

Rendimiento cognitivo y calidad de vida de adultos mayores asistentes a grupos de tercera edad

Cognitive performance and the quality of life in older adults participating in a group of seniors

María Alejandra García Mejía (1), Lina María Moya Polania (1), María Cristina Quijano (2)

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El envejecimiento genera cambios cognitivos irreversibles, que influyen en aspectos psicológicos, sociales, físicos y emocionales, y por ende, en la calidad de vida.

OBJETIVO: Establecer diferencias entre el rendimiento cognitivo y la calidad de vida en adultos mayores que participan en un grupo de la tercera edad y adultos que no participan en estos programas.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se aplicó una batería neuropsicológica y una escala de calidad de vida a 36 adultos mayores entre 60 y 75 años. La muestra se dividió en dos grupos, cada uno conformado por 18 personas. El grupo A hace referencia a participantes que asisten a grupos de la tercera edad y el grupo B a los que no asisten a dichos grupos.

RESULTADOS: Los adultos que participan en grupos de la tercera edad presentaron mejor rendimiento cognitivo que aquellos que no asisten ($p = 0,02$), mientras que en la escala de calidad de vida no hubo diferencias significativas entre los grupos.

CONCLUSIÓN: El rendimiento cognoscitivo fue diferente en los grupos, pero en ambos se apreció un rendimiento normal. La calidad de vida fue igual en los dos grupos. No se evidenció que los cambios cognitivos afecten la calidad de vida, aunque se resaltó la importancia de la inclusión social y las redes sociales como un factor que incide en el bienestar psicológico y emocional del individuo.

PALABRAS CLAVE: Calidad de vida, envejecimiento, rendimiento cognitivo, tercera edad (DECS).

SUMMARY

INTRODUCTION: Aging produces irreversible cognitive changes that affect psychological, social, physical and emotional aspects; and therefore the quality of life.

OBJECTIVE: Differentiate between cognitive performance and the quality of life in older adults participating in a group of seniors contrasting with a group that do not participate in those programs.

MATERIALS AND METHODS: A neuropsychological battery and a quality of life scale was applied to 36 elderly between 60 and 75 years. The sample was divided into two groups, each made up of 18 people. Group A refers to participants attending the elderly groups and group B those who did not attend such groups.

RESULTS: 368 patients with ischemic stroke and 63 (17%) with AF (54% male), aged (77.6 ± 10.25 years), hypertens. Adults who participate in groups of seniors had better cognitive performance than those who do not attend; while the scale of quality of life, none of the dimensions differ significantly between the two groups.

CONCLUSION: While cognitive performance differed between the groups, both were at a normal performance, there is no evidence of impairment. The quality of life was maintained in both, it was not demonstrated that cognitive changes affecting the quality of life and the importance of social inclusion and social networks as a factor that affects the psychological and emotional well-being of the individual is highlighted.

KEY WORDS. Aging, cognitive performance, quality of life, seniors (MeSH).

(1) Psicólogas, Pontificia Universidad Javeriana, Cali.

(2) Psicóloga, Pontificia Universidad Javeriana, Cali. Magíster en Neuropsicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Especialista en Neuropsicología Infantil, Pontificia Universidad Javeriana, Cali. Docente Investigadora GMEP, Facultad de Ciencias Sociales, Pontificia Universidad Javeriana, Cali.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso natural que se desarrolla de manera continua e irreversible y está conformado por cambios orgánicos y mentales que generan un declive en la eficacia del funcionamiento orgánico del individuo, además de estar influenciado por factores hereditarios y los estilos de vida (1, 2).

Así pues, en el envejecimiento el deterioro cognitivo está dado por la disminución del rendimiento de los procesos cognitivos asociados a cambios no evolutivos y en retroceso de las funciones de las estructuras cerebrales (3). Estos cambios biológicos desencadenan decremento de los procesos perceptuales y sensitivos, específicamente pérdida en la agudeza visual y auditiva, afectación de las habilidades visoespaciales y visoperceptivas, dado que se presenta declive en tareas de orientación de líneas y reconocimiento de caras (4). Asimismo, se evidencia disminución de funciones cognitivas como la memoria corto plazo, la memoria de trabajo y la memoria de tipo visual relacionado con el declive de la evocación espacial (5, 6). La atención es otro proceso que se altera, diversos autores mencionan que a mayor edad se presentan fallas en el control atencional, específicamente en la atención selectiva, y lentificación de la velocidad del procesamiento de la información (7, 8).

En cuanto a la dimensión social y psicológica del adulto mayor, puede verse afectada por la concepción negativa de la vejez, que le genera exclusión por parte de la sociedad. De esta manera, el adulto mayor al percibir dicha exclusión social pierde el rol que desempeñaba dentro de su círculo y empieza la búsqueda de entrar a un nuevo grupo social, el cual tiende a ser más fragmentado debido a las condiciones de la edad. Así pues, a nivel psicológico se da una crisis del desarrollo acompañada por una serie de preocupaciones que exigen un alto nivel de adaptación por parte del adulto mayor (9). Diversos autores coinciden sobre la importancia del ámbito social, propiamente trascendencia que tiene la participación social en la población de la tercera edad, de manera que el establecimiento de relaciones interpersonales y asistir a hogares de la tercera edad genera un efecto positivo en el individuo, dado que le asigna un papel en la sociedad que potencia emocional, social y cognoscitivamente al individuo (10-12).

De lo expuesto se deduce que el envejecimiento afecta la vida del adulto mayor en los aspectos psicológicos, sociales, físicos y emocionales, por lo cual su calidad de vida sufre cambios. En este sentido es importante el concepto "calidad de vida", definido como un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico

y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad y la salud objetivamente percibida (13).

Por otro lado, en la revisión de datos demográficos se aprecia un crecimiento poblacional de adultos mayores, pues a nivel mundial se observa que actualmente existen en el mundo 810 millones de personas que pertenecen al grupo de la tercera edad, lo que representa el 11,8% de la población mundial. En este sentido, se proyecta que en un término no mayor a diez años dicha población será de 1.000 millones de personas (14). En Latinoamérica, en el año 2000, se estimó que este grupo de personas se incrementó 1,6%, lo cual elevó la cifra al 8,1% del total de la población, es decir que, en dicho año, 41 millones de personas tenían más de 60 años, y se estima que para el año 2025 los individuos pertenecientes a esta franja etaria correspondería a 100 millones de personas, lo que equivaldría al 14,1% de la población total (15). Particularmente, en Santiago de Cali se estima que hay 2.369.696 habitantes, de los cuales 199.997 son personas mayores de 60 años, esto es, el 8,43% (16).

Teniendo en cuenta el panorama descrito, se plantea como objetivo general establecer si existen diferencias entre el rendimiento cognitivo y la calidad de vida en un grupo de adultos mayores que participan en un grupo de la tercera edad y adultos mayores que no participan de dichos programas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio no experimental, con diseño descriptivo (17). Los participantes fueron 36 adultos mayores entre los 60-75 años de edad en Santiago de Cali, Colombia. La muestra se dividió en dos grupos, cada uno conformado por 18 personas. El grupo A hace referencia a los participantes que llevaban como mínimo un año asistiendo de manera regular al grupo de la de la tercera edad del programa establecido por una institución privada, cuyo objetivo es promover una vejez activa con la instauración de hábitos saludables. Se puede afirmar que el programa es integral, ya que abarca las diferentes dimensiones del adulto mayor, tales como la física, la social, la emocional y la cognitiva; ofrece espacios de ejercicios físicos y mentales como el taller "Gimnasia mental", en el que se realizan actividades de lectura, escritura, juegos de mesa, pintura, además de recreativas y sociales, con la incorporación de viajes turísticos. Asimismo, el programa incrementa la funcionalidad y la independencia en el adulto mayor, con talleres sobre el manejo de las nuevas tecnologías. Por su parte, el grupo B se refiere a participantes que no asisten a dichos grupos.

Fueron incluidos en el estudio adultos mayores con escolaridad mínima de cinco años y que no presentaran antecedentes psiquiátricos, ni de tratamiento neuropsicológico, consumo de fármacos e historia de abuso de sustancias psicoactivas o alcohol. Se incluyeron los que cumplieron con la puntuación de cohorte para el MMSE (Mini-mental state examination, miniexamen del estado mental), esto es, una puntuación igual o mayor a 23; en el cuestionario de salud del paciente (PHQ-9), quienes obtuvieron puntuaciones inferiores a 4, para descartar la presencia de cuadro depresivo; y en el índice de Barthel una puntuación igual a 100 a fin de identificar la independencia en actividades de la vida diaria (18-20).

Instrumentos

Para la evaluación del rendimiento cognoscitivo general se emplearon: el test Neuropsi, que evalúa procesos como atención, orientación, concentración, memoria, lenguaje, visoconstrucción, funciones ejecutivas, lectura, escritura y cálculo (21); la prueba de aprendizaje auditivo-verbal de Rey, cuyo objetivo es evaluar diferentes aspectos y habilidades de la memoria verbal como lo son el aprendizaje, la memoria a corto y largo plazo, y los procesos de codificación y evocación de la información (22); la copia de figura de Rey, que evalúa la actividad perceptiva y la memoria visual (23); el test del trazo (TMT A&B), el cual evalúa funciones cognitivas como la función motora, rastreo visual, velocidad motriz, flexibilidad cognitiva y atención visual (24); el test de dígito y símbolos (SDMT), que permite evaluar funciones cognoscitivas como rastreo visomotriz, velocidad perceptual y aspectos de la atención como la concentración sostenida (24); y finalmente, el test de denominación de Boston, con el cual se evaluaron las dificultades del lenguaje y los déficits en la recuperación de palabras evocadas por la presentación de sesenta estímulos visuales (dibujos), prueba que permite evidenciar el diagnóstico de afasia (25).

Con el propósito de valorar la calidad de vida se utilizó la escala de calidad de vida Fumat, que mide las dimensiones: bienestar emocional, físico y material; relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos. Dicha escala cuenta con un proceso de validación y fiabilidad relacionada con el contenido de los ítems. Inicialmente se presentaron 158 ítems, de los cuales los expertos seleccionaron 80, cifra que posteriormente se redujo a 57, que fueron los ítems finales de este instrumento (26).

Para el análisis de los datos se usó el programa Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS) versión 20. Se calcularon las medias y desviaciones estándar entre los grupos y se aplicó la prueba no paramétrica de Mann-

Whitney con el propósito de identificar diferencias significativas en la calidad de vida y cognición de los adultos mayores entre ambos grupos (quienes asisten o no a grupos de la tercera edad). También se utilizó la prueba chi-cuadrado, que sirvió para determinar si la distribución de los rangos de edad (60-64, 65-69 y 70-75 años) es distinta estadísticamente y garantizar la homogeneidad de los grupos. Para todas las pruebas estadísticas utilizadas se utilizó un nivel de significación de 0,05 (Tabla 1).

RESULTADOS

En los datos sociodemográficos se encontró que el grupo A presentó una edad promedio de 67,2 años, con una desviación estándar (DE) de 4,6 años, y el grupo B una edad promedio de 67,1 años, con una desviación estándar de 4,8 años. Según la prueba de Mann-Whitney, no se aprecia una diferencia estadísticamente significativa en la edad de los adultos mayores de ambos grupos ($p = 0,963$). Respecto a la escolaridad, el grupo A presentó una escolaridad promedio de 11,4 años, con una desviación estándar de 3,8 años; el grupo B, por su parte, estudió en promedio 9,5 años, con una desviación estándar de 4,8 años. No se halló diferencia estadísticamente significativa en la edad de los adultos mayores de ambos grupos ($p = 0,126$) (Figura 1).

En rendimiento cognitivo, específicamente el reconocimiento de palabras, se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,05$) entre los adultos mayores del grupo B ($M = 4,89$) y los del grupo A ($M = 5,50$). Igualmente, con relación al puntaje total de la prueba Neuropsi, se encontraron diferencias significativas ($p = 0,02$) entre el grupo B ($M = 93$) y el grupo A ($M = 101,72$), viéndose mayor funcionamiento cognitivo en los adultos que asisten a grupos de la tercera edad.

En el test de dígitos y símbolos (SDMT) se hallaron diferencias significativas ($p = 0,02$) en las funciones cognoscitivas como el rastreo visomotriz, la velocidad perceptual y aspectos de la atención entre los adultos que asisten a grupos de la tercera edad ($M = 23,61$) y los adultos mayores que no asisten a estos grupos ($M = 17,89$). Por otro lado, no existen diferencias significativas entre ambos grupos en la prueba de la figura de Rey. En la fase de copia los adultos del grupo A obtuvieron ($M = 28,61$; $DE = 6,07$) y los del B ($M = 26,94$; $DE = 7,40$). En la fase de recuerdo diferido los adultos del grupo A obtuvieron ($M = 12,17$; $DE = 5,70$) y los del grupo B ($M = 14,28$; $DE = 0,41$).

En la medición de la escala de satisfacción de vida en los grupos se obtuvo que ninguna de las dimensiones del modelo de la prueba de calidad de vida difiere significativamente entre los pacientes del grupo A y los del grupo B ($p > 0,05$).

Tabla 1. Media (M) y desviación estándar (DE) de los puntajes en la prueba Neuropsi a los adultos mayores, grupos A y B

	Asisten a grupos de tercera edad		No asisten a grupos de tercera edad		Mann-W	
	M	DE	M	DE	p*	(d)**
Orientación	6,00	0,00	6,00	0,00	1,00	-
Atención y concentración A	3,72	1,02	3,44	1,25	0,37	0,24,
Atención y concentración B	12,17	3,67	10,67	3,05	0,12	0,43
Atención y concentración C	4,50	1,29	4,61	1,04	0,96	-0,09
Memoria-verbal espontánea	4,50	,79	4,61	1,09	0,72	-0,11
Proceso visual-espacial						
9,67	1,88	9,78	1,63	0,94	-0,06	
Dominación	7,67	,49	7,61	,70	0,94	0,10
Repetición	4,00	0,00	3,83	,71	0,79	0,33
Comprensión	5,44	,98	5,22	,55	0,46	0,27
Fluidez verbal (sem.)	2,56	,62	2,33	,69	0,36	0,34
Fluidez verbal (fono.)	1,94	,42	2,11	,76	0,63	-0,27
Lectura	2,72	,57	2,39	1,04	0,50	0,38
Escritura	2,17	,71	2,00	0,00	0,79	0,33
Semejanzas	5,39	1,20	4,33	2,03	0,07	0,62
Cálculo						
2,33	,91	2,28	,67	0,58	0,06	
Secuenciación	,50	,79	,44	,51	0,89	0,09
Motoras 1	2,94	1,06	2,44	1,04	0,19	0,46
Motoras 2	1,00	,69	1,44	,51	0,08	-0,70
Motoras 3	1,83	1,92	1,22	,55	0,23	0,42
Memoria visoespacial						
7,61	2,38	6,89	2,22	0,42	0,30	
Memoria verbal	3,33	1,41	2,28	1,74	0,07	0,64
Por claves	4,22	1,48	3,33	1,53	0,09	0,57
Reconocimiento	5,50	,99	4,89	1,08	0,05	0,57
Neuropsi total						
101,72	8,24	93,00	10,99	0,02	0,87	

* Significancia $p < 0,05$ ** Tamaño del efecto.

CONCLUSION

Con relación al rendimiento cognitivo se evidenciaron diferencias entre los grupos. El desempeño del grupo A es mejor que el B en tareas de semejanza, ejecución motriz y memoria verbal, aunque es importante aclarar que ambos grupos se sitúan en un rendimiento normal, puesto que ninguno presenta procesos de deterioro, si bien los dos grupos presentan lentificada la velocidad del procesamiento y declive en la memoria, lo que coincide con la literatura revisada (8). Por otro lado, ambos grupos mantienen preservados los procesos de percepción, habilidad visomotriz, lenguaje, funciones ejecutivas y atención, lo que difiere

con lo planteado por algunos autores (7, 8). En la calidad de vida no existen tales diferencias, ambos grupos tienden a la media central, lo cual podría estar relacionado con las características de la población escogida, que si bien es adulta mayor está en la fase inicial del proceso de envejecimiento y cuenta con un nivel escolar completo, lo que según la literatura favorece el proceso de envejecimiento, además de contar con ambientes familiares y sociales que se constituyen en una red de apoyo vital para el proceso de envejecimiento, confirmándose la necesidad de afiliación a redes en esta etapa para soportar los cambios propios de la edad y la vida (10-12).

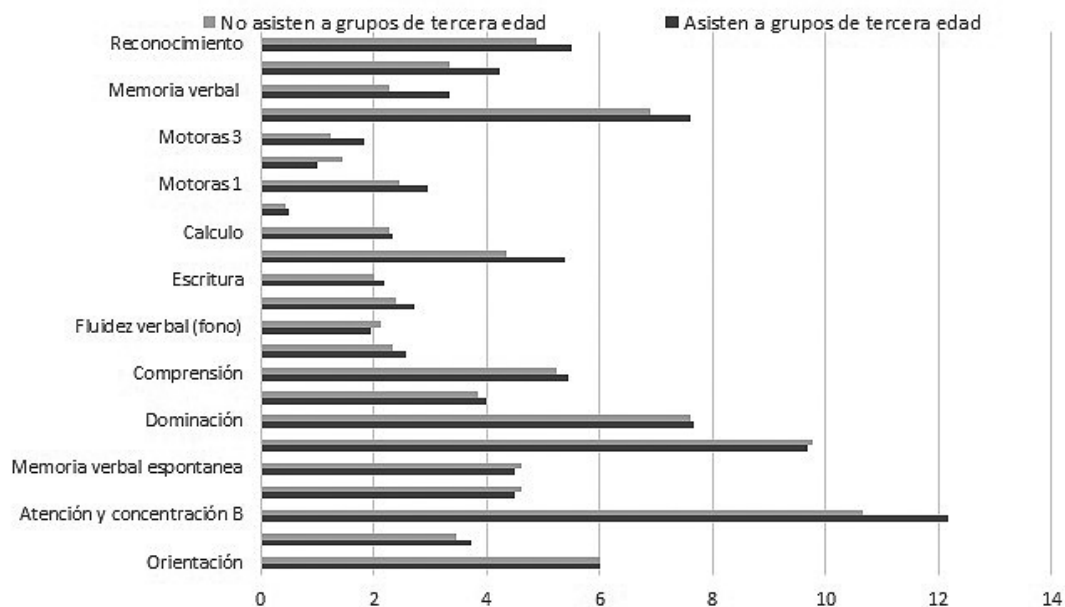


Figura 1. Puntajes promedios en la prueba Neuropsi a los adultos mayores del grupo experimental y el grupo control

Los resultados permiten afirmar que los participantes del estudio tienen una condición de vida “normal” que les posibilita la realización de su actividad cotidiana sin pérdida de la autonomía. De esta manera, se establece que los adultos mayores participantes en el estudio cuentan con un proceso de envejecimiento sin déficit en el desempeño cognoscitivo y la calidad de vida, viven un proceso de envejecimiento exitoso. De acuerdo con literatura revisada, se identificó la influencia de la edad y escolaridad en las variables cognición y calidad de vida, por lo tanto se recomienda ampliar el rango de adultos con mayor edad y de esta manera realizar comparaciones frente a etapas en las que se identifique mayor deterioro. En cuanto a la escolaridad, se plantea que la muestra sea dividida entre diversos grupos de escolaridad, con el fin de observar la influencia en las variables cognición y calidad de vida. También se identifica como limitación relacionada con la muestra el no haber realizado

un estudio sociodemográfico de los participantes, lo que podría apoyar la explicación y comprensión de los resultados obtenidos a partir de la caracterización de la muestra; por consiguiente, se recomienda realizar un estudio sociodemográfico en próximas investigaciones. Con relación al sexo, se recomienda que la muestra sea dividida de manera homogénea, con el objetivo de apreciar las diferencias o semejanzas que se pueden presentar al respecto (11). Dado que varios estudios reportan las diferencias significativas en la variable calidad de vida, se recomienda realizar un estudio longitudinal con pre- y posmediciones, a fin de determinar los beneficios para el adulto mayor de pertenecer a un grupo de la tercera edad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. ZETINA M. Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de población* 1999;5(19):23-41.
2. KALISH R. En la vejez, perspectivas sobre el desarrollo humano. Madrid: Psicología Pirámide; 1996.
3. FERNÁNDEZ R. La vejez en la sociedad actual. En: *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Martínez Roca; 1992.
4. JUNQUE C, JURADO M. *Envejecimiento y demencias*. España: Martínez; 1994.
5. ELOSUA J. La memoria durante el envejecimiento. *Revista Especializada Geriátrica y Gerontología* 2002;37(3):131-3.
6. HERNÁNDEZ E, CANSINO S. Envejecimiento y memoria de trabajo: el papel de la complejidad y el tipo de información. *Revista de Neurología* 2011;52(3):147-53.
7. ROSSELLI M, JURADO M. Evaluación neuropsicológica de la demencia. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*. 2012, 12(1): 99-1.
8. PEREIRO A, JUNCOS O. Deterioro atencional en la vejez. *Rev esp Gerontol*. 2000;35(5):283-9.
9. KRZEMIEN D, MONCHIETTI A, URQUIJO S. Afrontamiento activo y adaptación al envejecimiento en mujeres de la ciudad de Mar del Plata: una revisión de la estrategia de autodistricción. *Interdisciplinaria* 2005;22(2):183-210.
10. PONT P. *Tercera edad, actividad física y salud, teoría y práctica*. Barcelona: Paidotribo; 2003.
11. PEREIRA A, COSTA V. La calidad de vida de la persona de edad avanzada institucionalizada en hogares de ancianos. *Revista de Latino-am*. 2008;16(6).
12. VERA M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina* 2007;63(3):284-90.
13. ARDILA R. Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología* 2003;35(2):161-4.
14. FONDO DE POBLACIÓN DE NACIONES UNIDAS. *Envejecimiento en el siglo XXI: una celebración y un desafío*; 2012. Disponible en: <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/ageing%20report%20executive%20summary%20spanish%20final.pdf>
15. SUÁREZ R, PESCIOTTO C. Sistemas de protección social para el adulto mayor en América Latina y el Caribe. *Revista Panam Salud Pública* 2005;17(5/6):419-28.
16. ALCALDÍA DE SANTÍAGO DE CALI. *Plan indicativo de la política pública para el adulto mayor*. Santiago de Cali; 2010. Disponible en: <http://www.cali.gov.co/publico2/documentos/Bienestar/planindicativo.pdf>
17. HERNÁNDEZ R, FERNÁNDEZ C, BAPTISTA P. *Metodología de la investigación*. México: McGraw - Hill Interamericana; 2006.
18. LOBO A, SAZ P, MARCOS G. *Examen cognoscitivo Minimal*. Madrid: TEA; 2002.
19. BARRERO C, GARCÍA S, OJEDA A. Índice de Barthel (IB), un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plasticidad y restauración neurológica* 2005;4(1-2):1-6.
20. KROENKE K, SPITZER R, WILLIAMS J. The PHQ-9: Validity of a Brief Depression severity. Measure. *Journal of General Internal Medicine* 2001;16(9):606-13.
21. OSTROSKY F, ARDILA A, ROSSELLI M. *Evaluación del funcionamiento cognoscitivo: Neuropsi, evaluación neuropsicológica breve en español. Manual e instructivo*. México: Publilingenio; 2003.
22. SIERRA O. Estandarización de la prueba de aprendizaje auditivo-verbal de Rey. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencia* 2001;3(2):111-36.
23. REY A. *Test de copia y de reproducción de memoria de figuras geométricas complejas. Manual*. Madrid: TEA; 2009.
24. DÍAZ Y GARCÍA C. *Estudio de atención y concentración. Compendio de pruebas neuropsicológicas para la investigación clínica en pacientes neurológicos*. México: La Fama; s. f.
25. CANALES C, CIFRAS D, GONZÁLEZ C, PINO Y, SAAVEDRA P. *Validación de la adaptación de dos test de denominación en adultos normales chilenos*. Chile: Universidad de Chile, Facultad de Medicina y Escuela de Fonoaudiología; 2008.
26. VERDUGO M, GÓMEZ L, ARIAS B. *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: la escala Fumat*. Salamanca: Kadmos; 2009.