

## **Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en ancianos con y sin envejecimiento exitoso**

Elena Navarro-González, Miriam Sanjuán Gómez y Silvia Abarca Franco  
Universidad de Granada (España)

El concepto de envejecimiento exitoso ha dado lugar a una amplia literatura dirigida a la definición del mismo, características asociadas, factores predictores y programas que promueven o mantienen este tipo de envejecer. El objetivo del trabajo que se presenta ha sido hacer un análisis comparativo entre dos grupos de ancianos clasificados como con envejecimiento exitoso versus no exitoso en función de su puntuación en una prueba de screening cognitivo. En el estudio han participado un total de 324 personas mayores con una edad media de 78.22 años que han sido evaluados con una amplia batería de evaluación psicológica y una entrevista semi-estructurada sobre variables socio-económicas. Los resultados muestran diferencias significativas en variables relacionadas con aspectos socio-económicos, funcionamiento cognitivo y nivel de independencia y calidad de vida entre grupos a favor de las personas con envejecimiento exitoso. Los datos encontrados muestran que envejecimiento no es sinónimo de deterioro y declive y que aún en población mayor podemos encontrar altos niveles de funcionamiento cognitivo y físico.

*Palabras clave:* Envejecimiento exitoso, calidad de vida, funcionamiento cognitivo, dependencia.

*Cognitive functioning and quality of life in older people with and without successful aging.* The concept of successful aging has led to a wide literature aimed at defining the term, its associated characteristics and predictors, and the programs that promote or maintain this type of aging. The objective of the present study has been to undertake a comparative analysis between two groups of elderly people classified as successful versus unsuccessful aging according to their score in a cognitive screening test. A total of 324 elderly people with a mean age of 78.22 years assessed with a large battery of psychological evaluation and a semi-structured interview on socio-economic variables participated in the study. The results show significant differences in variables related to socioeconomic aspects, cognitive functioning and level of independence and quality of life among groups in favor of people with successful aging. The data show that aging is not synonymous with deterioration and decline and that even in the elderly population we can find high levels of cognitive and physical functioning.

*Keywords:* successful aging, quality of life, cognitive functioning, dependency.

Si en 2008 ya había 506 millones de personas en el mundo mayores de 65 años, esta cifra se incrementará hasta los 1,4 billones para el año 2040 (Kinsella y He, 2009). Así, por ejemplo, se prevé que para el año 2020 el número de personas mayores de 65 en Europa y Estados Unidos sea del 20% de la población (Greenberg, 2008). Hasta la fecha, no hay precedentes de un cambio poblacional de este tipo ya que por primera vez en la historia el número de ancianos supera al número de niños menores de 14 años (Greenberg, 2008). Además, los ancianos actuales son más sanos que sus predecesores de hace unas décadas (Fogel, 2004) con una media de asentamiento de las enfermedades asociadas a la edad más tardía y unas tasas de discapacidad que van en descenso (Mantón, 2008).

La vejez ha sido asociada tradicionalmente con enfermedad, deterioro, fragilidad y dependencia. Así, inicialmente el ámbito de la gerontología estuvo dominado por la visión de que las personas mayores eran débiles y dependientes. De todas formas, los investigadores y gerontólogos han cambiado esta visión con la asunción de que una manera de envejecer exitosa es posible. Esto ha propiciado numerosos estudios dirigidos a descubrir las vías para el envejecimiento exitosos analizando los factores y mecanismos que los determinan (Chen, Fung, Li, y Woo, 2015).

Realmente, el concepto de envejecimiento exitoso contrasta con la creencia popular de que el envejecimiento es declive. Ya, Cicerón en su obra "Sobre la vejez" (año 44 a.C.) contradecía la visión negativa sobre el envejecimiento y enumeraba las maneras en que se podían obtener resultados positivos en esta etapa de la vida como la adaptación a nuevos roles (por ejemplo de asesoramiento) y ya hablaba de la plasticidad indicando los efectos positivos del ejercicio mental sobre la memoria.

De todos modos, y como señalan en su revisión Depp et al. (2010) no es hasta 1961 cuando el término "successful aging/envejecimiento exitoso" aparece en un editorial del primer volumen de la revista "Gerontologist". Esto ocurre a raíz del estudio longitudinal de Kansas (Havighurst, 1961) que fue el primer estudio dirigido a analizar la transición de la edad adulta a la vejez. En este trabajo, Havighurst (1961) define el envejecimiento exitoso como "conseguir la máxima satisfacción de la vida"; y le pide al entonces joven campo de la gerontología la investigación y la promoción del envejecimiento exitoso. Posteriormente, diversas teorías enmarcadas dentro del ciclo vital (Cumming y Henry, 1961; Lemon et al., 1972; Atchley, 1989) comparten la idea de que el mantenimiento de la independencia y la maximización del bienestar eran los constructos importantes a la hora de definir el envejecimiento positivo. En esta línea, Rowe y Kahn (1987) y Baltes y su equipo describen el concepto de envejecimiento exitoso de manera más explícita. Baltes y su equipo (Baltes y Smith, 2003) proponen el modelo de SOC (Selección, Optimización y Compensación) como un acercamiento al envejecimiento exitoso centrándose en los procesos psicológicos y comportamentales implicados en los procesos de adaptación que ponen en marcha las personas mayores para compensar y/o adaptarse a las pérdidas asociadas a la edad. Partiendo de esta perspectiva, Baltes y su

equipo desarrollan el Estudio del Envejecimiento de Berlín, que ha seguido durante más de dos décadas a ancianos alemanes de entre 70 y 100 años (Baltes y Mayer, 1999).

Por su parte, Rowe y Kahn (1987, 1997) presentan un modelo que quizá es el más influyente en este ámbito de trabajo en el que postulan tres trayectorias vitales: envejecimiento usual, patológico y óptimo. Esta propuesta viene determinada al constatar que, en la vejez, no sólo se debe hablar de envejecimiento patológico frente a no patológico, sino que dentro del grupo “no patológico” debemos diferenciar a personas con un envejecimiento normal o usual (aquellas personas sin patologías, aunque con riesgo de sufrirlas) y personas con envejecimiento óptimo (alto nivel de funcionamiento y bajo riesgo de patología). Según los autores, el envejecimiento óptimo implicaría tres componentes principales: baja probabilidad de enfermedad y discapacidad, alto nivel de capacidad cognitiva y funcional, y una implicación activa con la vida (tanto a nivel social como de realización de actividades productivas). Este modelo se ha empleado en los trabajos de investigación sobre el envejecimiento exitoso de MacArthur que durante una década han seguido una cohorte de más de 1000 ancianos que se ajustaban a la definición operacional dada por los autores sobre los tres tipos de envejecimiento propuestos (Berkman et al., 1993; Rowe y Kahn, 1997; Seeman et al., 1994).

Desde la primera publicación de Rowe y Kahn (1987), numerosos estudios cuantitativos y cualitativos se han centrado en la definición, prevalencia y predictores del envejecimiento exitoso (Depp y Jeste, 2006; Peel et al., 2005; Phelan y Larson, 2002). Sobre las definiciones del término encontradas en los estudios, Phelan y Larson (2002) en una revisión de 11 estudios encuentran que a lo largo de estos trabajos en la definición de envejecimiento exitoso no está presente la perspectiva que los propios ancianos tienen sobre sí mismos. Depp y Jeste (2006) revisan 28 estudios en lengua inglesa publicados entre 1987 y 2006 y encuentran que en parte de ellos se utilizan términos como funcionamiento físico, habilidad cognitiva, satisfacción con la vida, funcionamiento social y ausencia de enfermedad para hacer referencia al término. Debido a la diversidad de criterios usados para hacer referencia al envejecimiento exitoso, la proporción de ancianos caracterizados como tales también varía enormemente con una media del 35% (Depp y Jeste, 2006). De hecho, los estudios revisados por los distintos autores (Depp y Jeste, 2006; Peel et al., 2005; Phelan y Larson, 2002) hacen ver el poco consenso acerca de qué otros componentes, aparte del funcionamiento físico, constituyen el constructo.

En relación con los predictores del envejecimiento exitoso, la revisión de Depp y Jeste (2006) señala que el predictor más potente del mismo era la edad (definida como cercana a los 60 años). Otros predictores encontrados que también diferenciaban a grupos de exitosos versus no exitosos eran ausencia de artritis, ausencia de problemas de audición y no haber fumado o no fumar en la actualidad. Las variables predictoras que fueron menos consistentes entre los estudios fueron niveles altos de ejercicio o actividad física, una

mayor salud auto-percibida, una menor presión arterial y ausencia de depresión (Depp y Jeste, 2006).

Si nos centramos en los estudios llevados a cabo en nuestro país en los últimos años sobre esta temática encontramos el de Molina et al (2011), en el que analizan si la actividad es un factor protector del declive intelectual en un grupo de personas mayores independientes de 90 años o más y en el que se llega a la conclusión de que son las actividades de tipo intelectual las que mejor actúan como protectores del deterioro cognitivo (más que las actividades productivas, sociales o de ocio). Calero y Navarro (2012) en un estudio longitudinal de 2 años, analizaron también la evolución cognitiva de un grupo de personas mayores para valorar qué variables psicosociales de partida se asocian con el envejecimiento exitoso a largo plazo y encontraron que las variables que lo predecían eran: un mayor nivel de funcionamiento cognitivo, una mayor plasticidad cognitiva y un mayor nivel de independencia en la evaluación inicial. En un estudio posterior, Navarro, Calero, y Becerra (2015) llevan a cabo una evaluación inicial y una evaluación a los cuatro años de un grupo de 64 ancianos que tenían en la evaluación inicial una edad superior a los 80 años. Los resultados, similares a los del estudio anterior, mostraron que los ancianos que presentaban un envejecimiento óptimo en el seguimiento eran aquellos que en la evaluación inicial eran más independientes en la vida diaria y presentaban puntuaciones más altas en una prueba de memoria de trabajo y en una prueba de plasticidad cognitiva. Otro dato interesante fue constatar que, a pesar del tiempo transcurrido entre ambas evaluaciones y la edad de los participantes, los ancianos se mantuvieron relativamente estables en sus trayectorias de envejecimiento, hecho que contradice la idea de que a partir de los 80 años se produce un declive generalizado del funcionamiento cognitivo en la vejez (Navarro, Calero, y Becerra, 2015)

En línea con los trabajos anteriores, los objetivos del trabajo que aquí se presentan han sido dos:

Establecer un perfil socio-demográfico de los ancianos clasificados como con envejecimiento exitoso versus no exitoso en función de su rendimiento en una prueba de funcionamiento cognitivo.

Realizar un análisis comparativo entre ambos grupos en función de su nivel de ejecución en pruebas cognitivas, de calidad de vida y de dependencia.

## MÉTODO

### *Participantes*

En este estudio han participado 324 ancianos con una edad media de 78.22 años de los cuales el 37.6% eran hombres y el 62.4 mujeres de la provincia de Granada. El 33% vivían en su domicilio y el 67% en Residencias de Ancianos. En cuanto al nivel educativo, el 69.1% tienen un nivel educativo menor de estudios primarios (saben leer y escribir,

aunque no han recibido ningún tipo de educación formal) y el 30.9% tiene estudios primarios completos o superiores.

### *Instrumentos*

Todos los ancianos han sido evaluados con una entrevista semi-estructurada para la obtención de datos socio-demográficos y con las siguientes pruebas psicológicas:

*Mini-Examen-Cognoscitivo* (MEC; Lobo, Ezquerra, Gómez, Sala, y Seva, 1979): Traducción y adaptación española del Mini- Mental-State-Examination (MMSE, Folstein, Folstein, y McHugh, 1975). El MEC es el instrumento más utilizado para la detección del deterioro cognitivo que explora de forma rápida y estandarizada funciones cognitivas que pueden estar afectadas en personas mayores tales como memoria inmediata y memoria a largo plazo (MLP), atención, orientación espacio-temporal, lenguaje, cálculo, razonamiento abstracto y praxias. Se puede obtener una puntuación de entre 0-35 puntos que se utiliza como índice global y en el seguimiento de la evolución de las funciones cognitivas en deterioro cognitivo y en demencias. La validez concurrente del MEC con una amplia batería neuropsicológica ha sido demostrada en un estudio previo (Calero et al., 2000).

*Tarea de Fluidez verbal semántica* (FVS; Spreen, y Strauss, 1991). Consiste en que la persona diga el máximo número de palabras de la categoría “animales” en un minuto. El evaluador anota las palabras correctas. Esta prueba mide la producción y velocidad verbal, así como la disponibilidad ante tareas novedosas a iniciar una conducta (Lezak, 2004). Esta tarea de fluidez verbal se ha utilizado también como medida del funcionamiento ejecutivo, y según diversas investigaciones (Ardila, Ostrosky, Solís, y Bernal, 2006; Ostrosky-Solís, Ardila, y Roselli, 1999) su desempeño está significativamente relacionado con el rendimiento en otras funciones cognitivas, tales como la fluidez verbal fonológica, pruebas de aritmética, información y dígitos del WAIS o con el funcionamiento cognitivo general.

*Tarea de Atención Sostenida* (TAS; Calero y Salguero, 2008). Se trata de una tarea informatizada desarrollada a partir del Test de ejecución continua de Conners (1997). Consiste en una tarea de vigilancia diseñada para evaluar la atención sostenida, y en la que aparecen estímulos numéricos del 1 al 9 que son presentados aleatoriamente a intervalos de un segundo debiéndose pulsar la barra espaciadora inmediatamente después a la aparición de la secuencia “3-6”.

*Auditory Verbal Learning Test-Potencial de Aprendizaje* (AVLT-PA; Wiedl, Wienöbst, y Schöttke, 1999; adaptado al español por Calero, 2000): Versión del test de Memoria Verbal de Rey que consiste, en su versión tradicional, en la presentación de quince palabras comunes que el participante debe repetir inmediatamente después de haberlas escuchado. En la versión de potencial de aprendizaje, la lista de palabras se presenta seis veces. Las dos primeras hacen de pretest y se sigue la forma de presentación

estándar, las dos siguientes son de entrenamiento e incluyen retroalimentación sobre la ejecución, refuerzo y repetición de palabras no recordadas, y las dos últimas hacen de post-test y vuelven por ello a ser de presentación estándar. En esta investigación se ha trabajado con la puntuación en cada ensayo de la prueba y con la puntuación de recuerdo demorado (memoria a largo plazo). La prueba ha sido validada en población anciana española similar a la que ha participado en este estudio por diversos autores (Calero y Navarro, 2006; Fernández-Ballesteros et al., 2005, 2012).

*Tarea de evaluación de la memoria de trabajo (MT)* de Oakhill, Yuill, y Parkin (1989). Tarea que mide la amplitud de la memoria de trabajo a partir de la presentación de tarjetas con tres números cada una, en la que la persona debe leer en voz alta los números de cada tarjeta y recordar el último número, después tendrá que reproducirlos. El número de tarjetas se va incrementando en función del rendimiento de la persona, la tarea empieza con dos tarjetas y acaba con cinco - siempre que la persona supere las fases anteriores-. La puntuación obtenida se considera una medida de amplitud de memoria de trabajo.

*Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage* (Yesavage et al., 1983): Autoinforme de 23 preguntas con alternativa cerrada de respuesta (sí/no) sobre aspectos relacionados con el estado de ánimo. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 23 estableciéndole el punto de corte en 11 de tal manera que puntuaciones de hasta 10 puntos indicarían estado de ánimo normal y a partir de 11 indicarían sintomatología depresiva. Esta escala ha mostrado alta consistencia interna (0.94) y validez concurrente con diferentes escalas de depresión: 0.84 con la de Zung y 0.83 con la de Hamilton. La prueba ha sido adaptada a población española por Izal y Montorio (1993).

*Baremo de valoración de la situación dependencia (BVD)*; Ministerio de Asuntos Sociales, 2007): se seleccionaron aquellas escalas relacionadas con la dependencia en la vejez, en concreto las siguientes: valoración en comer y beber; valoración en la regulación de la micción y defecación; valoración en lavarse; valoración en otros cuidados corporales; valoración en vestirse; valoración en mantenimiento de la salud; valoración en transferencia corporal; valoración en desplazamientos dentro y fuera del hogar; y valoración de realización en tareas domésticas. En cada escala se señalan una serie de tareas y para cada una de ellas el cuidador habitual de la persona (en nuestro caso el personal auxiliar sanitario de las Residencias) debía indicar el desempeño y en el caso de necesitar ayuda el grado de apoyo personal que requerían. En este cuestionario se obtienen puntuaciones por escalas y una puntuación global con el rango 0 a 100 en donde 0 indicaría independencia total y 100 dependencia total. Los requisitos psicométricos de este baremo han sido analizados por Reed (2007).

*CUBRECAVI. Cuestionario breve de calidad de vida* (Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 2007). El CUBRECAVI es un cuestionario dirigido a la evaluación multidimensional de la calidad de vida en personas mayores compuesto por 21 sub-escalas agrupadas en las siguientes escalas: 1) salud (subjetiva, objetiva y psíquica), 2) integración

social, 3) habilidades funcionales, 4) actividad y ocio, 5) calidad ambiental, 6) satisfacción con la vida, 7) educación, 8) ingresos, y 9) servicios sociales y sanitarios. Cada sub-escala se evalúa mediante una o varias cuestiones y se ofrecen puntuaciones independientes para cada una de ellas. El cuestionario ha mostrado su fiabilidad con altos índices de consistencia interna (entre 0.70 y 0.92), y ha sido validado en población española y de varios países del sur de América (Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 2007).

### *Procedimiento*

El procedimiento de selección de la muestra ha sido desarrollado en trabajos anteriores (ver por ejemplo Calero y Navarro, 2013). De manera resumida podemos señalar que en primer lugar se contactó con el equipo directivo de las Residencias de Ancianos y de los Centros de Día en donde se ha desarrollado la investigación para solicitar la participación de los usuarios interesados. En todos los casos, la participación fue voluntaria y se firmó consentimiento informado. Igualmente, el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Granada. Todos los participantes fueron evaluados en dos sesiones de una hora cada una por psicólogos entrenados.

Teniendo en cuenta el objetivo de la investigación, la muestra total de ancianos ha sido dividida en dos grupos: a) Ancianos con envejecimiento exitoso: aquellos que cumplen el criterio de: edad igual o mayor a 65 años y puntuación en el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo et al. (1979) igual o mayor de 30 puntos. A partir de estos criterios este grupo ha estado compuesto por 115 ancianos, lo cual representa a un 35.5 % de la muestra total; y b) anciano con envejecimiento normal o patológico: grupo formado por los ancianos que no cumplen los criterios anteriores. Son un total de 209 ancianos (64.5%) de la muestra.

## **RESULTADOS**

En primer lugar y para dar respuesta al primer objetivo del estudio, se ha analizado el perfil socio-demográfico de los ancianos clasificados como con y sin envejecimiento exitoso. En este sentido, las características socio demográficas de los participantes clasificados como con envejecimiento exitoso son las siguientes:

La edad media es de 75.93 años (rango 65-95,  $DT=7.354$ ); el 46.1% son hombres y el 53.9% mujeres. El nivel educativo indica que el 70.23% no ha recibido educación formal, mientras que el 29.57% tiene estudios primarios o superiores. Con respecto a la profesión ejercida a lo largo de su vida, el 24.3% son amas de casa, el 47.6% obreros sin cualificación y el 27.9% profesionales de grado medio o superior. Con respecto a las enfermedades que presentan encontramos que un 9.6% tiene alteraciones psiquiátricas, un 36.5% presenta enfermedades cardiovasculares, un 15.6% tiene

alteraciones metabólicas o sensoriales y motoras, y el resto no refiere tener enfermedad alguna. El 51.3% vive en su domicilio y el 48.7% en Residencias de ancianos.

Las características socio demográficas de los participantes clasificados como sin envejecimiento exitoso son:

La edad media es de 79.75 años (rango 65-95,  $DT=7.8$ ); el 33% son hombres y el 67% mujeres. El nivel educativo indica que el 7.65% tiene un nivel de estudios primarios o superior y el resto (92.35%) tiene un nivel inferior a estudios primarios. Con respecto a la profesión ejercida a lo largo de su vida, el 33.4% han sido amas de casa, el 53.6% obreros sin cualificación y el 11% profesionales de grado medio o superior. Con respecto a las enfermedades que presentan encontramos que un 13.9% tiene alteraciones psiquiátricas, un 31.3% presenta enfermedades cardiovasculares, un 15.9% tiene alteraciones metabólicas o sensoriales y motoras, y el resto no refiere tener enfermedad alguna. El 77% vive en Residencias y el 23% en su vivienda.

Tabla 1. Datos socio-demográficos de los participantes en función del grupo al que pertenecen

	Grupo no exitoso	Grupo exitoso
Edad	79.75 ( $DT=7.8$ )	75.93 ( $DT=7.35$ )
	$F_{(1/324)}=18.573^{**}$	
Sexo	33% hombres 67% mujeres	46.1% hombres 53.9% mujeres
	$\chi^2=5.4, p=0.023$	
Nivel educativo	92.35 % leer y escribir o analfabetos 7.65 % igual o superior a primarios	70.43 % leer y escribir o analfabetos 29.57 % igual o superior a primarios
	$\chi^2=56.924, p<0.0001$	
Profesión	Ama de casa: 33.4% Obrero sin cualificación: 53.6% Profesión grado medio-sup: 11%	Ama de casa: 24.3% Obrero sin cualificación: 47.6% Profesión grado medio-sup: 27.9%
	$\chi^2=23.465, p<0.0001$	
Enfermedades	Alteraciones psiquiátricas: 13.9% Cardiovasculares: 31.3% Metabólicas o motoras: 15.9% Ninguna: 38.9 %	Alteraciones psiquiátricas: 9.6% Cardiovasculares: 36.5% Metabólicas o motoras: 15.6% Ninguna: 38.3 %
	$\chi^2=38.435, p<0.0001$	
Lugar de vivienda	En Residencia: 77% En hogar: 23%	En Residencia: 51.3% En hogar: 48.7%
	$\chi^2=26.933, p<0.0001$	

Como se puede apreciar en la Tabla 1 existen diferencias significativas entre grupos en la variable edad siendo el grupo de personas con envejecimiento exitoso en conjunto más jóvenes ( $F_{(1/324)}=18.573, p<0.001$ ). Igualmente, la distribución de las personas no es homogénea en función de las variables socio demográficas analizadas. De esta manera en función de la variable del sexo encontramos un mayor porcentaje de



hombres en el grupo de exitoso ( $\chi^2 = 5.4, p = 0.023$ ). En la variable nivel educativo, observamos cómo en el grupo exitoso el porcentaje de personas con un nivel de estudios más alto es mayor ( $\chi^2 = 56.924, p < 0.0001$ ). En la variable profesión los dos grupos tampoco son homogéneos y observamos un mayor porcentaje de personas con un cualificación profesional media-alta en el grupo exitoso ( $\chi^2 = 23.465, p < 0.0001$ ). También se observan diferencias en cuanto al lugar de residencia, de tal manera que el porcentaje de personas que viven en su hogar es mayor en el caso del grupo exitoso ( $\chi^2 = 26.933, p < 0.0001$ ).

En relación con el segundo objetivo del trabajo, los resultados obtenidos en las pruebas de evaluación psicológica muestran (ver tabla 2) que en todas las pruebas de funcionamiento cognitivo utilizadas (fluidez verbal, atención, memoria verbal a corto y largo plazo, y memoria de trabajo), la ejecución del grupo exitoso es significativamente superior a la del grupo no exitoso, encontrándose en todos los casos diferencias muy significativas ( $p < 0.0001$ ) que nos hacen ver cómo a nivel cognitivo este grupo es muy superior al otro.

Tabla 2. Pruebas que evalúan funcionamiento cognitivo

Grupos Pruebas	Media (DT)		$F_{(1/324)}$
	No exitoso	Exitoso	
Fluidez semántica	10.16 (3.88)	14.96 (4.13)	108.086**
Tarea de Atención sostenida	32.30 (15.15)	45.33 (14.67)	45.147**
Ensayo 1 prueba AVLT-PA	2.85 (1.57)	4.37 (1.66)	66.488**
Ensayo 2 prueba AVLT-PA	4.4 (1.88)	6.2 (1.94)	66.197**
Ensayo 3 prueba AVLT-PA	5.33 (2.14)	7.73 (2.25)	89.001**
Ensayo 4 prueba AVLT-PA	6.08 (2.55)	9.15 (2.47)	109.808**
Ensayo 5 prueba AVLT-PA	6.54 (2.72)	9.85 (2.64)	111.663**
Ensayo 6 prueba AVLT-PA	7.22 (3.06)	10.84 (2.69)	112.239**
AVLT-PA recuerdo demorado	5 (3.6)	9.19 (3.35)	86.584**
Total actual MT	1.44 (1.07)	2.60 (1.01)	72.769**

\*\* las diferencias son significativas al 0.0001.

Para una mejor apreciación del mejor rendimiento en el área cognitiva del grupo exitoso, en la Figura 1 se ha representado gráficamente la ejecución en los 6 ensayos de la prueba AVLT-PA y la ejecución en recuerdo demorado. Como puede observarse, ya desde

el primer ensayo las diferencias son significativas, incrementándose progresivamente estas diferencias que se mantienen de manera muy notable en el recuerdo demorado. Como se aprecia en la gráfica, la curva de aprendizaje del grupo exitoso revela una capacidad de aprendizaje significativamente mejor en el grupo exitoso.

Figura 1. Representación gráfica del rendimiento en la prueba AVLT-PA (Wiedl et al., 1999)

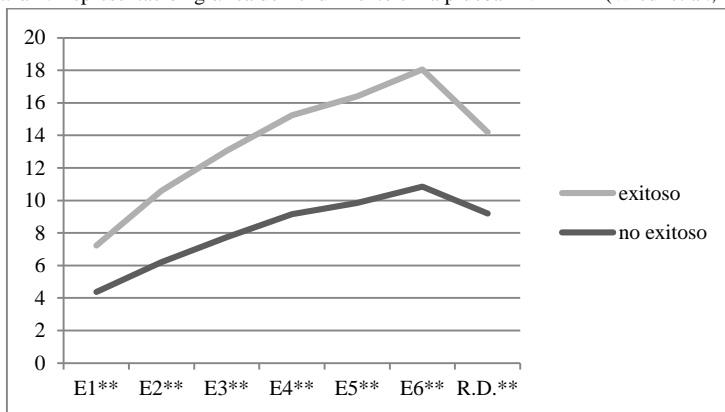


Tabla 3. Pruebas que evalúan estado anímico, nivel de independencia y calidad de vida

Grupos	Pruebas		$F_{(1/324)}$
	No exitoso	Exitoso	
Yesavage de Depresión	10.30 (6.11)	7.56 (5.22)	16.457**
Baremo dependencia	17.93 (19.14)	5.02 (22.96)	42.094**
Subescalas del CUBRECAVI			
Salud subjetiva	2.72(0.92)	2.87 (0.85)	2.157
Salud objetiva	3.25 (0.44)	3.34(0.42)	2.985
Salud psíquica	2.89 (0.7)	3.10 (0.55)	7.656**
Integración social	2.2 (0.54)	2.39 (0.56)	8.588**
Habilidades funcionales	2.79 (0.54)	3.37 (0.74)	31.799**
Actividad y Ocio	2.07 (0.88)	2.37 (0.58)	22.48**
Calidad ambiental	2.97 (0.39)	2.99 (0.32)	0.279
Satisfacción vida	2.70 (0.88)	2.89 (0.79)	3.761

Por último, con respecto a las diferencias encontradas en variables relacionadas con estado de ánimo, nivel de independencia y calidad de vida, los datos obtenidos se muestran en la Tabla 3. En el caso de la prueba Yesavage, observamos que existen

diferencias significativas entre grupos puntuando el grupo de exitoso significativamente por debajo del otro grupo ( $F_{(1/324)}=16.457, p<0.001$ ). En el baremo de dependencia, los datos también apuntan a un nivel significativamente mayor de dependencia en el grupo no exitoso siendo la puntuación media del grupo exitoso indicativa de nivel de independencia casi total ( $F_{(1/324)}=42.094, p<0.001$ ). En el caso de la prueba CUBRECAVI que evalúa distintos aspectos de la calidad de vida, se aprecian diferencias entre grupos que indican una mayor calidad de vida en el grupo exitoso en las sub-escalas de salud psíquica ( $F_{(1/324)}=7.656, p<0.001$ ), integración social ( $F_{(1/324)}=8.588, p<0.001$ ), habilidades funcionales ( $F_{(1/324)}=31.799, p<0.001$ ), y actividad y ocio ( $F_{(1/324)}=22.48, p<0.001$ ). No se observan sin embargo diferencias entre grupos en salud subjetiva y objetiva, calidad ambiental y satisfacción con la vida.

## DISCUSIÓN

En el trabajo aquí presentado hemos hecho una revisión sobre el concepto de envejecimiento exitoso partiendo del hecho del incremento demográfico que hoy en día se puede apreciar en la sociedad occidental en la población de personas mayores de 65 años, incremento que se prevé vaya en aumento en los próximos años (Kinsella y He, 2009; Greenberg, 2008). Este hecho sin duda supone un reto para la sociedad actual debido a la mayor tasa de enfermedad, deterioro y dependencia que suele asociarse a esta población. En este ámbito, cabe destacar el cambio en la visión tradicional del envejecimiento (como fase de declive y regresiva del ciclo vital) que se viene produciendo desde la década de los 60-70 cuando autores como Havighurst (1961), Rowe y Kahn (1987, 1997), o Baltes y Smith (2003) empiezan a plantear el concepto de envejecimiento exitoso como un modo de envejecer que se asocia a alto nivel de funcionamiento cognitivo, físico y social. Este concepto ha dado lugar a una amplia literatura dirigida a la definición del mismo, características asociadas, factores predictores y programas que promueven o mantienen este tipo de envejecer (para una revisión ver Depp y Jeste, 2006).

Nuestro grupo de investigación viene trabajando en los últimos años sobre la temática del envejecimiento exitoso. Fruto de este trabajo, se han publicado diversos estudios (Navarro y Calero, 2013; Navarro, Calero, y Becerra, 2015). Siguiendo esta línea de investigación, el objetivo de este trabajo ha sido establecer un perfil socio-demográfico de una amplia muestra de ancianos clasificados como con y sin envejecimiento exitoso, así como hacer un análisis comparativo entre ambas poblaciones. Los resultados encontrados nos permiten obtener la siguiente información. En primer lugar, hemos observado que las características socio-demográficas de las personas mayores clasificadas como con envejecimiento exitoso a partir de su ejecución en una tarea de *screening* cognitivo difieren de las del grupo de no exitoso, de tal manera que el primero tiene una

menor edad media, una mayor nivel educativo, la proporción de hombres es mayor, el nivel ocupacional también es superior, así como el lugar de residencia, ya que en el grupo exitoso encontramos a más personas que viven en sus hogares. Estos datos corroborarían los encontrados por Depp y Jeste (2006) en donde señalan que el mejor predictor de envejecimiento exitoso es la edad. También se corroboran estudios como el de Britton et al. (2008) que encuentran en su estudio longitudinal que el nivel educativo y la cualificación profesional son predictoras del envejecimiento exitoso. Sobre el hecho de que en nuestro estudio aparezcan más hombres que mujeres clasificados como con envejecimiento exitoso puede deberse desde nuestro punto de vista a la influencia de otras variables como el nivel educativo y el nivel ocupacional (mayor en el caso de los hombres).

Sobre las diferencias encontradas a nivel cognitivo, los resultados han mostrado un rendimiento significativamente mejor en el grupo exitoso en todas las áreas cognitivas evaluadas: lenguaje, atención, memoria verbal a corto y largo plazo, aprendizaje verbal y memoria de trabajo. Este hecho, coherente con estudios anteriores (Navarro y Calero, 2013; Navarro, Calero, y Becerra, 2015), viene a afianzar la idea de que envejecimiento no es sinónimo de declive y que altos niveles de ejecución cognitiva se pueden encontrar en una muestra de ancianos que en términos generales posee un bajo nivel educativo (el 70.43% no ha tenido educación formal) y un bajo nivel ocupacional (sólo el 27.9% ha tenido un trabajo con nivel profesional medio-alto).

En cuanto a las demás variables analizadas, encontramos diferencias en la puntuación en la escala que evalúa depresión si bien la puntuación media de los dos grupos es indicativa de ausencia de patología depresiva. No obstante, la puntuación significativamente inferior en la prueba del grupo exitoso corroboraría en parte el estudio de Depp y Jeste (2006) que indica que la ausencia de depresión es variable predictora de envejecimiento exitoso. El mayor nivel de independencia y de calidad de vida en varias de las sub-áreas evaluadas con el CUBRECAVI del grupo de envejecimiento exitoso vendría también a corroborar estudios previos (Navarro y Calero, 2013; Navarro, Calero, y Becerra, 2015). Es sin embargo llamativo que no aparezcan diferencias en algunas de las sub-escalas del CUBRECAVI como salud subjetiva y objetiva y satisfacción con la vida. Este hecho puede estar relacionado con la definición del constructo “exitoso” en sí, en la medida en que el tomar para su aplicación un criterio objetivo como es el caso de este trabajo (alto funcionamiento cognitivo) puede hacer que estemos dejando de lado aspectos subjetivos y/o cualitativos también importantes como son la propia percepción de la persona sobre su envejecimiento. Este aspecto, desde nuestra perspectiva, se nos presenta como una limitación del estudio presentado, y en próximos trabajos incluiremos no sólo aspectos de funcionamiento cognitivo a la hora de definir a alguien como con

envejecimiento exitoso, sino que también tendremos en cuenta aspectos más relacionados con la percepción de cada persona sobre su propio envejecimiento.

En resumen, el estudio realizado nos ha mostrado que envejecimiento y declive no son términos sinónimos. Este hecho es especialmente importante en la medida en que en la actualidad esta fase de la vida supone un reto para la sociedad que ve cómo la natalidad cae y las personas viven cada vez más años. En este sentido, todas las investigaciones que investiguen sobre el tópico del envejecimiento saludable/exitoso y las maneras de promoverlo deben ser propiciadas y avaladas desde las instituciones ya que envejecer bien tiene múltiples ventajas no sólo a nivel de cada individuo que envejece sino de la sociedad en la que este fenómeno tiene lugar.

## REFERENCIAS

- Ardila, A., Ostrosky-Solis, F., y Bernal, B. (2006). Cognitive testing toward the future: The example of Semantic Verbal Fluency (ANIMALS). *International Journal of Psychology*, 41, 324-332.
- Atchley, R.C. (1989). A continuity theory of normal aging. *Gerontologist*, 29, 183-90
- Baltes, P.B., y Mayer, K.U. (1999). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. New York: Cambridge Univ. Press
- Baltes, P.B., y Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123-135
- Berkman, L.F., Seeman, T.E., Albert, M., Blazer, D., Kahn, R., Mohs, R. ..., McLearn, G. (1993). High, usual and impaired functioning in community-dwelling older men and women: findings from the MacArthur Foundation Research Network on successful aging. *Journal of Clinic Epidemiology*, 46, 1129-1140.
- Britton, A., Shipley, M., Singh, A., y Marmot, M. (2008). Successful aging: the contribution of early-life and midlife risk factors. *Journal of American Geriatric Society*, 56, 1098-1105.
- Calero, M.D., Navarro, E., Robles, P., y García-Berbén, T. (2000). Estudio de validez del Mini-Examen-Cognitivo de Lobo et al. para la detección del deterioro cognitivo asociado a demencias. *Neurología*, 15, 337-342.
- Calero, M.D., y Navarro, E. (2012). Envejecimiento óptimo: marcadores psicosociales de la evolución cognitiva en personas mayores de 80 años. *Información psicológica*, 104, 13-28
- Calero, M.D., y Salguero, A. (2008). *TAS: Tarea de Atención Sostenida*. Granada: Sinder.
- Chen, S.T., Chi, I., Fung, H.H., Li, L.W., y Woo, J. (2015). *Successful Aging. Asian Perspectives*. Springer Netherlands.
- Conners, C.K. (1997). *Conners Rating Scales-Revised*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Cumming E, y Henry, W.E. (1961). *Growing Old: The Process of Disengagement*. New York: Basic Books
- Depp, C., Vahia, V., y Jeste, D. (2010). Successful Aging: Focus on Cognitive and Emotional Health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 527-550.

- Depp, C.A., y Jeste, D. (2006). Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 6-20.
- Fernández-Ballesteros, R., y Zamarrón, M. D. (2007). *Cubrecavi. Cuestionario breve de calidad de vida*. Madrid: TEA Ediciones.
- Fogel, R.W. (2004). Changes in the process of aging during the twentieth century: findings and procedures of the early indicators project. *Population and Development Review*, 30, 19-47
- Folstein, M., Folstein, S., y McHugh, P. (1975). Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Greenberg, S. (2008). *A Profile of Older Americans: 2008*. Washington, DC: U.S. Dept. Health Human Serv.
- Havighurst, R. (1961). Successful aging. *Gerontologist*, 1, 4-7
- Izal, M., y Montorio, I. (1993). Adaptation of the of the Geriatric Depression Scale in Spain. *Clinical Gerontologist*, 13(2), 83-91.
- Kinsella, K., y He, W. (2009). *An Aging World: 2008*. Washington, DC: U.S. Gov. Print. Off.
- Lemon, B.W., Bengtson, V.L., y Peterson, J.A. (1972). An exploration of the activity theory of aging: activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. *The Journal of Gerontology*, 27, 511-523.
- Lobo, A., Ezquerro, J., Gómez, F., Sala, J.M., y Seva Diaz, A. (1979). El mini-examen cognoscitivo. Un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 7, 189-201.
- Manton, K.G. (2008). Recent declines in chronic disability in the elderly U.S. Population: risk factors and future dynamics. *Annual Review of Public Health*, 29, 91-113
- Molina, M.A., Schettini, R., López-Bravo, M.D., Zamarrón, M.D., y Fernández-Ballesteros, R. (2011). Actividades cognitivas y funcionamiento cognitivo en personas muy mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 46, 297-302.
- Navarro, E., Calero, M.D., y Becerra, L. (2015). Trayectorias de envejecimiento de una muestra de personas mayores: un estudio longitudinal. *Revista de Geriatría y Gerontología*, 50, 9-15
- Oakhill, N., Yuill, J., y Parkin, A. (1989). Working memory, comprehension ability and the resolution of text anomaly. *British Journal of Psychology*, 80, 351-361.
- Peel, N.M., McClure, R.J., y Bartlett, H.P. (2005). Behavioral determinants of healthy aging. *American Journal of Preventive Medicine*, 28, 298-304
- Phelan, E.A., Larson, E.B. (2002). "Successful aging"-where next? *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, 1306-1308
- Reed, G. (2007). Análisis preliminar del "instrumento" de valoración de la dependencia del instituto de envejecimiento de la UAB. *Infocop*, 31, 25-31.
- Rowe, J., y Kahn, R. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, 237, 143-149.
- Rowe, J., y Kahn, R. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440.
- Seeman, T.E., Charpentier, P.A., Berkman, L.F., Tinetti, M.E., Guralnik, J.M., Albert, M., ..., Rowe, J.W. (1994). Predicting changes in physical performance in a high-functioning elderly cohort: MacArthur studies of successful aging. *Journal of Gerontology*, 49, 97-108

- Wiedl, K.H., Wienöbst, J., y Schöttke, H. (1999). Estimating rehabilitation potential in schizophrenic subjects. En H.D. Brenner, W. Boker, y R. Gennes, (Eds). *The treatment of schizophrenia: status and emerging trends*. Benn: Hografe y Hunber.
- Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., y Leirer, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 7, 37-49.

Recibido: 27 de octubre de 2016

Recepción Modificaciones: 23 de enero de 2017

Aceptado: 27 de enero de 2017