesiología, ya que el mantenimiento de la estabilidad física es un factor clave para la autonomía y la prevención de caídas en adultos mayores institucionalizados.

Es fundamental interpretar estos hallazgos con prudencia debido a las limitaciones metodológicas del estudio. Al tratarse de un diseño cuasiexperimental sin un grupo control, no es posible afirmar con total certeza que las mejoras se deban exclusivamente al programa de chacarera, ya que otros factores como la socialización o el simple efecto de participar en una actividad nueva podrían haber influido en los participantes. Asimismo, el tamaño de la muestra es reducido y pertenece a una única institución, por lo que los resultados no pueden generalizarse a toda la población de adultos mayores.

A pesar de estas limitaciones, el trabajo permite considerar a la chacarera como una estrategia no farmacológica accesible y culturalmente pertinente. A diferencia de otros ejercicios convencionales, esta danza integra componentes físicos, cognitivos y sociales en una sola actividad que parece favorecer la adherencia de los residentes.

CONCLUSIONES

Los resultados de este trabajo permiten concluir que la implementación de un programa de chacarera de tres meses de duración, con una frecuencia de dos sesiones semanales, se asoció con mejoras estadísticamente significativas y clínicamente relevantes en todas las variables cognitivas y funcionales evaluadas en adultos mayores institucionalizados con deterioro cognitivo leve.

Se observaron mejoras en la cognición global (MoCA), la velocidad de procesamiento y atención (TMT-A y SDMT), las funciones ejecutivas (TMT-B), la movilidad funcional (TUG) y el equilibrio estático (Apoyo Monopodal), con tamaños del efecto pequeños a medianos, consistentes con lo reportado en la literatura sobre intervenciones de danza en esta población, y una alta proporción de participantes que respondieron positivamente a la intervención.

Estos hallazgos sugieren que la chacarera, como danza folklórica argentina, constituye una estrategia no farmacológica viable, accesible y culturalmente pertinente para abordar el deterioro cognitivo en poblaciones institucionalizadas. Su carácter multidimensional —que integra componentes motores, cognitivos, musicales y sociales— la posiciona como una intervención con potencial terapéutico y recreativo simultáneo, de bajo costo y fácil implementación en residencias geriátricas.

Se espera que los resultados de este trabajo contribuyan a fundamentar la incorporación de la chacarera como herramienta de intervención en el campo de la kinesiología geriátrica, y que sirvan como punto de partida para futuros estudios con diseños más robustos que permitan confirmar y profundizar estos hallazgos.

APORTES DEL TFI: Este trabajo buscó explorar si la chacarera, una danza folklórica argentina, puede ser una herramienta útil como intervención no farmacológica en adultos mayores institucionalizados con deterioro cognitivo leve. A diferencia de otros estudios sobre danza y cognición, este trabajo tomó una danza propia de nuestra cultura como punto de partida, evaluando su impacto sobre aspectos cognitivos y funcionales mediante instrumentos de medición cognitivos y motores estandarizados. Los resultados obtenidos permiten plantear, inicialmente, que la chacarera podría ser una actividad viable para incorporar en programas de rehabilitación dentro de la kinesiología geriátrica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alzheimer's Association. (2020). 2020 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 16(3), 391–460. <https://doi.org/10.1002/alz.12068>

Anderson, N. D. (2019). State of the science on mild cognitive impairment (MCI). *CNS Spectrums*, 24(1), 78–87. <https://doi.org/10.1017/S1092852918001347>

Bustos Pinchulef, N. (2015). Beneficios de la danza-terapia en adultos mayores con deterioro cognitivo [Tesis de grado]. Universidad de Chile.

Cadore, E. L., & Izquierdo, M. (2024). Physical exercise as a preventive and therapeutic strategy for institutionalized older adults: A narrative review. *Ageing Research Reviews*, 93, 102155. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2023.102155>

Chai, W. J., Abd Hamid, A. I., & Abdullah, J. M. (2018). Working memory from the psychological and neurosciences perspectives: A review. *Frontiers in Psychology*, 9, 401. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00401>

Chen, P., Cai, H., Bai, W., Su, Z., Tang, Y. L., Ungvari, G. S., & Xiang, Y. T. (2023). Global prevalence of mild cognitive impairment among older adults living in nursing homes: A meta-analysis and systematic review of epidemiological surveys. *Translational Psychiatry*, 13(1), 88. <https://doi.org/10.1038/s41398-023-02361-1>

Costa, A., Bak, T., Caffarra, P., Caltagirone, C., Ceccaldi, M., Collette, F., Démonet, J.-F., Dubois, B., Duzel, E., Giovagnoli, A. R., Graff, C., Jeong, J. H., Jokinen, H., Kalaria, R., Levin, O., Manes, F., Monsch, A., Traykov, L., & Pasquier, F. (2016). The need for harmonisation and innovation in neuropsychological assessment in neurodegenerative dementias in Europe: Consensus document. *European Journal of Neurology*, 23(7), 1201–1217. <https://doi.org/10.1111/ene.12057>

Diamond, A. (2016). Why improving and assessing executive functions early in life is critical. In J. A. Griffin, P. McCardle, & L. S. Freund (Eds.), *Executive Function in*

Preschool-Age Children (pp. 11–43). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/14797-002>

García-Sánchez, S., Pardo-Palenzuela, N., & Rodríguez-Pérez, M. (2021). Effects of structured dance programs on cognitive function and physical performance in older adults: A systematic review. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 13, 704354.
<https://doi.org/10.3389/fnagi.2021.704354>

Grazzi, G., Mazzoni, G., Myers, J., Codecà, L., Pasanisi, G., Mandini, S., & Stagni, R. (2020). Trail Making Test as a measure of cognitive function in older adults: Normative values and relationship with physical performance. *Journal of Aging and Health*, 32(7–8), 689–697. <https://doi.org/10.1177/0898264319862669>

Guo, Y., Zhao, Y., Gao, C., Chen, S., & Liang, S. (2021). Reliability and validity of the MoCA scale for cognitive screening in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 13, 623575.
<https://doi.org/10.3389/fnagi.2021.623575>

Guzmán-García, A., Hughes, J. C., James, I. A., & Rochester, L. (2013). Dancing as a psychosocial intervention in care homes: A systematic review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(9), 914–924.
<https://doi.org/10.1002/gps.3913>

Harvey, P. D. (2019). Domains of cognition and their assessment. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 21(3), 227–237. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2019.21.3/pharvey>

Hewston, P., Kennedy, C. C., Borhan, S., Merom, D., Santaguida, P., Ioannidis, G., Marr, S., Santesso, N., Thabane, L., Bray, S., & Papaioannou, A. (2021). Effects of dance on cognitive function in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 50(4), 1084–1092. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa270>

Hewston, P., Kennedy, C. C., Borhan, S., Santaguida, P., Merom, D., Bray, S., Thabane, L., Ioannidis, G., Marr, S., & Papaioannou, A. (2024). Dance for older adults

with mild cognitive impairment or dementia: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 94, 102176. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2024.102176>

Huang, C., Yan, Y., Luo, Y., Lin, R., & Li, H. (2023). Dance movement therapy for cognitive function and mental health of older adults with mild cognitive impairment: A systematic review. *BMC Geriatrics*, 23(1), 695. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04406-y>

Izquierdo, M., Merchant, R. A., Morley, J. E., Anker, S. D., Aprahamian, I., Arai, H., Aubertin-Leheudre, M., Bernabei, R., Cadore, E. L., Cesari, M., Chen, L. K., de Souto Barreto, P., Duque, G., Ferrucci, L., Fielding, R. A., García-Hermoso, A., Gutiérrez-Robledo, L. M., Harridge, S. D. R., Kirk, B., & Fiatarone Singh, M. (2021). International exercise recommendations in older adults (ICFSR): Expert consensus guidelines. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 25(7), 824–853. <https://doi.org/10.1007/s12603-021-1665-8>

Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., ... Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10248), 413–446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)

Ministerio de Cultura de la Nación Argentina. (s.f.). La chacarera: Música y danza folklórica. Recuperado de <https://www.cultura.gob.ar>

Murman, D. L. (2015). The impact of age on cognition. *Seminars in Hearing*, 36(3), 111–121. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1555115>

Northey, J. M., Cherbuin, N., Pumpa, K. L., Smee, D. J., & Rattray, B. (2018). Exercise interventions for cognitive function in adults older than 50: A systematic review with meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 52(3), 154–160. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096587>

Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. OMS. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565042>

Prince, M., Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G.-C., Wu, Y.-T., & Prina, M. (2015). World Alzheimer Report 2015: The global impact of dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. Alzheimer's Disease International. <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2015.pdf>

Rehfeld, K., Müller, P., Aye, N., Schmicker, M., Dordevic, M., Kaufmann, J., Hökelmann, A., & Müller, N. G. (2018). Dancing or fitness sport? The effects of two training programs on hippocampal plasticity and balance abilities in healthy seniors. *Frontiers in Human Neuroscience*, 11, 305. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2017.00305>

Rosado, H., Motta, P., Cruz-Ferreira, A., & Pereira, C. (2025). Enhancing interoceptive awareness in community-dwelling older adults: Effects of a psychomotor intervention mediated by creative dance. *Frontiers in Psychology*, 16, 1515393. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1515393>

Sachs-Ericsson, N. J., & Blazer, D. G. (2015). The new DSM-5 diagnosis of mild neurocognitive disorder and its relation to research in mild cognitive impairment. *Aging & Mental Health*, 19(1), 2–12. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.920303>

Salari, N., Lotfi, F., Abdolmaleki, A., Heidarian, P., Rasoulpoor, S., Fazeli, J., Najafi, H., & Mohammadi, M. (2025). The global prevalence of mild cognitive impairment in geriatric population with emphasis on influential factors: A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 25(1), 313. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-05967-w>

Sánchez-Benavides, G., Gómez-Ansón, B., Molinuevo, J. L., Blesa, R., Monte, G. C., Buschke, H., & Peña-Casanova, J. (2018). Revisiting the Montreal Cognitive Assessment: A measure of cognitive function in low-education populations. *Neuropsychology*, 32(2), 222–232. <https://doi.org/10.1037/neu0000388>

Sardella, J. L. (2004). *La chacarera: Historia, coreografía y música* (3.^a ed.). Editorial El Aleph.

Serrano, C. M., Sorbara, M., Minond, A., Finlay, J. B., Arizaga, R. L., Iturry, M., Martinez, P., Heinemann, G., Gagliardi, C., Serra, A., Ces Magliano, F., Yacovino, D., Esnaola y Rojas, M. M., Ruiz, A. S., & Graviotto, H. G. (2020). Validation of the Argentine version of the Montreal Cognitive Assessment Test (MoCA): A screening tool for mild cognitive impairment and mild dementia in elderly. *Dementia & Neuropsychologia*, 14(2), 145–152. <https://doi.org/10.1590/1980-57642020dn14-020007>

Tao, D., Awan-Scully, R., Ash, G. I., Pei, Z., Gu, Y., Gao, Y., Cole, A., & Baker, J. S. (2021). The effects of dance on balance, mobility and activities of daily living in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 68, 101337. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2021.101337>

Tao, D., Awan-Scully, R., Ash, G. I., Pei, Z., Gu, Y., Gao, Y., Cole, A., & Baker, J. S. (2022). Benefits of dance interventions on health outcomes for older adults: An updated systematic review. *Frontiers in Aging*, 3, 878185. <https://doi.org/10.3389/fragi.2022.878185>

Tao, D., Awan-Scully, R., Ash, G. I., Pei, Z., Gu, Y., Gao, Y., Cole, A., & Baker, J. S. (2023). The effectiveness of dance movement interventions for older adults with mild cognitive impairment, Alzheimer's disease, and dementia: A systematic scoping review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 92, 102120. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2023.102120>

Trigás-Ferrín, M., Ferreira-González, L., & Meijide-Míguez, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clínica*, 72(1), 11–16. <https://doi.org/10.22546/18/467>

Truong, L., Roberts, L., Shanley, C., & Comans, T. (2021). Visuospatial working memory and aging: A systematic review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 31(5), 707–731. <https://doi.org/10.1080/09602011.2020.1723618>

Valdés, B. A., Van der Loos, H. F. M., & Prange, G. B. (2015). Test-retest reliability of the balance and mobility of the Timed Up and Go and One-Leg Stance in people with different types of physical disability. *Disability and Rehabilitation*, 37(22), 2099–2104. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.999334>

Veronese, N., Soysal, P., Caruso, M. G., Cesari, M., Clupka, J., Dominguez, L. J., Galluzzo, L., Giannelli, G., Giordano, N., La Bella, S., Laudisio, A., Maggi, S., Pilotto, A., Remelli, F., Trevisan, C., & Barbagallo, M. (2023). Physical activity and exercise in mild cognitive impairment and dementia: An umbrella review of intervention and observational studies. *Journal of the American Medical Directors Association*, 24(2), 193–201. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2022.10.014>

Wang, X., Pi, Y., Chen, P., Liu, Y., Wang, R., & Li, X. (2023). Executive function and fall risk in older adults: A systematic review. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 15, 1083047. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2023.1083047>

World Health Organization. (2021). Global status report on the public health response to dementia. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033245>

Wu, C., Yi, Q., Zheng, X., Cui, S., Chen, B., Lu, L., & Tang, C. (2020). Effects of mind-body exercises on cognitive function in older adults with cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Aging and Physical Activity*, 27(6), 883–896. <https://doi.org/10.1123/japa.2018-0343>

Yamada, M., & Kawano, H. (2021). Long-term effects of a 100-week multicomponent exercise and fall prevention program on cognitive function in community-dwelling older adults with mild cognitive impairment. *Geriatrics & Gerontology International*, 21(4), 369–375. <https://doi.org/10.1111/ggi.14133>

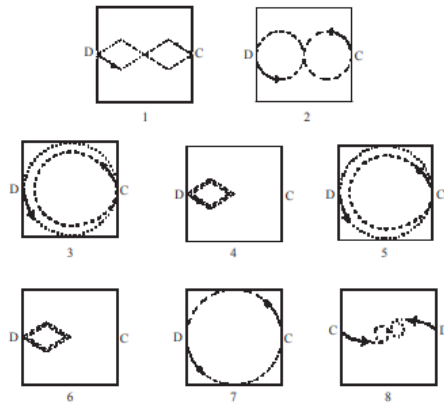
Zhao, Y., Yao, Z., Hu, M., Zhang, Z., Xie, L., & Lv, Q. (2023). Mild cognitive impairment and gait disturbances: The role of prefrontal cortex. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 15, 1107258. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2023.1107258>

Zhu, Y., Wu, H., Qi, M., Wang, S., Zhang, Q., Zhou, L., Wang, S., Wang, W., Wu, T., Xiao, M., Yang, S., Chen, H., Zhang, L., & Zhang, K. (2022). Effects of a specifically designed aerobic dance routine on mild cognitive impairment. *Clinical Interventions in Aging*, 13, 1691–1700. <https://doi.org/10.2147/CIA.S163067>

Zimmermann, N., Cardoso, C. O., & Fonseca, R. P. (2021). Assessment of divided and sustained attention in adults: Neuropsychological tasks and related models. *Frontiers in Psychology*, 12, 624171. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.624171>

8. ANEXOS

Anexo 1 ejecución de la chacarera



Anexo 2 Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Versión 8.1

Montreal Cognitive Assessment [Evaluación Cognitiva Montreal] (MoCA) Versión 8.1

Instrucciones para la administración y puntuación de los resultados

La Evaluación Cognitiva Montreal (Montreal cognitive assessment / MoCA) ha sido concebida para evaluar las disfunciones cognitivas leves. Este instrumento examina las siguientes habilidades: atención, concentración, funciones ejecutivas (incluyendo la capacidad de abstracción), memoria, lenguaje, capacidades visuoespaciales, cálculo y orientación. Cualquier persona que comprenda y siga sus instrucciones puede administrar el MoCA, si bien únicamente un profesional de la salud especialista en el ámbito cognitivo podrá interpretar sus resultados. El tiempo de administración requerido es de aproximadamente diez minutos. La puntuación máxima es de 30; una puntuación igual o superior a 26 se considera normal.

Todas las instrucciones pueden repetirse una vez.

1. Alternancia conceptual:

Administración. El examinador da las instrucciones siguientes: "Me gustaría que dibujara una línea alternando entre cifras y letras, respetando el orden numérico y el orden alfabético. Comience aquí (señale el 1) y dibuje una línea desde el 1 hacia la letra A y, a continuación, de la A hacia el 2 y así sucesivamente. Termine aquí (señale la E)".

Puntuación. Se asigna un punto si el paciente realiza la siguiente secuencia: 1 - A - 2 - B - 3 - C - 4 - D - 5 - E, sin que ninguna línea se cruce. Si la persona no se autocorrigió inmediatamente después de cometer un error, es decir, no lo corrigió antes de pasar a la parte del cubo, la puntuación debe ser 0. No se asignará ningún punto si la persona dibuja una línea conectando el final (E) con el principio (1).

2. Capacidades visuoespaciales (Cubo):

Administración. El examinador da las instrucciones siguientes, señalando el cubo: "Me gustaría que copiara este dibujo de la manera más precisa posible".

Puntuación. Se asigna un punto si se realiza el dibujo correctamente.

- El dibujo debe ser tridimensional.
- Todas las líneas están presentes.
- Sin espacios o con poco espacio entre las líneas.
- No se añaden líneas.
- Las líneas son relativamente paralelas y aproximadamente de la misma longitud (los prismas rectangulares son aceptables)
- Debe mantenerse la orientación espacial del cubo.

No se asigna ningún punto si no se han cumplido todos los criterios anteriores.

3. Capacidades visuoespaciales (Reloj):

Administración. El examinador debe asegurarse de que la persona no mira el reloj mientras realiza la tarea y de que no hay ningún reloj a la vista. El examinador señala el espacio adecuado y da las instrucciones siguientes: "Dibuje un reloj. Incluya todos los números y dibújelo señalando las 11 y 10 minutos".

Puntuación. Se asigna un punto por cada uno de los tres criterios siguientes:

- Contorno (1 pt.): Debe dibujar el contorno del reloj, ya sea un círculo o un cuadrado,

solo se aceptarán leves deformaciones, por ejemplo, alguna imperfección al cerrar el círculo. Si los números están dispuestos en círculo pero no se ha dibujado el contorno, este se considerará incorrecto.

• Números (1 pt.): Todos los números deben estar presentes, sin añadir ninguno; Los números deben seguir el orden correcto, estar bien colocados y situados aproximadamente en su cuadrante del reloj. Se aceptarán los números romanos. Los números deben estar dispuestos en círculo, aunque el contorno sea cuadrado. Todos los números deben estar situados dentro o fuera del contorno del reloj. Si la persona sitúa algunos números dentro del contorno del reloj y algunos fuera del contorno, no se le asignará ningún punto por Números.

• Agujas (1 pt.): Las dos agujas deben indicar la hora correcta. La aguja de las horas debe ser claramente más corta que la de los minutos. Las agujas deben estar centradas dentro de la esfera del reloj y su punto de unión debe estar cerca del centro del reloj.

4. Identificación:

Administración. El examinador señala cada dibujo, empezando por la izquierda, y dice: "Dígame el nombre de este animal".

Puntuación. Se asigna un punto por cada una de las siguientes respuestas: (1) león (2) rinoceronte (3) camello o dromedario.

5. Memoria:

Administración. El examinador lee una lista de cinco palabras a un ritmo de una palabra por segundo, tras dar las siguientes instrucciones: "Esta es una prueba de memoria. Le voy a leer una lista de palabras que debe recordar. Escuche con atención. Cuando acabe, dígame todas las palabras que pueda recordar. No importa el orden en el que me las diga". El examinador deberá marcar con una cruz, en el espacio reservado a dicho efecto, todas las palabras que el paciente repita en este primer intento. El examinador no debe corregir al paciente si este recuerda mal una palabra o dice una palabra que se parece a la correcta. Cuando el paciente diga que ya ha terminado (se haya acordado de todas las palabras) o cuando no pueda acordarse de más palabras, el examinador volverá a leer la lista de palabras tras dar las instrucciones siguientes: "Ahora le voy a leer la misma lista de palabras una vez más. Intente acordarse del mayor número posible de palabras, incluyendo las que repitió en la primera ronda". El examinador marca con una cruz, en el espacio reservado a dicho efecto, todas las palabras que el paciente repita en el segundo intento. Al final del segundo intento, el examinador informará al paciente de que debe recordar estas palabras diciendo: "Le volveré a preguntar estas palabras al final de la prueba".

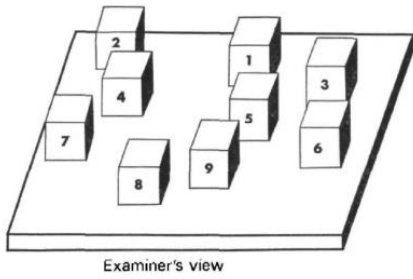
Puntuación. En los intentos 1 y 2 no se darán puntos.

6. Atención:

Administración de Serie de números hacia delante. El examinador dará las siguientes instrucciones: "Le voy a leer una serie de números y, cuando haya terminado, deberá repetirlos en el mismo orden en el que yo los he dicho". El examinador lee una secuencia de cinco números a un ritmo de uno por segundo.

Administración de Serie de números hacia atrás. El examinador dará las siguientes instrucciones: "Le voy a leer otra serie de números y, cuando haya terminado, deberá repetirlos hacia atrás". El examinador leerá la secuencia de tres números a un ritmo de

Anexo 3 Corsi Block-Tapping Test (CBT)



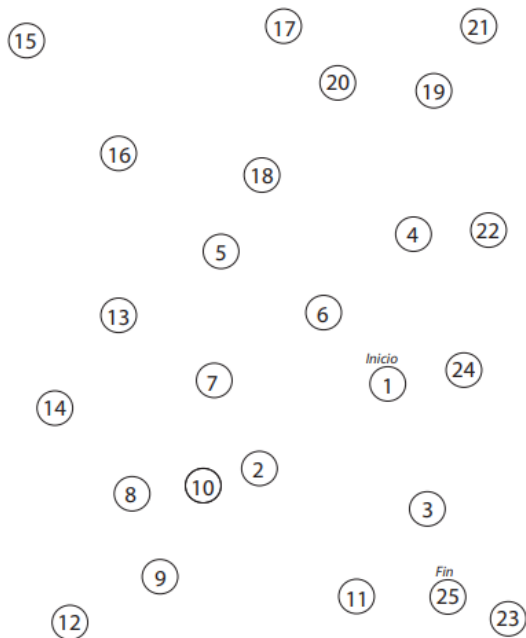
Anexo 4 Trail Making Test (TMT) — Partes A y B

Trail Making Test Partes A y B

Mano utilizada (marque una): Dominante No Dominante

Trail Making Test Parte A- Tiempo de ejecución: _____ segundos

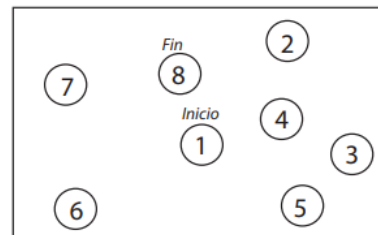
Trail Making Test Parte B- Tiempo de ejecución: _____ segundos



Trail Making Test

Parte A

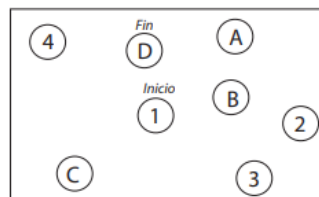
PRÁCTICA



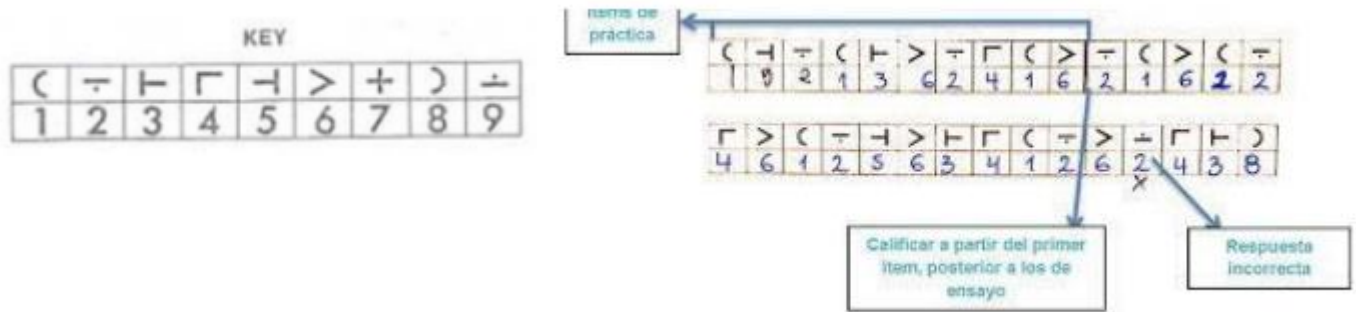
Trail Making Test

Parte B

PRÁCTICA



Anexo 5 Symbol Digit Modalities Test (SDMT)



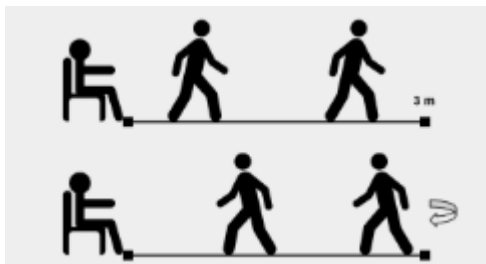
Anexo 6 Escala de Barthel



Fecha	
Número de beneficio	
Nombre y apellido Afiliado	
ESCALA DE BARTHEL	
<p>Comer</p> <p>0 = incapaz 5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. 10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)</p> <p>Trasladarse entre la silla y la cama</p> <p>0 = incapaz. No se mantiene sentado 5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado 10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal) 15 = independiente</p> <p>Aseo personal</p> <p>0 = necesita ayuda con el aseo personal 5 = independiente para lavarse la cara. Las manos y los dientes, peinarse y afeitarse</p> <p>Uso del retrete</p> <p>0 = dependiente 5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo 10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)</p> <p>Bañarse/ducharse</p> <p>0 = dependiente 5 = independiente para bañarse o ducharse</p>	<p>Desplazarse</p> <p>0 = inmóvil 5 = independiente en silla de ruedas en 50 m 10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal) 15 = independiente al menos 50 m. con cualquier tipo de muleta, excepto andador</p> <p>Subir y bajar escaleras</p> <p>0 = incapaz 5 = necesita ayuda física o verbal. Puede llevar cualquier tipo de muleta 10 = independiente para subir y bajar</p> <p>Vestirse y desvestirse</p> <p>0 = dependiente 5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda 10 = independiente, incluyendo bolones, cremalleras, cordones, etc</p> <p>Control de heces:</p> <p>0 = incontinente (0 necesita que le suministren enema) 5 = accidente excepcional (uno por semana) 10 = continente</p> <p>Control de orina</p> <p>0 = incontinente. o sondado incapaz de cambiarse la bolsa 5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas). 10 = continente durante al menos 7 días</p>
VALOR TOTAL (GRADO DE DEPENDENCIA)	
FIRMA y SELLO del Médico de Cabecera / Médico tratante	

IMPORTANTE: El módulo 1 de baja complejidad es el único que requiere la aplicación de esta escala. El valor total resultante de la aplicación de la Escala, deberá plasmarlo en la Planilla de Solicitud y/o Renovación

Anexo 7 Timed Up and Go (TUG)



Anexo 8 Apoyo Monopodal



Anexo 9 Software estadístico SPSS Statistics.

*Sin título2 [Conjunto de Datos] - IBM SPSS Statistics Editor de datos (Modo de prueba)

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Comprobar ahora

3 : TUGPost 9,8 Visible: 18 de 1

	1 Sexo	Edad años	Escolaridad	MoCA Pre	MoCA Post	Corsi Pre	Corsi Post	TMTA Pre	TMTA Post	TMTB Pre	TMTB Post	SDMT Pre	SDMT Post	TUG Pre	TUG Post	Apoyo...	ApoyMon...	var	var
1	1 F	72	Primaria Comp.	22	24	4	5	55	50	140	120	28	32	14,2	11,5	8,5	12,2		
2	2 F	65	Primaria Inc.	19	21	3	4	68	62	185	160	22	26	16,8	13,1	5,2	8,8		
3	3 M	78	Secundaria Comp.	24	25	5	6	48	45	115	100	35	39	11,5	9,8	12,0	15,5		
4	4 F	70	Primaria Comp.	20	20	4	4	60	61	160	158	25	24	15,0	14,8	7,4	7,6		
5	5 F	68	Primaria Inc.	18	21	3	5	75	65	210	175	19	25	18,5	14,2	4,1	9,2		
6	6 M	74	Secundaria Comp.	23	24	5	5	52	48	130	115	31	35	12,8	10,5	10,5	14,0		
7	7 F	63	Primaria Comp.	21	23	4	5	58	54	155	135	27	30	14,9	12,0	8,2	11,5		
8	8 M	75	Secundaria Comp.	25	26	6	7	42	40	105	90	38	42	10,2	8,5	15,6	19,2		
9	9 F	67	Primaria Inc.	19	18	3	3	70	72	190	195	21	20	17,5	17,0	5,5	5,2		
10	10 F	80	Primaria Comp.	22	24	5	6	54	50	145	125	29	33	14,0	11,2	9,0	13,5		
11	11 M	71	Primaria Comp.	20	22	4	5	62	58	165	140	26	30	15,5	12,8	7,8	10,5		
12	12 F	62	Secundaria Comp.	24	25	5	5	45	43	110	102	36	38	11,0	9,2	13,4	16,8		
13	13 F	74	Primaria Inc.	18	20	3	4	78	70	220	190	18	22	19,2	15,5	3,8	7,5		
14	14 M	69	Primaria Comp.	21	21	4	4	59	59	150	148	27	27	15,2	14,9	8,0	8,2		
15	15 F	73	Secundaria Comp.	23	25	5	6	50	46	135	110	32	37	13,0	10,8	11,2	14,5		
16	16 F	69	Primaria Comp.	22	23	4	5	56	52	142	125	29	32	14,5	11,8	8,8	12,0		

Tabla 1. Distribución por sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
F	19	63,3	63,3
M	11	36,7	100,0
Total	30	100,0	

Tabla 2. Distribución por grupo etario

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. estándar
Edad (años)	30	61	80	70,47	5,11
<i>N válido (por lista)</i>	30				

Tabla 3. Distribución por nivel educativo alcanzado

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Primaria Completa	14	46,7	46,7
Primaria Incompleta	8	26,7	73,3
Secundaria Completa	8	26,7	100,0
Total	30	100,0	

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de pruebas cognitivas pre y post intervención

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. estándar
MoCA Pre	30	18	25	21,23	2,19
MoCA Post	30	18	27	22,57	2,33
Corsi Pre	30	3	6	4,20	0,96
Corsi Post	30	3	7	4,97	1,07
TMT-A Pre	30	40	79	58,90	11,26
TMT-A Post	30	38	75	55,43	10,69
TMT-B Pre	30	100	225	156,30	36,09
TMT-B Post	30	85	205	140,10	35,03
SDMT Pre	30	18	39	27,67	5,98
SDMT Post	30	20	43	30,87	6,46
<i>N válido (por lista)</i>	30				

Figuras: Pruebas Cognitivas

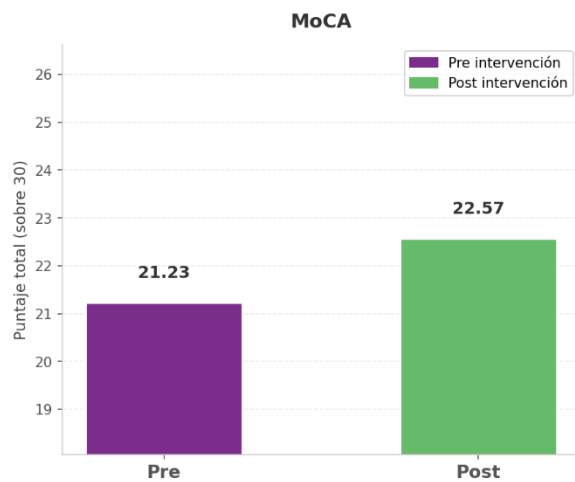


Figura 1. Comparación de medias pre y post intervención en la prueba MoCA (puntaje total sobre 30).

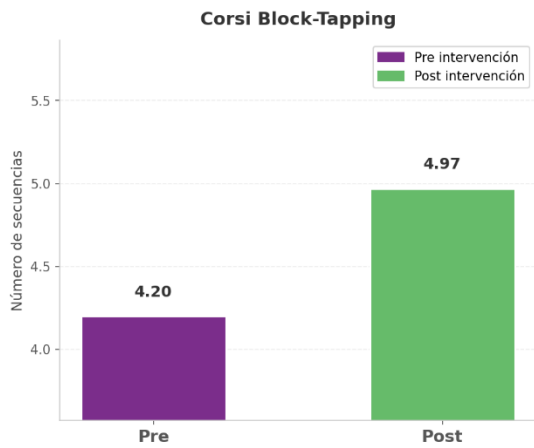


Figura 2. Comparación de medias pre y post intervención en la prueba Corsi Block-Tapping (número de secuencias).

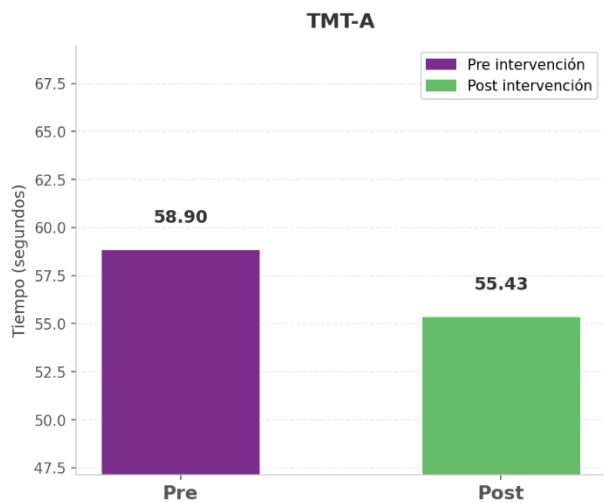


Figura 3. Comparación de medias pre y post intervención en el TMT-A (tiempo en segundos; menor valor indica mejor rendimiento).

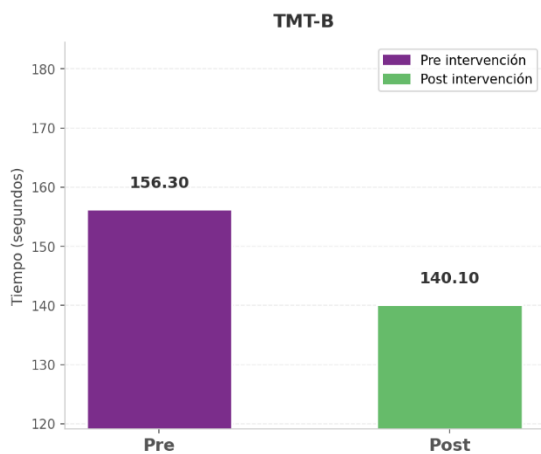


Figura 4. Comparación de medias pre y post intervención en el TMT-B (tiempo en segundos; menor valor indica mejor rendimiento).

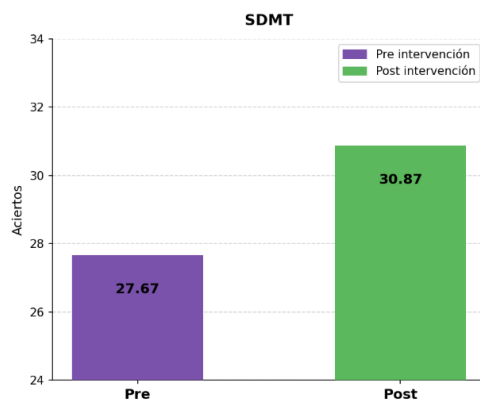


Figura 5. Comparación de medias pre y post intervención en el SDMT (aciertos)

Tabla 5. Estadísticos descriptivos de pruebas funcionales pre y post intervención

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. estándar
TUG Pre	30	9,8	19,5	14,78	2,79
TUG Post	30	8,2	18,2	12,61	2,73
Apoyo Monopodal Pre	30	3,5	16,5	8,74	3,59
Apoyo Monopodal Post	30	4,8	20,0	11,69	4,12
<i>N válido (por lista)</i>	30				

Figuras: Pruebas Funcionales

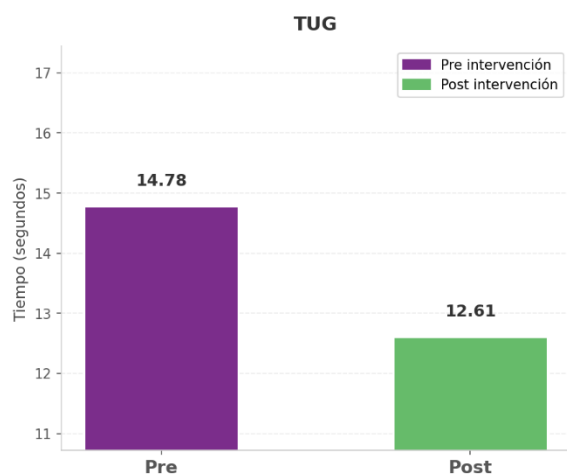


Figura 6. Comparación de medias pre y post intervención en el TUG (tiempo en segundos; menor valor indica mejor rendimiento).

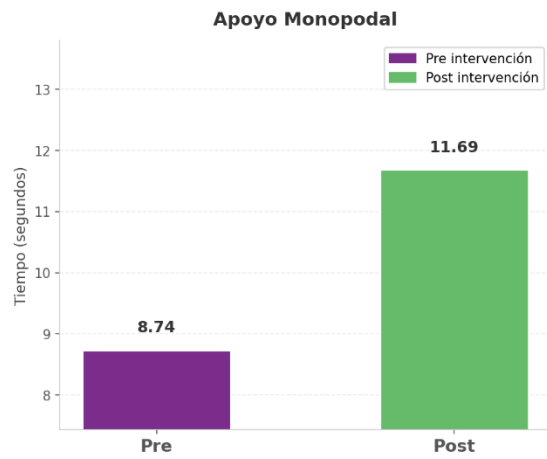


Figura 7. Comparación de medias pre y post intervención en el Apoyo Monopodal (tiempo en segundos; mayor valor indica mejor rendimiento).