



**“Estudio de la calidad de vida y del deterioro cognitivo de personas mayores en la toma de decisiones”**

**Cátedra de Economía Social, Ética y Ciudadanía – El Roble**

**Directores:**

**José A. Sánchez Medina  
Cristina B. Fernández Portero  
Universidad Pablo de Olavide**

**Investigadores Seniors:**

**David Alarcón Rubio  
Josué García Amián  
Universidad Pablo de Olavide**

**Equipo de Investigación**

**Abel Catela Huertas  
Javier García Ruiz**

**El Roble SCA**

**José A. Cordón Castellero  
Claros SCA**



## 1. Identificación del problema

Se ha observado que en el proceso de envejecimiento la salud y la calidad de vida son buenos predictores para la promoción del envejecimiento activo y saludable. El logro de una óptima calidad de vida es de hecho, el principal objetivo del envejecimiento activo y las distintas aportaciones de la literatura científica a este hito tienen el objetivo de contribuir a la investigación sobre el envejecimiento activo y saludable.

La literatura científica considera el envejecimiento como un “proceso de desarrollo bio-psico-social”. Desde esta perspectiva, el envejecimiento es un proceso natural, no una enfermedad, una oportunidad de vivir y contemplar la vida desde nuevas perspectivas. Al igual que en otras etapas de la vida, implica cambio, aprendizaje, adaptación, enriquecimiento e incorporación de recursos y elementos nuevos que permitan hacer frente a conflictos existenciales. Se trata de un proceso tanto personal -por ser individual y estar influenciado por deseos y expectativas y que tiene lugar en una sociedad concreta y cambiante- como social -porque hace referencia a la necesidad de todas las personas de cualquier edad de sentirse útiles socialmente, capaces de contribuir a la felicidad ajena y de mantener un equilibrio entre dar y recibir-.

Siendo estos factores los que caracterizan a todo proceso de envejecimiento, para que éste pueda considerarse como envejecimiento activo es necesario incorporar nuevos elementos. Baltes y Baltes (1990) identifican tres mecanismos fundamentales para explicar el proceso de envejecer activamente: selección, optimización y compensación (SOC). Estos autores defienden que la persona que envejece activamente hace una selección de aquellas conductas específicas que le ayudan a optimizar sus recursos y de esta forma, compensar los declives experimentados en su trayectoria vital. Fernández Ballesteros (1998) añade que, para que estos factores promuevan un proceso de envejecer de modo exitoso, es necesario el concurso de un cuarto mecanismo, el de normalización (SOCN). La normalización está dirigida a facilitar que el sujeto siga desarrollando su actividad en sus contextos habituales, continuando en la medida de lo posible con los comportamientos de su vida adulta. El objetivo es conservar un funcionamiento normalizado, esto es, mantener los mismos niveles de actividad y competencia en la vida adulta que en la vejez. Esto es, el envejecimiento activo exige un compromiso tanto a nivel individual, mediante el aprendizaje de estilos de vida

saludables, como a nivel colectivo, a través de la promoción y la prevención de la calidad de vida.

Asumir esta visión del proceso de envejecimiento implica aceptar nuevos retos por parte de la comunidad científica a la hora de establecer las líneas prioritarias de investigación que necesariamente deben ser multidisciplinarias. Rodríguez, Rodríguez, Sancho y Díaz (2012) identifican estas líneas prioritarias en tres grandes ámbitos de conocimiento: la biofísica, el desarrollo socio-emocional y el funcionamiento cognitivo.

En el ámbito del funcionamiento cognitivo se ha prestado mucha atención al modo en que la calidad de vida se relaciona con las habilidades para la toma de decisiones, esto es, el modo en que el deterioro cognitivo afecta a las funciones ejecutivas. Según diversos estudios genéricos sobre envejecimiento (Petersen y Morris, 2005), el deterioro cognitivo leve no tiene por qué presentar síntomas clínicos, ni estar asociado a enfermedades neuro-degenerativas tipo demencia. En este tipo de deterioro, la memoria de trabajo, los procesos atencionales y en definitiva la función ejecutiva sufren un lento pero paulatino deterioro con la edad. El conjunto de variables cognitivas de estos estudios se pueden integrar en el concepto de función ejecutiva. Las funciones ejecutivas entendida como la planificación de una tarea, la regulación de la misma, los procesos atencionales y la memoria de trabajo, que se ponen en juego, y la toma de decisiones (Lezak, 1983, Luria, 1973, 1980), está íntimamente relacionada con la calidad de vida cotidiana. Los usuarios continuamente tienen que planificar y regular sus acciones utilizando para ello procesos atencionales (seleccionando o inhibiendo información), memoria de trabajo y, sobre todo, tomando decisiones en un situaciones cotidiana. La elección de las decisiones que se toman en la vida cotidiana, deben estar basadas en la obtención de los objetivos pero evitando riesgos innecesarios, resultando imprescindible la gestión emocional.

## **2. Objetivos**

1. Analizar el proceso de toma de decisiones en personas mayores.
2. Analizar si el proceso de toma de decisiones se ve afectado por los procesos de deterioro cognitivo.
3. Evaluar el papel de la calidad de vida en la mejora de las estrategias de toma de decisiones por parte de los mayores.

4. Estudiar si procesos vinculados a la gestión emocional afectan al proceso de toma de decisiones de los mayores (*Hot Executive function*).
5. Diseñar estrategias de entrenamiento tanto cognitivo como de regulación emocional para mejorar la toma de decisiones en mayores.
6. Establecer la bases empíricas que permitan en colaboraciones posteriores el desarrollo de un programa de entrenamiento basado en el uso de TICs de las funciones cognitivas y de regulación emocional vinculadas a la toma de decisiones.

### **3. Marco teórico**

#### ***El concepto de envejecimiento activo***

El envejecimiento es un proceso vital en el que están implicados factores biológicos, psicológicos y sociales. Estos factores actúan de modo interdependiente de modo que entender el proceso de envejecer requiere del estudio coordinado de todos ellos y de las estrechas relaciones que mantienen (Fernández Ballesteros, 2004).

A su vez, el concepto de envejecimiento implica diferentes planos o niveles de análisis. Por un lado, se trata de un proceso de carácter individual, esto es, hace referencia al proceso por el que una persona en particular avanza a lo largo de su ciclo vital. Por otro lado, el concepto de envejecimiento tiene un marcado componente cultural, a partir del cual pueden desarrollarse significados muy dispares. Existe un acuerdo consolidado en la literatura científica que mantiene que el proceso de envejecimiento debe comprenderse desde diferentes perspectivas, lo que lo convierte en un término multifacético e interdisciplinar de carácter dinámico (frente al concepto de vejez, más estático, que remite a una etapa del ciclo vital) (Buendía y Riquelme, 1994; Baltes y Carstensen, 1996; Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá, 1996; Fernández Ballesteros, 2000; 2008; Rowe y Kahn 1997; Lehr y Thomaes, 2003; Pérez, Trillo, Aguilera y Castro, 2009).

Los estudios científicos sobre el proceso de envejecimiento cuentan con un largo recorrido teórico en el que se pueden identificar distintas fases que han marcado el progreso en la investigación. La mayor parte de los autores coinciden en afirmar que existe una primera perspectiva de estudio centrada en la patología y caracterizada por lo que se ha denominado un modelo de disminución. Durante años, la psicología así

como otras ciencias sociales y de la salud, ha centrado su investigación en comprender las patologías y las debilidades del ser humano a medida que envejece, ignorando potenciales características positivas del mismo (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Como señala Poseck, (2006) “características como la alegría, el optimismo, la creatividad, el humor, o la ilusión... han sido ignoradas o explicadas superficialmente” (pág. 3).

Esta perspectiva, centrada en el déficit y la disminución de facultades, fue sustituida progresivamente por teorías cuya visión de la vejez se acercaba a patrones de normalidad, según los cuales la enfermedad y el déficit no eran necesariamente inevitables. Comenzaron a emprenderse investigaciones cuyo punto de partida era la comprensión del envejecimiento como una etapa más del ciclo vital, en la que pueden alcanzarse logros y niveles óptimos de bienestar, al igual que en etapas anteriores de la vida. Estas últimas aportaciones definen la comprensión científica actual de la vejez, enmarcada en lo que se ha denominado un modelo de crecimiento.

Sin embargo, no es hasta la década de los sesenta cuando se comienza a visualizar el cambio de un modelo a otro. Moñivas (1998) señala que “empiezan a surgir investigaciones longitudinales que demuestran la heterogeneidad de las personas mayores y su diversidad inter e intraindividual. Hechos como que las personas mayores no envejecen de la misma forma, ni al mismo ritmo, ni son iguales a nivel físico y psicológico” (pág. 29).

En 1958 se inicia un estudio longitudinal sobre el envejecimiento en Baltimore por el Centro Jonás Hopkins Bayview que supone un punto de inflexión en la investigación. En la misma se lleva a cabo el seguimiento de personas activas y con buena salud, en una muestra superior a los 1000 sujetos entre los 20 y 90 años, hasta el final de la vida. Pronto sus resultados contradicen las representaciones sociales existentes sobre los mayores, al demostrar que envejecer no supone necesariamente, ni mayoritariamente para todas las personas una disminución de capacidades (Moñivas, 1998).

A partir de este momento, las investigaciones comenzaron a presentar datos cada vez más consistentes sobre la complejidad y variabilidad del proceso de envejecimiento forzando un cambio de los modelos conceptuales desde los que se había estudiado hasta entonces (Havighurst, 1963; Maddox, 1963; Cumming y Henry, 1961; Atchley, 1971; Rowe y Kahn, 1987; Fredrickson y Carstensen, 1990; Baltes y Baltes, 1990). La

nueva perspectiva se centra en la comprensión de la vejez no como un segmento de edad, sino como una etapa más del ciclo vital, con la misma entidad que otras, y que supone cambios personales y sociales, y por tanto, requiere de una adaptación del individuo a sus nuevas circunstancias (Baltes y Baltes, 1990). Se reconoce que las personas cuentan con un amplio potencial para el cambio y la adaptación a lo largo de toda la vida, incluyendo la vejez, lo que permite pronosticar que es posible envejecer óptimamente (Fernández Ballesteros, 1998). Es a partir de estos cambios en los paradigmas sobre el proceso de envejecer, cuando se desarrolla el concepto de envejecimiento activo y otros asociados al mismo que enfatizan una u otra faceta del proceso: envejecimiento exitoso, saludable, competente, óptimo, integrador, satisfactorio, adaptativo, productivo, etc.

Este mismo cambio se identifica en la evolución de la Gerontología que cambia de una perspectiva movida por la preocupación hacia la enfermedad y la patología, hasta una visión centrada en la capacidad de adaptación y en la consecución de éxitos evolutivos en la vejez (Rowe y Kahn, 1997). Al definir la naturaleza de estos éxitos emerge un concepto multidimensional en el que se identifican tres grandes ámbitos: Estos autores definen el envejecimiento activo como un concepto multidimensional, que abarca tres esferas diferenciadas: evitar la enfermedad y la incapacidad; mantenimiento de una elevada función física y cognitiva; y un compromiso sostenido en actividades sociales y productivas. El modo en que los individuos afrontan estas metas, su capacidad de resiliencia y las conductas de reducción del riesgo permiten identificar estrategias efectivas que promueven que la persona envejezca exitosamente.

Esta visión multidimensional del concepto de envejecimiento ha dado lugar a múltiples investigaciones centradas en determinar aquellos factores y aspectos que juegan un papel en el buen envejecer. Y es a raíz de este creciente interés por concretar los mecanismos implicados en alcanzar niveles óptimos de bienestar en la vejez, por lo que comienzan a surgir nuevos interrogantes e incógnitas respecto al proceso de envejecimiento.

Según el marco político desarrollado por el Programa de Envejecimiento y Ciclo Vital de la OMS como contribución a la Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, celebrada en abril de 2002 en Madrid, el envejecimiento activo

depende de una diversidad de influencias o «determinantes» que rodean a las personas, las familias y las naciones, pudiéndose agrupar en las siguientes categorías:

“Determinantes transversales (cultura y género), los relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales (que han de estar coordinados, integrados y ser efectivos), los conductuales (apostando por estilos de vida saludables), los relacionados con los factores personales (estilo de vida, habilidades personales, etc.), los relacionados con el entorno físico (que tengan en cuenta a las personas mayores que envejecen), los relacionados con el entorno social (apoyo social, educación, aprendizaje continuo, etc.) y los determinantes económicos (trabajo ingresos y protección social)” (OMS, 2002; p.82).

Es importante resaltar que comprender el proceso de envejecimiento activo implica no entenderlo como una meta a la que dirigirse, ni como una cuestión de éxito o fracaso. Si el objetivo es lograr que el envejecimiento sea una experiencia satisfactoria, en la que se viva con salud y autonomía, productividad y protección, es necesario optimizar las oportunidades de bienestar físico, psíquico, social y mental durante toda la vida con la intención de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez (OMS, 1998, 2002).

### ***Determinantes de un envejecimiento activo***

La revisión de la literatura científica en torno al envejecimiento activo realizada por Depp y Jeste en 2006 destaca diez aspectos principales en la determinación de un proceso de envejecimiento como exitoso: habilidad funcional, funcionamiento cognitivo, satisfacción con la vida y bienestar, participación social, presencia/ausencia de enfermedad, longevidad, autopercepción de salud, personalidad, medio ambiente y renta. Al identificar estos factores el envejecimiento se considera como un “**proceso de desarrollo bio-psico-social**”. Hablar de **proceso** supone hacer referencia a su carácter dinámico, en el que no existe una fractura o desintegración, sino que conforma una etapa más del ciclo vital, en la cual la persona cuenta con un cúmulo de experiencias y recursos adquiridos en etapas anteriores de su vida. Además es un proceso natural, porque no es una enfermedad, sino una oportunidad de vivir y contemplar la vida desde nuevas perspectivas. Por otro lado, se habla de **desarrollo**, porque al igual que en otras etapas de la vida, implica cambio, aprendizaje, adaptación, enriquecimiento e incorporación de recursos y elementos nuevos que permiten hacer frente a conflictos

existenciales. Al mismo tiempo, en este proceso de envejecimiento se destaca lo personal (por ser individual y estar influenciado por deseos y expectativas y que tiene lugar en una sociedad concreta y cambiante) y lo social (porque hace referencia a la necesidad de todas las personas de cualquier edad de sentirse útiles socialmente, capaces de contribuir a la felicidad ajena y de mantener un equilibrio entre dar y recibir). Y por último, se considera desarrollo social compartido, porque la persona de edad avanzada pertenece a un grupo o colectivo en el que debe y tiene derecho a desarrollar una función social y personal enriquecedora.

Siendo estos factores los que caracterizan a todo proceso de envejecimiento, para que éste pueda considerarse como envejecimiento activo es necesario incorporar nuevos elementos. En este sentido, Baltes y Baltes (1990) identifican tres mecanismos fundamentales para explicar el proceso de envejecer activamente: selección, optimización y compensación (SOC). Estos autores defienden que la persona que envejece activamente hace una selección de aquellas conductas específicas que le ayudan a optimizar sus recursos y de esta forma, compensar los declives experimentados en su trayectoria vital. El manejo de estas habilidades denotará una persona integrada, que resuelve de manera consciente o inconsciente las situaciones cotidianas que tiene que afrontar y que por lo tanto se muestra resiliente y empoderada (Staudinger, Marsiske & Baltes, 1995). Fernández Ballesteros (1998) señala que, para que estos factores promuevan un proceso de envejecer de modo exitoso, es necesario el concurso de un cuarto mecanismo, el de normalización (SOCN). La normalización está dirigida a facilitar que el sujeto siga desarrollando su actividad en sus contextos habituales, continuando en la medida de lo posible con los comportamientos de su vida adulta. El objetivo es el de conservar un funcionamiento normalizado, esto es, mantener los mismos niveles de actividad y competencia en la vida adulta que en la vejez. Se trata de un proceso que implica tanto a la persona como a los responsables de la atención a los mayores. En otras palabras, el envejecimiento activo exige un compromiso tanto a nivel individual, mediante el aprendizaje de estilos de vida saludables, como a nivel colectivo, a través de la promoción y la prevención de la calidad de vida.

Por su parte, otros autores ponen el énfasis en la valoración subjetiva de la propia existencia como elemento clave de un envejecimiento satisfactorio (Lher, 1982). Para Walker (2006), el envejecimiento activo implica el desarrollo de actividades sociales,

económicas y culturales que se ejercen como actividades de la vida diaria, lo que resalta la importancia de la participación social. Esta idea se fundamenta en investigaciones como la de Bowling (2008), que encuestó a 337 personas mayores de 65 años en Reino Unido en relación a sus percepciones sobre su propio proceso de envejecimiento. Este estudio mostró que el concepto de envejecimiento activo está asociado en un 43% de los mayores con el funcionamiento físico y mental y pero en un 34% con el ocio y actividades sociales.

En consecuencia, un elemento clave para la construcción de un envejecimiento activo es sin lugar a dudas la promoción de la participación social. La idea de participación como clave en el fomento y autopercepción de un envejecimiento activo se ha ido consolidando en la última década. Con motivo de la formulación del II Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento de Naciones Unidas, referido al fomento de la participación social de las personas mayores, en el año 2002 la Organización Mundial de la Salud define el concepto de envejecimiento activo como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas que envejecen” (OMS, 2002; p.79). Siguiendo esta definición, el envejecimiento activo consistiría en dar oportunidades a las personas mayores, grupos y sociedades para potenciar su bienestar físico, psíquico y social a lo largo de su vida a través de la participación continua en ámbitos sociales, económicos, culturales y cívicos. La evidencias muestra que ésta favorece la salud, el bienestar biológico, psicológico y social de la persona mayor. Así, las Administraciones deberán promover acciones para crear espacios físicos y sociales tomando en consideración los factores determinantes de este envejecimiento activo: determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y sociales; determinantes conductuales de la persona; del entorno físico; sociales; personales; económicos, junto al sexo y a la cultura como ejes transversales que influyen a los demás (OMS, 2002). Y así potenciar opciones para que los mayores puedan desarrollar el envejecimiento que deseen, ya sea dentro de sus familias, en los vecindarios o en la sociedad civil.

En la misma dirección se pronuncia la *II Asamblea Mundial de Naciones Unidas sobre Envejecimiento* (Madrid, abril de 2002), donde se reconoce la importancia de fomentar y potenciar el envejecimiento activo a través del diseño e implementación de políticas y programas dirigidos al colectivo de personas mayores, bajo el reconocimiento de los

derechos humanos y los principios de las Naciones Unidas que abogan por la independencia, participación, dignidad, cuidados y autorrealización de las personas mayores.

A nivel español, estas conceptualizaciones del envejecimiento y las iniciativas asociadas el mismo cristalizan en el Libro Blanco del Envejecimiento Activo, publicado en el año 2011 y fundamentado en los principios de la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento 2002 y el III Congreso del Consejo Estatal de las Personas Mayores, celebrado en mayo de 2009. El libro Blanco de Envejecimiento es un documento que *“pretende ser referente para abrir vías de cambio en las políticas sociales dirigidas a las personas mayores, con el fin de encontrar en ellas nuevos horizontes que luego se concreten en proyectos innovadores que respondan a los deseos y las posibilidades de las personas de edad actuales”* (Libro Blanco del Envejecimiento Activo, 2011; p.6). Y donde se afirma que *“el envejecimiento activo ha de ser contemplado como una palanca de transformación, que permita adaptar la sociedad –con el esfuerzo de los poderes públicos y de la ciudadanía- a un cambio de paradigma sobre la imagen y valor de las personas mayores. Partiendo de la base de que todos envejecemos y que envejecemos juntos, en nuestras familias y en nuestros contextos, se hace preciso asumir los postulados derivados del envejecimiento activo como un compromiso ciudadano que hace crecer las sociedades y que genera oportunidades, bienestar, riqueza y empleo”* (IMSERSO, 2012; p.17).

Asumir esta visión del proceso de envejecimiento implica aceptar nuevos retos por parte de la comunidad científica a la hora de establecer las líneas prioritarias de investigación que necesariamente deben ser multidisciplinares. Rodríguez, Rodríguez, Sancho y Díaz (2012) identifican estas líneas prioritarias en tres grandes ámbitos de conocimiento: la biofísica, el desarrollo socio-emocional y el funcionamiento cognitivo. En el área biofísica se engloban todas aquellas intervenciones que con carácter multidimensional van dirigidas a la intervención en hábitos saludables que promueven la salud y previenen la fragilidad. En el área socio-emocional, al envejecimiento activo se incorporan aspectos psicológicos y sociales que pretenden identificar y analizar los recursos y habilidades personales para afrontar las situaciones negativas. Y por último, en el área del funcionamiento cognitivo lo que se pretende es que los mayores mantengan su capacidad mental y funcionamiento cognitivo con la idea de mejorar y

promover su calidad de vida. En esta segunda línea de investigación adquieren especial interés los recursos económicos y sociales, las estrategias de calidad o permanencia en el mercado laboral y las actividades sociales que mejoran el estado físico y mental de las personas mayores, con el consiguiente incremento de su calidad de vida y la mejora del bienestar comunitario.

Y es en este bienestar comunitario donde las líneas emergentes de investigación sobre envejecimiento activo destacan el papel que la vivienda tiene en la consecución del bienestar y calidad de vida de la población a medida que se hace mayor. La vivienda es un referente al ser considerada como marco de interacción entre el individuo, el espacio físico y el entorno que le rodea, donde la permanencia en el hogar es un factor añadido a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores que envejecen (Rodríguez, Rodríguez, Sancho y Díaz, 2012).

### ***La calidad de vida en el envejecimiento activo***

No se puede hablar de envejecimiento activo si el sujeto carece de calidad de vida, porque el estudio de la calidad de vida en el colectivo de personas mayores surge asociado al cambio de perspectiva en el modo de entender el proceso de envejecimiento.

El concepto calidad de vida comienza a utilizarse en el marco de los estudios científicos en Estados Unidos con la aparición de la primera revista monográfica “Social Indicators Research” en el año 1974. Surge este concepto para tratar de comprender y explicar por qué en sociedades con un alto nivel de bienestar tiene lugar un incremento de *patologías sociales* tales como problemas de suicidio, drogadicción, violencia, etc., lo que lleva a los estudiosos del tema a suponer que estos indicadores objetivos no necesariamente reflejan un nivel de satisfacción de los ciudadanos sobre sus condiciones vitales.

El término calidad de vida ha sido definido desde distintas disciplinas como sinónimo de buen estado de salud, satisfacción y bienestar psicosocial. Si bien, Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Macías (1996; p.87) matizan que *“la calidad de vida no es el equivalente al ambiente, no es igual a la cantidad de bienestar material ni al estado de salud física o a la calidad del cuidado de la salud de las personas”*.

Aunque se ha intentado definir de muy diversos modos, no es fácil encontrar una definición consensuada en la comunidad científica. Y esto es así, probablemente, debido su naturaleza compleja y multidisciplinar. En la actualidad, se acepta que conseguir elevados niveles de calidad de vida supone un reto social, que es fijado como un objetivo tanto para el desarrollo de las políticas públicas como de las estrategias de intervención en la promoción del bienestar social.

Urzúa y Caqueo (2012) identifican diversos modelos conceptuales que agrupan diferentes definiciones de calidad de vida. Un primer modelo relaciona la calidad de vida con condiciones de vida objetivamente medibles, tales como el estado de salud, la calidad de las relaciones sociales o el nivel económico, que permiten realizar comparaciones entre individuos. El principal problema al que se enfrentan este tipo de definiciones es que *“no existen parámetros universales de una buena u óptima calidad de vida, ya que los estándares con los que se evalúa son distintos dependiendo de los individuos y de la sociedad donde viven”* (Urzúa y Caqueo, 2012; p. 3).

Un segundo modelo conceptualiza la calidad de vida en términos de satisfacción con las condiciones de la propia vida. Este modelo se centra en el bienestar subjetivo, dejando fuera de foco a las condiciones externas de la vida a las que hacía referencia el primero.

Un tercer modelo, más integrador, aúna los dos modelos anteriores, concibiendo la calidad de vida como la sumatoria de las condiciones de vida, establecidas objetivamente a través de indicadores, y la satisfacción con la vida, establecida a partir de los sentimientos subjetivos que reflejan el bienestar general. Muy recientemente este último modelo se ha ampliado de modo que la calidad de vida es conceptualizada como la combinación de las condiciones objetivas de vida y la satisfacción con la vida, ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas de las personas (Urzúa y Caqueo, 2012).

Esta sucesión de modelos refleja los dos grandes debates que se producen entorno al concepto de Calidad de Vida. Por un lado, se discute si la calidad de vida se debe concebir como una entidad unitaria, o si por el contrario se trata de un constructo compuesto por una serie de dominios. En la actualidad este debate parece cerrado, pues existe un gran consenso científico sobre la necesidad de entender la calidad de vida como un constructo multidimensional, lo que quiere decir que en su análisis deben

considerarse tanto factores personales, como la salud, la satisfacción con la vida, las relaciones sociales y las actividades de ocio, como factores socio-ambientales y factores externos, tales como las condiciones económicas, los servicios sociales y de salud, los factores culturales o el apoyo social (Urzúa & Caqueo, 2012).

El segundo debate gira en torno a la cuestión ya mencionada de si la calidad de vida responde de modo principal a las percepciones subjetivas de los individuos, o si por el contrario debe definirse sobre la base de una serie de indicadores objetivos que se vean complementados con las percepciones personales. Fernández-Ballesteros (1998) considera que “un modo de calidad de vida reduccionista únicamente logrará empobrecer e invalidar un concepto que, por propia naturaleza, es extraordinariamente diverso (...). No se puede ignorar ningún tipo de condición en ninguna consideración de la calidad de vida de un sujeto o de grupos de sujetos determinados” (pág, 7). Así pone de ejemplo que mientras que podríamos considerar como incuestionable el apoyo social del que disfruta un individuo, referido a un hecho objetivo, no es menos importante la condición subjetiva de la satisfacción que siente el sujeto en sus relaciones sociales, para medir su calidad de vida.

Aunque el debate sigue abierto, reflejando la diversidad de aproximaciones disciplinares, parece imponerse la idea de que una valoración ajustada de la calidad de vida de las personas debe basarse tanto en indicadores objetivos como subjetivos. Cummins (2000), a partir de un extenso análisis sobre las dimensiones subjetivas y objetivas en la evaluación de calidad de vida, concluyó que ambos tipos de medidas han demostrado ser indicadores útiles. Este autor propone una interesante definición del concepto que integra de modo coherente ambas dimensiones: “[la Calidad de Vida]es un constructo universal, definido tanto objetiva como subjetivamente, donde los dominios objetivos comprenderían medidas culturalmente relevantes de bienestar objetivo, y los dominios subjetivos comprenderían la satisfacción con las diferentes dimensiones ponderadas por su importancia para el individuo” (Cummins, 2003; p. 225).

En la definición de las dimensiones o dominios de la calidad de vida, se han utilizados dos estrategias. Bajo la perspectiva teórica, Lawton (1991) señala cuatro aspectos que deben ser evaluados: el bienestar psicológico, la calidad de vida percibida, la competencia conductual y el entorno objetivo. Por su parte la OMS (1996) identifica cinco dimensiones: la salud física, la salud psicológica, el nivel de independencia, las

relaciones sociales y el entorno. Trasladar estas dimensiones a estudios empíricos requiere que se pregunte a los individuos acerca de los componentes de la calidad de su vida. De este modo, se establece que los componentes de calidad de vida son el bienestar físico y material, las relaciones personales, las actividades sociales, comunitarias y cívicas, el desarrollo personal, los factores socioeconómicos, los factores de autonomía personal, la satisfacción subjetiva y los factores de personalidad (Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Macías, 1996). Es importante tomar en consideración que, aunque se establezcan una serie de componentes comunes a analizar en cada caso, los estándares de los mismos variarán en función de las variables contextuales, tales como la edad, el género, la posición social, la etnia, etc. Por ejemplo, los estudios que se han centrado en analizar la relación entre calidad de vida y edad (Gómez-Vela y Sabeh, 2001), muestran que las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con la calidad de vida varían en función de la etapa evolutiva de la persona. Pero es más, dado que personas de diferentes edades han experimentado circunstancias vitales distintas, la evaluación que realizan de su calidad de vida reflejará diversas prioridades y valoraciones de cada dimensión de la misma, dependiendo del contexto demográfico, histórico, político y social.

Aunque la calidad de vida mantiene aspectos comunes sea cual sea el contexto en el que se emplee el término, en comparación con otros colectivos, el estudio de la calidad de vida en personas mayores requiere de la toma en consideración de factores particulares. Es decir, la calidad de vida en las personas mayores tiene un perfil específico en el que factores relevantes para otros colectivos o rangos de edad no lo son tanto en este caso (Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 2007). Por ejemplo, el acceso al trabajo es un factor relevante a la hora de definir la calidad de vida de las personas entre los 40 y 60 años de edad y, como es de esperar, tiene una escasa importancia en las personas mayores de 65 años (Ruiz y Baca, 1992). A su vez, el mantenimiento de las habilidades funcionales o de autocuidado aparece con fuerza en este último colectivo y es casi inexistente entre los adultos más jóvenes.

Una encuesta nacional a personas mayores de muy diversas edades llevada a cabo en el Reino Unido, mostró que, tomada la población en su conjunto, las relaciones familiares y sociales eran la dimensión más importante en su calidad de vida (Bowling y Windsor, 2001). Sin embargo, este mismo estudio mostraba que para las personas de

65 años en adelante, la salud era el componente más importante, ubicando las relaciones sociales en segundo lugar. En el contexto español, Fernández-Ballesteros (1997), estudió una muestra representativa de personas de un amplio rango de edad y encontró que los factores que consideraban relevantes para su calidad de vida eran el estado de salud, las habilidades funcionales, los recursos económicos, las relaciones familiares y sociales, las actividades de la vida diaria y recreativas, el acceso a los servicios sociales y de salud, la satisfacción vital, el acceso a recursos culturales y la calidad del entorno, por este orden. Sin embargo no encontró diferencias significativas en los factores identificados en función del género, edad o nivel socioeconómico. Resultados similares se obtuvieron en un estudio realizado en el año 2011 en la ciudad de Barcelona, cuyo objetivo era detectar los elementos de la calidad de vida de las personas mayores de 75 años atendidas en un programa de atención domiciliaria. Los resultados mostraron que más de la mitad de los participantes mostraban una buena percepción de su calidad de vida, y que los principales elementos relacionados con la misma fueron la salud, las relaciones familiares y sociales y la adaptación a las nuevas condiciones de vida (Puig, Rodríguez, Farràs y Lluch, 2011).

Castellón et al. (2003) defienden que el proceso de envejecimiento con una aceptable calidad de vida consiste en tener una existencia plena, intensa y satisfactoria. Las personas mayores cuando envejecen se convierten en individuos más vulnerables debido a que las alteraciones morfológicas y funcionales ligadas a la edad pueden producir una disminución de la capacidad de adaptación al entorno cotidiano lo que reduce su margen de seguridad ante los retos o requerimientos del mismo. Conseguir una óptima calidad de vida en el envejecimiento de las personas, requiere de la ausencia de problemas mentales, hábitat satisfactorio, relaciones sociales, apoyo social, seguridad económica para poder obtener los mínimos necesarios, una vivienda adecuada y sensación de bienestar y felicidad.

Algunos autores como Osorio, Torrejón y Vogel (2008) en sus investigaciones sobre la calidad de vida de las personas mayores destacan la importancia de construir el concepto de calidad de vida desde la perspectiva de las propias personas mayores, determinar la influencia de las diferentes dimensiones como la salud física, la salud psicológica, bienestar espiritual, relaciones sociales y el ambiente, incluyendo los aspectos económicos, resaltando la importancia de contar con un método e

instrumento que permita medirlos. Aunque existen variaciones se puede apreciar un cierto consenso alrededor de las dimensiones que conforman la calidad de vida de las personas mayores. Autores como Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa (2002) y Schwartzmann (2003) relacionan la calidad de vida con la salud, dando lugar a tres dimensiones que comprenden la calidad de vida de los individuos: dimensión física, que recoge la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, de tal forma que el estar sano es un elemento esencial para lograr tener una buena calidad de vida; la dimensión psicológica, esto es la percepción que el individuo tienen acerca de su estado cognitivo y afectivo (en el que influyen el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima o la incertidumbre por el futuro); y la dimensión social, entendida como la percepción del individuo acerca de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida, como por ejemplo la necesidad de apoyo familiar y social o el desempeño laboral.

Resulta por tanto muy relevante preguntar a las propias personas mayores acerca de sus percepciones sobre qué significa para ellos gozar de calidad de vida. De este modo contaremos con una evaluación más completa que no dependa sólo de las atribuciones de calidad de vida que puedan realizar los profesionales. Con este objetivo, se editó por el grupo de trabajo “European research Area in Ageing” la guía de Buenas Prácticas de la investigación con personas mayores (<http://eraage.group.shef.ac.uk/assets/files/12.02.07st%20GP%20guide%20final.pdf>).

#### **4. El contexto de la Investigación**

El proyecto de investigación que se presenta se desarrolla en el marco de un proyecto de intervención para poner en funcionamiento y dotar de actividad al Centro de Participación Activa (CPA) del Polígono Sur de Sevilla. El proyecto está liderado desarrollado por CLAROS SCA de Interés social en cooperación con El Roble SCA y la ONG Solidarios para el Desarrollo.

Según figura en la página web de la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación de la Junta de Andalucía, los Centros de Participación “son centros de promoción del bienestar de las personas mayores tendentes al fomento de la convivencia, la integración, la participación, la solidaridad y la relación con el medio social, pudiendo servir, sin detrimento de su finalidad esencial, de apoyo para la

prestación de Servicios Sociales y Asistenciales a otros sectores de la población”<sup>1</sup>. Los CPA ofertan actividades sociales, de auto ayuda, culturales, recreativas, deportivas, musicales, artesanales, turísticas, etc.

El CPA donde se desarrolla la investigación se halla enclavado en el Polígono Sur, una barriada con un pobre desarrollo urbanístico, con escasos servicios sociales y culturales y con importantes problemas que impiden un desarrollo integral del barrio. En el Polígono Sur viven, oficialmente, 28.711, con una población mayor de 65 años del 15% según datos de del Padrón de Sevilla de 2017. Estamos pues, ante un colectivo compuesto por unas 4.500 personas que conviven en un entorno muy degradado. Este barrio, ejemplo claro de los procesos de gentrificación que ha provocado la especulación urbanística, siempre ha tenido que convivir con los constantes realojos de grupos de población muy desfavorecidos, generalmente muy pobres y sobre todo marginales, procedentes de otras zonas del resto de la ciudad, que a su vez han ido atrayendo a redes familiares de otras ciudades en la misma situación, y que ha mermado cada vez más la capacidad socializadora del barrio y de sus gentes, dando paso a multitud de escenas urbanas que dan cuenta de la marginación social que también habita en sus calles (criadero de animales en el espacio público, indisciplina urbanística, tráfico de drogas, alto niveles de ruido, inseguridad vial,...). A pesar de ello, El Polígono Sur es un lugar paradójico. En él hay muchos espacios donde la ciudadanía ha construido sus historias, mantienen relaciones sociales cotidianas, sólidas, ricas y diversas; en ellos los vecinos y las vecinas han vivido hitos, se reconocen y son reconocidos. Desde la aparición de “La Peña” en los años 60, como primera forma de organización vecinal, hasta la Plataforma “Nosotros también somos Sevilla” en la actualidad, pasando por multitud de asociaciones y colectivos, coordinadoras, proyectos de ámbito comunitario, y el día a día de sus gentes, han ido contribuyendo tanto a vertebrar el tejido social, como, entre otras cuestiones, a posibilitar la subsistencia de muchas personas por la multitud de mecanismos y redes de apoyo que se han desarrollado, y que constituyen “su forma de ser”.

El proyecto desarrollado por CLAROS, El Roble y Solidarios en el Polígono sur tiene se articula entorno a dos grandes ejes de actuación: (a) mejorar la Calidad de Vida de las personas mayores el barrio a través del fomento de un Envejecimiento Activo y Saludable; y (b) integrarse en el barrio y su tejido asociativo colaborando con las acciones que se desarrollan desde el Comisionado del Polígono Sur.

Para ello cuenta con tres grandes estrategias de intervención:

- a) promoción e impulso de los programas de envejecimiento activo

---

1

<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/igualdadpoliticassocialesyconciliacion/areas/mayores/envejecimiento-activo/paginas/centros-dia.html>. Recuperado el 15 de febrero de 2019

- b) promoción del acceso por parte de las personas mayores a unas condiciones de vida digna e independiente
- c) incentivar la participación en la vida social, educativa y cultural de la comunidad

## **5. Estudio empírico**

Como hemos apuntado en los apartados anteriores existen numerosos estudios que relacionan el deterioro cognitivo en mayores y la calidad de vida (Powell, 2011; Pachana & Laidlaw, 2015; Cintoli, et al. 2019; Hou, Xue, Steptoe, Zaninoto, & Cadar, 2019; Verhaeghen & Hertzog, 2014). Sin embargo, la relación que guardan ambos procesos se ha analizado básicamente desde dos perspectivas distintas. Mientras que algunos estudios consideran la calidad de vida como factor de protección ante el Deterioro Cognitivo, otros observan el deterioro cognitivo como un factor de riesgo para gozar de una buena calidad de vida.

Para posicionarnos sobre este debate debemos abordar cual es la naturaleza del deterioro cognitivo en términos funcionales. En primer lugar, se debe señalar que el deterioro de las destrezas mentales no es un proceso homogéneo: unas habilidades de deterioran a mayor ritmo que otras. Básicamente, el mayor y más prematuro efecto del deterioro cognitivo se produce en la velocidad del procesamiento. La velocidad del procesamiento hace referencia a la capacidad para entender un problema, decidir cuál puede ser una respuesta correcta y dar esa respuesta. En este sentido, cuando la persona mayor afronta tareas que presentan una gran cantidad de datos o que no presentan una serie de alternativas como respuesta su capacidad de razonamiento y decisión se ve comprometida. A su vez, si esta decisión debe adoptarse bajo presión del tiempo los resultados empeora de modo sustancial. Quizá, este sea el principal efecto del deterioro cognitivo a la hora de realizar actividades cotidianas por parte de los mayores. En cambio, otro tipo de destrezas cognitivas no se ven tan alteradas en relación con la edad de los mayores. A este tipo de destrezas se les conoce como habilidades cognitivas cristalizadas. El adjetivo de cristalizadas incide en la idea de que son habilidades cognitivas que se han consolidado con el tiempo y que no dependen de la velocidad de procesamiento. Nos referimos a destrezas como el conocimiento general, el vocabulario la capacidad de cálculo o la memoria de eventos pasados. En cambio, las destrezas cognitivas no cristalizadas o fluidas, es decir aquellas que dependen de la velocidad de procesamiento, si se ven afectadas por una tasa de deterioro asociada a la edad. En este grupo de habilidades podemos incluir la capacidad de inhibición de respuestas, las habilidades de atención sostenida, y fundamentalmente las habilidades de memoria de trabajo (ver figura 1, tomada de Powell (2011)).

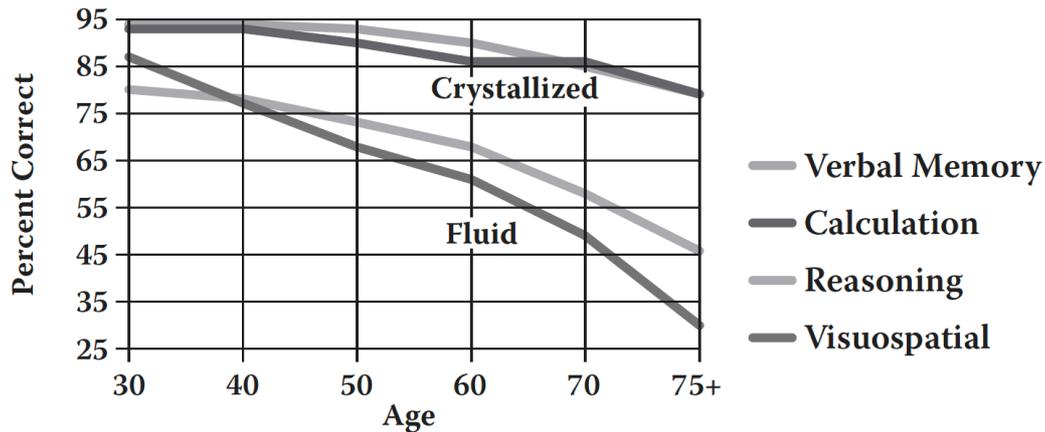


Figura 1. Deterioro cognitivo con la edad en función del tipo de destreza cognitiva (Powell, 2011)

El planteamiento de nuestro estudio se basa en esta idea de deterioro cognitivo. Asumimos que la alteración de la velocidad de procesamiento va a afectar fundamentalmente a la capacidad de toma de decisiones por parte de los adultos mayores. Esa dificultad a la hora de tomar decisiones va a impactar directamente en el tipo de actividad que puedan desarrollar con autonomía plena en su vida cotidiana.

Cuando la velocidad de procesamiento se vea alterada de modo profundo la autonomía de la persona se verá seriamente comprometida. Esta dificultad para tomar decisiones junto a la pérdida de autonomía que conlleva va a afectar de modo sustancial a la calidad de vida de estas personas. Esta afectación vendrá de la mano de la pérdida de autonomía, capacidad de decisión y dificultades para la participación en actividades cotidianas.

Si este razonamiento es correcto, la estrategia de intervención social con mayores puede verse desde una perspectiva diferente. No se tratará tanto de promover una calidad de vida, visto esto de modo genérico, para prevenir el deterioro cognitivo, sino más bien intervenir con estrategias decididas que estén orientadas a mantener la actividad intelectual de los mayores de modo que el deterioro cognitivo se limite.

Haciendo esto conseguiremos que los mayores cuenten con recursos mentales que les permitan abordar las decisiones que surgen en el seno de sus actividades cotidianas, hacerlo con autonomía, y con ello, facilitando su participación en la comunidad.

Para constatar que existe este vínculo entre deterioro cognitivo, entendido como factor de riesgo, y calidad de vida realizamos el estudio empírico que a continuación se presenta.

## Método

### Participantes

En el estudio participaron 94 adultos mayores que asistía de modo regular al CPA Polígono Sur. La edad oscilaba entre los 54 años y los 86 años: 27 de los participantes

contaban con una edad comprendida entre los 54 y los 65 años; 36 de los participantes contaban con una edad comprendida entre los 66 y los 75 años; 31 de los participantes contaban con una edad superior a los 75 años. De los participantes 62 eran mujeres y 32 hombres. El conjunto de participantes variaba igualmente en función de el tipo de hogar y de el nivel de estudios: 37 de los participantes vivían solos en su vivienda y 39 lo hacían acompañados por su pareja o hijos; a su vez 28 de los participantes no contaban con estudios reglados, 40 contaban con estudios primarios y 26 con otro tipo de estudios (estudios secundarios, deformación profesional, etc) (ver tabla 1)

**Participantes: 94**

<b>Género</b>	<b>Estudios</b>
· 62 mujeres	· 28 Sin estudios
· 32 Hombres	· 40 Estudios Primarios
<b>Edad</b>	· 26 Otros Estudios
· 27 de 54 a 65 años	<b>Hogar</b>
· 36 de 66 a 75 años	37 Solos
· 31 de más de 75 años	39 Acompañados

*Tabla 1. Participantes en el estudio*

### *Instrumentos*

Para la realización del estudio se emplearon pruebas para medir el deterioro cognitivo y la calidad de vida

**Escala de la evaluación cognitiva de Montreal (MoCA):** evalúa la función ejecutiva y visoespacial, la identificación, la memoria, la atención, el lenguaje, la abstracción, el recuerdo y la orientación. El tiempo de aplicación oscila entre los 5 y 10 minutos. Se estima la sensibilidad de la MoCA para detectar deterioro cognitivo leve como excelente (90%). La puntuación máxima es de 30 puntos y el valor del punto de corte para determinar un deterioro cognitivo es de 26 puntos. Una puntuación menor de 10 indica un deterioro cognitivo severo.

**Escala de Calidad de Vida-AQoL (Richardson, Kahn & Maxwell, 2014):** es una escala que consta de 15 ítems con cuatro opciones de respuesta tipo likert que van de 1 (mala calidad de vida) a 4 (buena calidad de vida). Siendo más alta la calidad de vida cuanto más altas son las puntuaciones. La escala se divide en 5 factores: enfermedad (ítems 1-3), vida independiente (ítems 4-6), relaciones sociales (ítems 7-9), sentidos (ítems 10-12) y salud mental (ítems 13-15). De los 4 últimos factores se obtiene un índice que va de 0 (estado de calidad de vida peor) a 1 (mejor estado de calidad de vida)

### *Procedimiento*

De los participantes se realizó entre los asistentes regulares a las actividades que habitualmente desarrollaba el CPA del Polígono Sur. Dado que la actividad que contaba con mayor número de participantes era el Taller de Actividad Física las escalas de deterioro cognitivo y calidad de vida se administraban tras finalizar este taller. Los mayores participaron de modo voluntario en el estudio y se recompensó su participación con un vale para un desayuno en un establecimiento de la zona.

Tras explicarle a cada participante el objetivo general del estudio se administró en primer lugar la escala MoCA de deterioro cognitivo en segundo lugar la escala AQoL de calidad de vida.

### *Análisis de datos*

Para el análisis de datos se emplearon Modelos Estructurales Parciales (PLS-SEM). La PLS-SEM es una técnica de análisis multivariante cuya finalidad es probar modelos estructurales. Esta metodología tiene como objetivo principal el análisis causal-predictivo en el cual los problemas analizados son complejos y el conocimiento teórico puede ser escaso. La técnica presenta las siguientes características: 1) puede utilizar tamaños pequeños de muestra, aunque si esta es más grande aumenta la precisión, y no es necesario que se asuma una distribución normal de los datos; 2) el número de ítems de cada constructo medido puede ser solo uno o bien puede conformarse por más de uno y en las relaciones entre constructos y sus indicadores se pueden incorporar métodos de medida reflectivos y formativos; 3) tiene como objetivo maximizar la cantidad de varianza explicada; 4) en la evaluación del modelo global (estimación del modelo de medida) no se establecen criterios de bondad de ajuste, sino que se evalúan por separado las medidas reflectivas y formativas; 6) el algoritmo básico de la PLS sigue un enfoque de dos pasos, el primero se refiere a la estimación iterativa de las puntuaciones de las variables latentes, y el paso segundo se refiere a la estimación final de los pesos, cargas y coeficientes path por medio de la estimación de mínimos cuadrados ordinarios (múltiples y sencillos) y en el análisis de componentes principales. Por lo tanto, PLS-SEM es un método confirmatorio, guiado más por la teoría que por los resultados empíricos que permite al investigador examinar cada relación propuesta desde una perspectiva teórica para asegurarse que los resultados sean conceptualmente válidos. Por ello, la SEM puede ser utilizado para probar supuestos teóricos con datos empíricos.

### **Resultados**

Para analizar los datos obtenidos en primer lugar se realizó un estudio de las correlaciones entre las variables consideradas. Como características de los participantes

se incluyeron la edad, medida en años, y el nivel educativo, medido en años de escolarización formal; como medidas de ejecución se incluyen las puntuaciones obtenidas en la escala MoCA, tanto en su puntuación total (MOCAtotal) como en su puntuación corregida (MOCATOTCor). La puntuación MoCA corregida implica añadir un punto a la puntuación obtenida si el participante cuenta con menos de 12 años de estudios formales.

**Correlaciones**

		edad	niveduca	MOCATOTCor	MOCAtotal	AQoL-6D unweighted score
edad	Correlación de Pearson	1	-,168	-,419**	-,428**	-,083
	Sig. (bilateral)		,105	,000	,000	,426
	N	94	94	94	94	94
niveduca	Correlación de Pearson	-,168	1	,396**	,370**	,267**
	Sig. (bilateral)	,105		,000	,000	,009
	N	94	94	94	94	94
MOCATOTCor	Correlación de Pearson	-,419**	,396**	1	,997**	,321**
	Sig. (bilateral)	,000	,000		,000	,002
	N	94	94	94	94	94
MOCAtotal	Correlación de Pearson	-,428**	,370**	,997**	1	,300**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000		,003
	N	94	94	94	94	94
AQoL-6D unweighted score	Correlación de Pearson	-,083	,267**	,321**	,300**	1
	Sig. (bilateral)	,426	,009	,002	,003	
	N	94	94	94	94	94

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

*Tabla 2. Análisis de Correlaciones*

Los análisis muestran que la edad correlaciona negativamente con las puntuaciones obtenidas en la escala MoCA, tanto en su versión de puntuación total como corregida. Esto quiere decir que los participantes con mayor edad tendían a puntuar más bajo en la escala MoCA Y a su vez los participantes más jóvenes tendían a obtener puntuaciones más elevadas en esta escala. En este caso tenemos un primer indicio que nos relaciona la edad de los participantes con el deterioro cognitivo, si bien el observado puede considerarse como deterioro leve o muy leve. Un dato interesante es el que muestra que la edad no correlaciona con las puntuaciones en la escala de calidad de vida. Es decir, los participantes más mayores no obtienen puntuaciones más altas o bajas en la escala de calidad de vida que los participantes más jóvenes.

El nivel educativo, medido en términos de años de escolarización, mostró una fuerte asociación con el deterioro cognitivo y con la calidad de vida, variables con las que se encuentra una correlación positiva significativa. Aquellos participantes que contaban con más años de escolarización presentaban puntuaciones más altas en la escala MoCA. Es decir, a medida que aumenta los años de escolarización aumenta la puntuación obtenida en la escala sobre funcionamiento cognitivo. Encontramos que los participantes con mayor nivel de estudios presentan menores indicios de deterioro

cognitivo. A su vez, y a diferencia de lo que sucedía con la edad, el nivel de estudios correlaciona positivamente con la calidad de vida de los participantes. Esto es, aquellos participantes que contaban con mayor número de años de escolarización tendían a puntuar más alto en la escala de calidad de vida.

Finalmente hay que señalar que las dos variables de respuesta estudiadas, esto es, la ejecución en la prueba de desarrollo cognitivo (MoCA) y la escala de calidad de vida correlacionan positivamente de modo significativo. Esto es aquellas personas que obtiene mejor puntuación en la escala MoCA (esto es un menor índice de deterioro cognitivo o dicho de otro modo un mejor funcionamiento cognitivo) obtienen a su vez puntuaciones más elevadas en la escala de calidad de vida.

Estos primeros resultados preliminares parecen apuntar en la dirección de lo esperado según los planteamientos realizados en la introducción teórica de este trabajo. Por un lado, observamos una relación positiva entre un buen funcionamiento cognitivo (esto es ausencia de deterioro cognitivo) y la calidad de vida de los participantes. Por otro lado, encontramos datos que indican que un buen funcionamiento cognitivo de los sujetos está relacionado tanto con la edad como con el tipo de formación recibida. Finalmente hay que señalar que la calidad de vida está más vinculada a factores de orden educativo y de formación que a factores biológicos como puede ser la edad.

Para obtener una visión más compleja y completa de la relación entre las variables estudiadas se procedió a realizar análisis basados en modelos estructurales parciales (PLS-SEM). Estos modelos nos permiten vincular todas las variables de un modo teórico y contrastar con una serie de parámetros si ese planteamiento teórico permite explicar la varianza de los datos. En el planteamiento del modelo para explicar los datos obtenidos hemos colocado como variable de respuesta o final a la calidad de vida. Esta calidad de vida depende, según nuestro modelo, de los indicadores de deterioro cognitivo de las personas mayores. A su vez se establecen tres variables que pueden jugar un papel a la hora de entender qué factores pueden explicar ese deterioro cognitivo, esto es, la edad, el género y el nivel de estudios medido en años de escolarización. Con estos planteamientos, y tras aplicar las técnicas de análisis basada en modelos estructurales parciales obtenemos los resultados que se reflejan en la siguiente figura (figura 2)

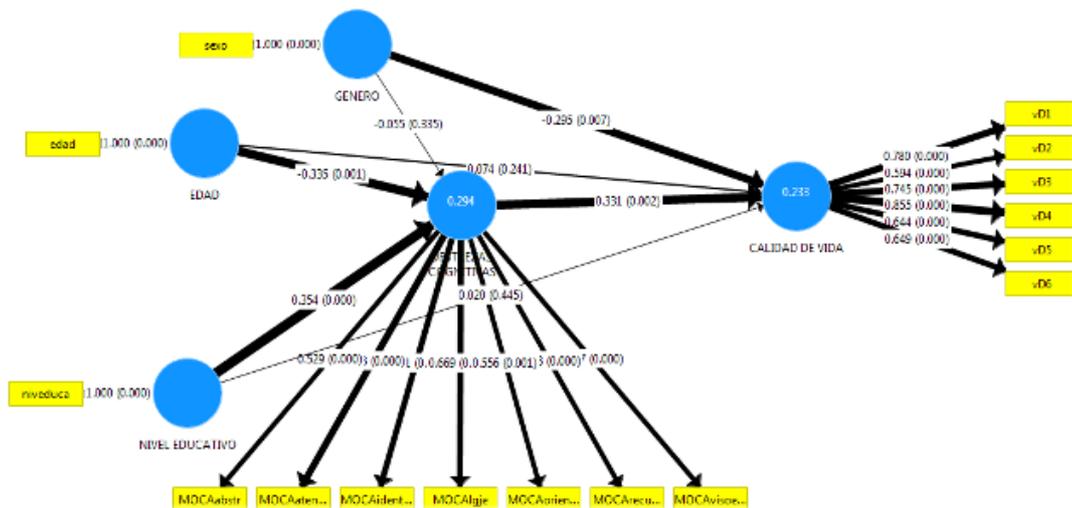


Figura 2. Modelo PLS-SEM

La Figura 2 muestra el modelo completo con los parámetros de determinación de relaciones entre las variables incorporadas en el mismo. Para hacer más fácil la lectura de éste presentamos la Figura 3 que representa las relaciones establecidas en este modelo. En la misma representamos con líneas de diferentes colores las relaciones entre las variables estudiadas. Una línea gris indica que no hay una relación significativa entre esas variables; una línea verde indica una relación positiva entre las variables conectadas; una línea roja indica una relación negativa entre esas variables.

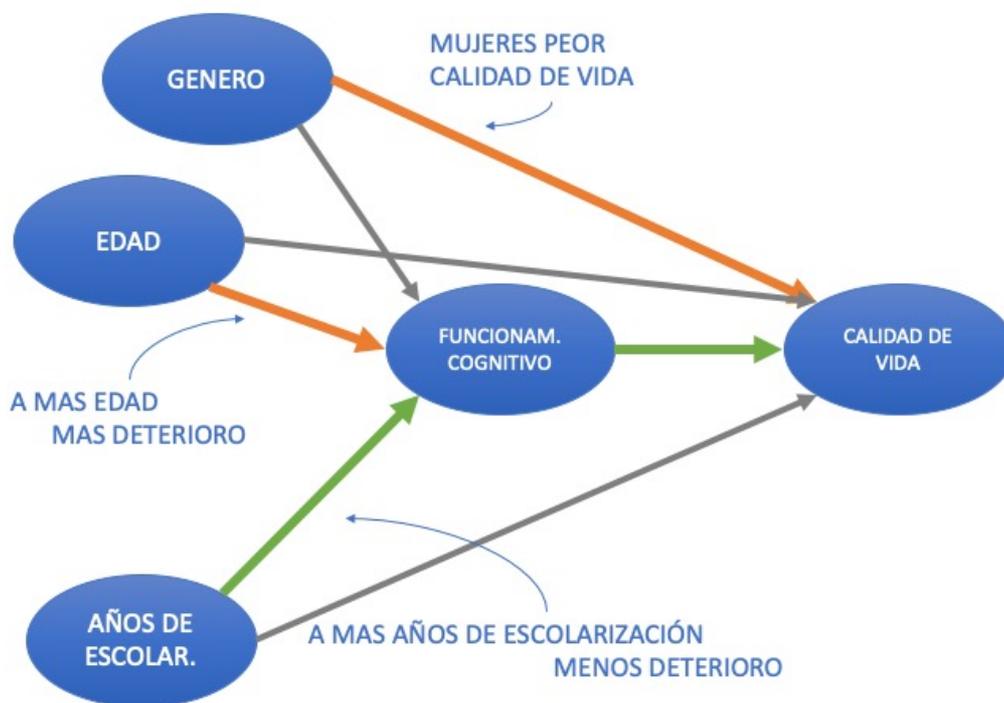


Figura 3. Modelo de PLS-SEM para la calidad de vida

Teniendo en cuenta estas consideraciones pasemos a analizar el modelo estructural que permite explicar la calidad de vida de los participantes en el estudio. En primer lugar, tenemos que señalar, como ya hemos indicado en el apartado anterior, que un buen funcionamiento cognitivo se relaciona positivamente con la calidad de vida. Cuanto mejor es el funcionamiento cognitivo de los participantes más altas puntuaciones obtienen en la escala de calidad de vida. Dentro de las variables definitorias de los participantes, esto es, género, edad y años de escolarización, dos de ellas no presentan relaciones significativas directas con la calidad de vida y una de ellas si lo hace. Vemos, y así lo indican las líneas grises, ni la edad ni los años de escolarización guardan una relación significativa directa con la calidad de vida. En cambio, el género si muestra una relación significativa con la calidad de vida. Que en la codificación de los datos se otorgó la puntuación de cero para los hombres y uno para las mujeres, el parámetro negativo que relaciona género con calidad de vida indica que las mujeres tienden a puntuar más bajo en la escala de calidad de vida. En términos genéricos podemos decir que las participantes mujeres en nuestro estudio presentan peor calidad de vida que los participantes varones.

Lo interesante de nuestros datos es que señalan que edad y años de escolarización juegan un papel importante en la determinación de la calidad de vida de los participantes no de modo directo, sino a partir de su influencia en una variable mediadora como es la calidad de su funcionamiento cognitivo, o dicho de otro modo la presencia o ausencia de un deterioro cognitivo relevante. De este modo, encontramos que la edad se relaciona de modo negativo con el funcionamiento cognitivo. Esto es a medida que las personas tienen más edad su funcionamiento cognitivo decae indicando un potencial deterioro cognitivo, aunque éste sea leve. A su vez, los años de escolarización influye en el funcionamiento cognitivo, es decir, con cuantos más años de escolarización cuentan los participantes mejores son sus puntuaciones en la escala de evaluación de su funcionamiento cognitivo.

Una visión de conjunto de los resultados obtenidos muestra lo siguiente. El género por si supone un factor de riesgo con relación a la calidad de vida. Las mujeres presentan indicadores de una peor calidad de vida que los hombres. Sin embargo, el género no juega un papel relevante en el funcionamiento cognitivo, esto es, hombres y mujeres presentan indicadores de deterioro cognitivo similares.

Vemos a su vez que un buen funcionamiento cognitivo, o dicho de otro modo, la ausencia de deterioro cognitivo relevante se asocia con una mejor calidad de vida. Ni edad ni años de escolarización se relacionan directamente con la calidad de vida, pero si lo hacen con el deterioro cognitivo. Podemos decir que la edad es un factor de riesgo del deterioro cognitivo de modo que a medida que aumenta la edad aumenta el riesgo de tener un deterioro cognitivo y por tanto, a partir de este, se incrementa la posibilidad de que la calidad de vida de los mayores se resienta. En un sentido contrario actúa el nivel educativo, entendido en términos de años de escolarización. Vemos que, al igual

que sucedía con la edad, esta variable no se relaciona directamente con la calidad de vida.

Esto es, no por tener mayor nivel de estudio se tiene mayor calidad de vida. Sin embargo, los estudios si se relacionan de modo positivo con el funcionamiento cognitivo. Esto es, cuanto mayor es la formación, mayores son las puntuaciones en la escala de funcionamiento cognitivo o, dicho de otro modo, menor es la probabilidad de sufrir deterioro cognitivo. En este caso, la formación, los años de estudio, funciona como Factor protector ante el deterioro cognitivo, y a través, de este como un elemento que puede jugar un papel relevante en la calidad de vida de las personas.

### ***Discusión y conclusiones.***

De este estudio podemos extraer aprendizajes importantes sobre la intervención en población de personas mayores de cara a promover una mejor calidad de vida. Hemos mostrado que el proceso de deterioro cognitivo actúa como un factor de riesgo sobre la calidad de vida de los mayores. A medida que sus habilidades mentales sufren una merma sus capacidades para tomar decisiones en la vida cotidiana, para actuar de modo autónomo se ven limitadas, y con ello sin duda, se ve afectada su calidad de vida. Actuar, intervenir con proyectos que promuevan el desarrollo cultural e intelectual de los mayores nos va a asegurar que estamos actuando sobre uno de los factores protectores del deterioro cognitivo, la formación. Conseguir que nuestros mayores mantengan elevados niveles de actividad intelectual va a ralentizar, si no a detener en gran medida, el deterioro cognitivo. Al hacer esto vamos a proteger su capacidad de decidir y de actuar de modo autónomo, y de este modo estaremos protegiendo y promoviendo su calidad de vida.

Este estudio muestra que el deterioro cognitivo no es algo inevitable que se asocia directamente con la edad, con un factor de carácter biológico. Nuestros datos muestran que la formación, la actividad cultural, la participación pueden actuar como un factor protector del deterioro cognitivo y, en tanto que preserva un buen funcionamiento cognitivo, como un factor protector de la calidad de vida de las personas mayores.

A partir de este punto, se abren nuevas perspectivas para promover un envejecimiento activo vinculado a la calidad de vida de las personas mayores. Desarrollar actividades que promuevan la claridad cognitiva, la capacidad de toma de decisiones es, posiblemente, un camino de éxito en la intervención en esta población.

## Referencias

- Abellán, A., & Ayala, A. (2012). Un perfil de las personas mayores en España, 2012. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Portal Mayores*, 131.
- Atchley, R. C. (1971). Retirement and leisure participation: Continuity or crisis? *The Gerontologist*, 11, 13-1.
- Baltes, M. M., & Carstensen, L. L. (1996). The process of successful ageing. *Ageing and society*, 16(04), 397-422.
- Baltes, P. B., y Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes y M. M. Baltes (Eds.): *Successful aging: Perspectives from the Behavioural sciences* (pp. 1-35). Cambridge UK: Cambridge University Press.
- Barnes, M. (2005). The same old process? Older people participation and deliberation. *Ageing & Society*, 25, 245-259.
- Bowling, A. (2008). Enhancing later life: how older people perceive active ageing? *Aging and Mental Health*, 12 (3), 293-301.
- Bowling, A., & Windsor, J. (2001). Towards the good life: A population survey of dimensions of quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 2 (1), 55-82.
- Buendía, J., & Riquelme, A. (1994). Jubilación, salud y envejecimiento. En VV.AA. *Envejecimiento y psicología de la salud* (pp. 69-88). Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Castellón, J. L. E., De la Cruz, C. P. R., & Corrales, R. (2003). Actividad física y enfermedad. *Anales de Medicina Interna* 20 (8), 427-433.
- Cintoli, S., Radicchi, C., Noale, M., Maggi, S., Meucci, G., Tognoni, G., Bonuccelli, U., Sale, A., Berardi, N., & Maffei, L. (2019). Effects of combined training on neuropsychiatric symptoms and quality of life in patients with cognitive decline. *Aging Clinical and Experimental Research*. <https://doi.org/10.1007/s40520-019-01280-w>
- Cumming, E. y Henry, W. E. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. New York: Basic Books.
- Cummins, R. A. (2000). Objective and subjective quality of life: An interactive model. *Social Indicators Research*, 52(1), 55-72.
- Cummins, R. A. (2003). Normative life satisfaction: Measurement issues and a homeostatic model. *Social Indicators Research*, 64(2), 225-256.
- Cunningham, C., O' Sullivan, R., Caserotti, P., & Tully, M. (2020). Consequences of physical inactivity in older adults: A systematic review of reviews and meta-analyses. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 30(5), 816–827. <https://doi.org/10.1111/sms.13616>
- Depp, C. A. y Jeste, D.V. (2006). Definitions and predictors of successful ageing: a comprehensive review of larger quantitative studies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 6-20.
- Fariñas, C. (2012). Envejecimiento activo, suprimiendo los límites de la edad. *Sesenta y más*, 313, 29-32.
- Fernández Ballesteros, R. (2000). La Gerontología Positiva. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 10 (3), 143-146.

- Fernández Ballesteros, R. (2004). Psicología de la vejez. *Humanitas: Humanidades Médicas*, 1, 27-38.
- Fernández Ballesteros, R. (2008). *Active aging. The contribution of psychology*. Gottingen: Hogrefe & Huber.
- Fernández Ballesteros, R., Zamarrón, MD y Macías A. (1996). *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Madrid: IMSERSO.
- Fernández-Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de psicología*, 73, 89-104.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). *Vejez con éxito o vejez competente: un reto para todos*. Ponencias de las IV Jornadas de la AMG: Envejecimiento y Prevención.
- Fernández-Ballesteros, R. & Zamarrón, M. (2007). *Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI)*. Madrid: Ediciones TEA.
- Fredrickson, B. L., & Carstensen, L. L. (1990). Choosing social partners: how old age and anticipated endings make people more selective. *Psychology and aging*, 5(3), 335.
- Futurage. A Road Map for Ageing Research. Funded by the European Commission's, Seventh Framework Programme FP7-HEALTH-2007-B/No 223679. [Consultado mayo 2015 en <http://www.futurage.group.shef.ac.uk/>].
- Gómez-Vela, M., & Sabeh, E. N. (2001). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. *Gaceta Sanitaria*, 15 (4), 24-43.
- Havighurst, R. J. (1963). Successful aging. Processes of aging. *Social and psychological perspectives*, 1, 299-320.
- Hou, T., Xue, B., Steptoe, A., Zaninotto, P., & Cadar, D. (2019). How physical activity and quality of life influence age-associated cognitive decline: findings from the english longitudinal study of ageing. *Alzheimer's & Dementia*, 15, P1469–P1469. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2019.06.4107>
- IMSERSO. (2012). *Libro blanco del envejecimiento activo*. Madrid: IMSERSO. Retrieved novembrer 15, 2016, from [http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088\\_8089libroblancoenv.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística (2013). *Proyección de la Población de España a Corto Plazo 2013-2023*. Recuperado el 8 de noviembre de 2016, en <http://www.ine.es/prensa/prensa.htm>
- Lawton, M.P. (1991) A Multidimensional View of Quality of Life in Frail Elders. In J.E Birren, J. Lubben, J. Rowe & D. Deutchman (eds). *The Concept and Measurement of Quality of Life*. New York: Academic Press.
- Lehr, U. M., & Thomae, H. (2003). *Psicología de la senectud: proceso y aprendizaje del envejecimiento*. Barcelona: Herder Editorial.
- Lher, U. (1982). Socio-psychological correlates of longevity. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 2 102-147.
- Maddox, G. L. (1963). Activity and morale: A longitudinal study of selected elderly subjects. *Social forces*, 42(2), 195-204.
- Moñivas, A. (1998). Representaciones de la vejez: modelos de disminución y de crecimiento. *Anales de psicología*, 14(1), 13-26.
- Organización Mundial de la Salud (1998). *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria*. Madrid: Meditor.

- Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37 (2), 74- 105.
- Osorio, P., Torrejón, M. J. y Vogel, N. (2008) Aproximación a un concepto de calidad de vida en la vejez. Escuchando a las personas mayores. *Revista de Psicología*, vol. XVII (1), 101-108.
- Pachana, N., & Laidlaw, K. (2015). *Oxford handbook of clinical geropsychology* (First edition.). Oxford University Press.
- Pérez, B. P., Trillo, M. T., Aguilera, F. M., & Castro, M. B. (2009). Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. *Revista de especialidades médico-quirúrgicas*, 14(2), 53-61.
- Poseck, B. V. (2006). Psicología Positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 3-8.
- Powell, D. (2011). *The aging intellect*. Routledge.
- Puig Llobet, M., Rodríguez Ávila, N., Farràs Farrà, J., Lluch Canut, M.T. (2011). Quality of Life, Happiness and Satisfaction with Life of Individuals 75 years old or older cared for by a Home Health Care Program. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(3), 467-75.
- Rodríguez Rodríguez, V., Rodríguez Mañas, L., Sancho Castiello, M. Y Díaz Martín, R. (2012). Envejecimiento. La investigación en España y Europa. *Revista Española de Geriatría y Gerontología* 47 (4): 174-179.
- Rowe, J. W. y Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440.
- Rowe, J. W. y Khan, R. L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237, 143-149.
- Ruíz, M. A. y Baca, E. (1992). Design and validation of the quality of life cuestioniare. *European Journal of Psychological Assessment*, 9, 19-32.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 9-21.
- Seligman, M. E. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. *Handbook of positive psychology*, 2, 3-12.
- Staudinger, U. M., Marsiske, M., & Baltes, P. B. (1995). Resilience and reserve capacity in later adulthood: Potentials and limits of development across the life span. *Developmental psychopathology*, 2, 801-847.
- Urzúa, A. y Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto Quality of life: A theoretical review. *Terapia Psicológica*, 30 (1), 61-71.
- Velarde-Jurado, E. y Ávila-Figueroa, C. (2002). Evaluación de la Calidad de Vida. *Salud Pública de México*, 44(4), 349-361.
- Walker, A. (2006). Active ageing in employment: its meaning and potential. *Asia-Pacific Review*, 13, 1, 78-93.
- WHO (2007). *Global Age Friendly Cities: A Guide*, Geneve: WHO 2007.
- WHO (2007). Global Age Friendly Cities: A Guide. [[http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?ua=1)]
- Zavala, M., Vidal, D., Castro, M., Quiroga, P., & Klassen, G. (2006). Funcionamiento social del adulto mayor. *Ciencia y enfermería*, 12(2), 53-62.