

El deterioro cognitivo leve en personas mayores usuarias de centros municipales de la Región de Murcia (España)

Andrés Escarbajal de Haro*¹, Silvia Martínez de Miguel López¹ y José Romero Sánchez¹

¹ Universidad de Murcia. Facultad de Educación. Murcia (Spain).

Resumen: El trabajo de investigación recogido en este artículo tiene por objeto conocer la problemática del deterioro cognitivo leve (DCL) en personas mayores usuarias de centros sociales municipales de la Región de Murcia, para calibrar la importancia de la dimensión psicoeducativa como alternativa preventiva. Para ello se utilizó una metodología cualitativa (entrevistas semiestructuradas), tras una selección de sujetos aplicando escalas cuantitativas (e.g. MMSE, EUROTTEST y Lawton). Se seleccionó una muestra de 148 sujetos para aplicar las escalas, de los que se consideró a 30 idóneos para las entrevistas posteriores. Los resultados arrojan evidencias de que, incluso en situaciones de DCL, se pueden llevar a cabo actividades que redunden en la mejora de la calidad de vida de los mayores. A partir de la investigación que se presenta, se podrían vehicular nuevas líneas centradas en el ocio y el tiempo libre, la soledad, la autoestima y el autoconcepto en las personas mayores con DCL.

Palabras clave: Personas mayores; salud; calidad de vida; deterioro cognitivo leve; educación.

Title: Mild cognitive impairment in elderly users of municipal centers of the Region of Murcia (Spain).

Abstract: This article of investigation tries to know the issue of mild cognitive impairment (MCI) in elderly users of municipal centres to measure the importance of psycho-educational dimension like preventive alternative. For this reason, we have used a qualitative methodology (semistructured interview) after a selection of people applying quantitative scales (e.g. MMSE, EUROTTEST and Lawton). We selected a sample of 148 people for the scales, out of which 30 people were considered suitable for the interviews. The results show that despite the fact that elderly people have a MCI, they are able to practice activities for improving their quality of life. Within this investigation, new lines of work based in the free time, lonely, self esteem and self are opened to elderly people with MCI.

Key words: Elderly people; health; quality of life; mild cognitive impairment; education.

Introducción

El envejecimiento mundial de la población, así como el incremento de la calidad de vida del colectivo de personas mayores, son dos de los grandes logros del pasado siglo XX. Sin embargo, el hecho de que vivamos cada vez más años y con mejores condiciones vitales no impide que vayan aflorando nuevas situaciones o dificultades sobre las que investigar para ofrecer alternativas que contribuyan a mantener y mejorar los indicadores de calidad de vida.

En este sentido, el deterioro cognitivo constituye uno de los problemas de salud pública más importantes en los países desarrollados. Debido a su relación con la edad, se puede observar un continuo incremento tanto en su incidencia como en su prevalencia, secundariamente al aumento progresivo de la longevidad de la población (Amor y Martín, 2006). Así, en la Conferencia Internacional sobre enfermedad de Alzheimer de 2008, los datos epidemiológicos mostraban una prevalencia de 13-18% en personas mayores de 65 años y una incidencia del 5-6% (Álvarez y Alom, 2009). En el contexto español algunos estudios realizados (Baquero, Blasco, Campos-García, Garcés, Fages y Andreu-Catalá, 2004) indican que la tasa de conversión de Deterioro Cognitivo Leve a demencia sería de un 10% en contexto clínico y de un 12% en contextos no clínicos (Díaz-Ardomingo, García Herranz y Peraita Adrados, citado en Meléndez, Sanz y Navarro, 2012, pp. 603-604).

Tradicionalmente se relacionaba el Deterioro Cognitivo Leve (DCL) con el proceso propio del envejecimiento; etapa vital en la que se detectaba en estadios avanzados de enfermedad. En la actualidad se ha conseguido que las personas mayores puedan ser evaluadas en estadios cada vez más precoces y se pueda incidir y

actuar mucho antes, así como poder establecer positivas relaciones de investigación y actuación con las familias y su entorno, elementos fundamentales en el desarrollo del proceso. Con el incremento tan significativo de personas mayores de más de 65 años es de esperar un aumento igualmente proporcional de enfermedades asociadas a la edad, entre ellas las demencias, como se expresaba en el párrafo anterior. No obstante, se ha de ser consciente de que no todas las personas que envejecen sin desarrollar demencia lo hacen con sus cualidades intelectuales intactas o mermadas, de forma benigna y no patológica: más de un 15% de los mayores de sesenta años padece un DCL (Molinuevo, 2007).

Pero, ¿qué se entiende por Deterioro Cognitivo Leve? Globalmente, el DCL es una alteración que afecta a un perfil de personas, generalmente mayores que, sin ser propiamente dementes, manifiestan un declive en sus capacidades intelectuales y cognitivas, declive que se refleja en las actividades de la vida diaria (Molinuevo, 2007). Según Álvarez y Alom (2009) es el estadio cognitivo que se sitúa entre la normalidad y la demencia, caracterizándose por presentar unos déficits cognitivos adquiridos sin que por ello afecten de modo significativo a las capacidades funcionales y las actividades cotidianas de las personas. Actualmente el DCL es el término más utilizado y aceptado para definir una fase intermedia entre el envejecimiento normal y la demencia; una fase en la que la persona mayor presenta un déficit cognitivo apreciable, pero que no interfiere en su funcionalidad.

A este respecto, son de destacar estudios que muestran que tanto la actividad recreativa como la ejercitación cognitiva disminuyen el riesgo de desarrollar en un futuro la enfermedad de Alzheimer en las personas mayores que sufren un DCL (Llanero, Montejo, Montenegro, Fernández y Ruiz, 2010; Scarmeas, Levy, Tang, Manly, & Stern, 2001). Esos estudios indican que es altamente recomendable utilizar en las personas mayores con DCL la terapia cognitiva orientada a la preservación de actividad intelectual y al desarrollo de mecanismos de compensación. En este sentido, desde el punto de vista de la intervención psicosocial se

*** Dirección para correspondencia [Correspondence address]:**

Andrés Escarbajal de Haro. Universidad de Murcia. Campus de Espinardo. Facultad de Educación. CP 30100, Murcia (España).
E-mail: adeharo@um.es

abren numerosas posibilidades con las personas mayores con DCL. Como dice Zelinski (2003, p. 83), “si las personas mayores se definían antes por lo que no podían hacer, en la actualidad se definen por lo que aún pueden seguir haciendo”. “Ninguna carencia es tan negativa que nos impida seguir adelante”, escribió Miret-Magdalen (2003, p. 15).

Pues bien, el trabajo de investigación que se presenta trata de ofrecer una visión del estado de la situación desde la propia percepción de los protagonistas, utilizando para ello una metodología cualitativa de investigación, sin renunciar a la aportación de algunos instrumentos cuantitativos que han posibilitado el diagnóstico de las personas mayores entrevistadas como personas con DCL. A este respecto, alguna investigación (Casullo, 2009) demostró la importancia de proporcionar diseños de investigación que se centren en analizar cómo las personas entrevistadas construyen sus representaciones sociales acerca del tema, necesidad o problema a investigar. Otras investigaciones del mismo corte han estudiado la temática desde distintos ángulos y perspectivas (Escarbajal de Haro, 2004; Martínez de Miguel, 2003; Miñano, 2006; Montero, 2005; Salmerón, 2013), pero ninguna de ellas aborda el DCL en personas mayores usuarias de centros sociales municipales desde sus percepciones, sus carencias psicosociales y desde las posibilidades de acción psicoeducativa con ese colectivo. Por ello, en la investigación de la que se da cuenta en este artículo se plantearon los objetivos que siguen:

- Reconocer y comprender las características y fundamentos más importantes del Deterioro Cognitivo Leve.
- Conocer la percepción que tienen las personas mayores afectadas de DCL acerca de la salud y la calidad de vida.
- Detectar las posibles carencias psicosociales que tienen las personas mayores con DCL.

Método

Participantes

En relación a los sujetos de la investigación, señalar que participaron un total de 30 personas mayores con edades comprendidas entre los 68 y 84 años, de los que un 70% se encuentran en el intervalo de edad de 68 a 79 años; el 73.3% eran mujeres y el 26.6% restante eran hombres. Todos eran usuarios del *Programa de Gerontología y Envejecimiento Saludable* que se está desarrollando en los centros sociales de mayores municipales de diferentes zonas de la Región de Murcia. Es un programa que ofrece a las personas mayores posibilidades para sentirse útiles y vivir su envejecimiento de una manera activa.

En cuanto a variables sociodemográficas, indicar que el 56.6% son personas casadas, el 40% viudas y el 3.3% solteras. Y en referencia a la formación, se identifica una baja tasa de escolarización referida fundamentalmente a los estudios primarios con un 60%, un 33.3 % sin estudios y un 6.65% de estudios medios.

Procedimiento

Para establecer la muestra final susceptible de estudio se realizó el siguiente procedimiento: de una población de 2.485 personas mayores pertenecientes a los 44 centros incluidos en el programa, se valoró a 1.152 sujetos, que son los que acuden con regu-

laridad y participan en las actividades de una manera habitual en estos centros de mayores. De esa población de 1.152 personas mayores fueron seleccionados por los geriatras de los centros 148 sujetos, valorados clínicamente con síntomas subjetivos de pérdida de memoria (GDS2), que identifica a un sujeto normal con disminución cognitiva muy leve, según la Escala Global del Deterioro de Reisberg (1982). A los 148 sujetos seleccionados se les aplicó una serie de pruebas que se explican más adelante. Y, tras analizar los datos obtenidos en la aplicación de las pruebas psicométricas, se detectó a 34 sujetos con DCL, que correspondían al estadio GDS3 en la escala de Reisberg.

Aunque se optó por la utilización de un enfoque de corte cualitativo para el núcleo central de la investigación, fue también necesario, como se ha señalado, el uso de instrumentos cuantitativos para poder seleccionar de manera más precisa a los protagonistas del estudio. No es una novedad, porque Martorell y Gómez (2010) ya ilustraron sobre el valor de los tests psicológicos como muestra representativa de un fenómeno de estudio.

En cuanto a los instrumentos concretos utilizados, aclarar que a las personas mayores seleccionadas se les pasó pruebas de Evaluación Gerontológica Estandarizada para realizar una valoración neuropsicológica, utilizando los tests MMSE y EUROTEST, basados en LOGICIEL/ EGS, consistente fundamentalmente en (Avilés, Balas y Martínez, 2005):

- Aplicar escalas validadas internacionalmente con tecnología informática.
- Permitir detectar la fragilidad que, en términos gerontológicos, se refiere a la vulnerabilidad de los mayores al iniciar la pérdida de autonomía.

A los 148 sujetos con síntomas subjetivos de pérdida de memoria se les pasó las siguientes pruebas:

- MMSE (*Minimal State Examination*), para la evaluación de la función cognitiva.
- EUROTEST (muy útil para personas con analfabetismo y/o escasa cultura), utilizada como complemento al MMSE, ya que éste tiene el riesgo de sesgos de tipo cultural.

Como se pretendía que las personas sobre las que se iba a llevar a cabo la investigación fuesen autónomas (pues de esta manera serían mucho más objetivos los resultados obtenidos), se aplicó la escala de Lawton sobre las actividades básicas de la vida diaria, y se comprobó el índice de comorbilidad de Charlson, diseñado para predecir la mortalidad a largo plazo en función de las patologías crónicas asociadas. El análisis de los resultados arrojó que de las 34 personas 4 no cumplían los requisitos necesarios para que su autonomía fuera total, es decir un índice de Lawton de 8 (para ser autónomos la puntuación requerida debe ser menor de 8), y la comorbilidad de Charlson entre 0 y 1, porque ya implica un riesgo de mortalidad. Para ello, fueron aplicados los criterios de Petersen (1999), necesarios para el diagnóstico de Deterioro Cognitivo Leve:

- Quejas subjetivas de memoria formuladas por las personas y preferentemente corroboradas por algún informante.
- Observación de un deterioro de la memoria a través de pruebas neuropsicológicas específicas.
- Normalidad en el resto de las funciones cognitivas.
- Desempeño normal de las actividades de la vida diaria o mínima afectación en las actividades instrumentales.

- Ausencia de criterios diagnósticos de demencia.

Finalmente fueron 30 las personas sobre las que se realizó la entrevista (aquellas que cumplían los criterios de Petersen y tenían autonomía). Se utilizó la entrevista semiestructurada porque se consideró adecuada para recabar datos subjetivos relacionados con las creencias, experiencias, necesidades y conocimientos de los mayores más allá del terreno descriptivo, tradicional en las investigaciones sobre personas mayores, pero que no permite ahondar y descubrir las verdaderas cuestiones, experiencias y valores que pueden aportar esas personas (Martínez de Miguel, 2003). La entrevista semiestructurada permite recoger todo tipo de datos del propio entrevistado, e igualmente ayuda a mantener un contacto físico y personal con él, intercambiando impresiones, opiniones, sentimientos y significados personales. En ese sentido, Lyman (1998) demostró que es posible, incluso, realizar entrevistas a enfermos de Alzheimer mediante conversaciones guiadas. En la investigación que se presenta, la entrevista semiestructurada está basada en unos núcleos temáticos que han orientado las preguntas diseñadas. Estos núcleos fueron:

- A. Salud
- B. Relaciones
- C. Formación
- D. Autoestima
- E. Ocio y tiempo libre
- F. Calidad de vida

Obtenidos los permisos necesarios, se procedió a iniciar el trabajo de campo de la investigación que consistió en:

1. Selección discrecional de las personas por entrevistar.
2. Citación de éstas personas en uno de los centros habituales de reunión.
3. Proceso de información de la entrevista.
4. Explicación de la investigación que se pretendía llevar a cabo.
5. Compromiso de utilización de los datos sólo y exclusivamente para la investigación en curso.
6. Solicitud de permiso a los entrevistados para ser grabados, explicándoles que de esta manera se recoge de forma fidedigna toda la información y no se pierden detalles que pueden ser interesantes (evitando la grabación de imágenes porque se vio que se condicionaba a la persona entrevistada).
7. Desarrollo de la entrevista.
8. Análisis de los datos: transcripción, codificación, categorización y análisis de contenido, utilizando un procedimiento tradicional basado en los trabajos clásicos de Taylor y Bogdan (1994) y Miles y Huberman (1984), reconocidos expertos en metodología cualitativa.

El análisis de datos constituyó un aspecto clave, a la vez que problemático, en el proceso de investigación. El carácter abierto y flexible de esta metodología, así como la diversidad de enfoques que engloba y la escasez de orientaciones y sistematizaciones al respecto, son condicionantes que pueden explicar tal situación. Básicamente el análisis de contenido se realizó mediante procesos de teorización (exploración, descripción e interpretación de los datos), procedimientos

analíticos generales (mediante reducción y exposición de los datos mediante categorías descriptivas) y estrategias de selección secuencial para generar constructos (Lecompte y Goetz, 1982; Martínez, 2006).

Importa resaltar también que, cuando en investigación cualitativa se utiliza como instrumento de obtención de información la entrevista, la muestra adecuada puede situarse entre 25-30 personas, para evitar saturar la información obtenida de acuerdo con los estudios de Taylor y Bogdan (1994). En este caso se trabajó con una muestra conformada por 30 personas mayores con DCL.

Resultados

Los datos obtenidos fueron agrupados en 6 categorías de análisis y algunas subcategorías. Estas categorías fundamentales permitieron formular las conclusiones de la investigación, tras analizar y discutir los resultados:

1. Salud:
 - 1.1. Salud Psíquica
 - 1.2. Salud Física
2. Relaciones
3. Formación
 - 3.1. Académica
 - 3.2. Expectativas y Proyectos
4. Autoestima
5. Ocio y tiempo libre
6. Calidad de vida

La categoría de salud fue desdoblada en dos subcategorías: salud psíquica y salud física, pues de esta manera se pudo hacer un análisis más detallado de elementos imprescindibles para las personas con DCL. En relación a la salud psíquica, se pudo comprobar que un número significativo de las personas entrevistadas presenta un estado de ánimo no muy alto, y eso se puede atribuir, entre otros motivos, a la edad, a su deterioro o a cualquier circunstancia que rodea sus vidas, como su situación familiar o personal: *Pues mal, porque no tengo nunca ganas de estar sola, no me levantaría; todo lo veo malo y sin embargo me dicen que no es así (E2). Yo me encuentro muy decaída (E7). Tengo un día bueno y otros días con bajón de ánimo (E12).* Aunque también hay personas con el ánimo más alto y con muchas ganas de vivir.

Esta es, quizás, una de las categorías más relevantes, puesto que uno de los ejes principales de la investigación son las personas con DCL, y es aquí donde se puede indagar de manera clara en este tema. En esta categoría es donde se reflejan de manera más significativa alguna sintomatología propia del deterioro cognitivo. Se comprueba cómo muchas de estas personas mayores se refieren a olvidos de objetos en su vivienda, e igualmente recuerdan hechos y acontecimientos de hace muchos años y, sin embargo, no recuerdan sucesos acontecidos recientemente: *Me acuerdo mejor de lo que pasó hace muchos años. Ahora me pongo a hacer la comida y digo: ¿adónde voy yo? ¿Qué le echo a esta comida? (E1). A lo mejor se me olvida lo que pasó ayer y me acuerdo de lo que pasó hace mucho tiempo (E24).*

No obstante, todas las personas que constituyen la muestra afrontan de forma eficaz los problemas y, además, se apoyan en los hijos y, fundamentalmente, y en sus parejas cuando se ven incapaces de afrontar o solucionar algunas cuestiones que sur-

gen en su vida cotidiana. Pero lo más destacable es que, en general, a pesar de su, a veces, bajo estado de ánimo, las personas entrevistadas tienen mucha ganas de vivir y aceptan los problemas de salud como algo normal. Entienden y asumen la normalidad de que con los años aparezcan los problemas de salud.

Mediante la percepción sobre la salud física se obtiene la información necesaria sobre la existencia de algún condicionante que les impida realizar una vida normal. Es significativo que todas las personas mayores entrevistadas tengan una concepción de salud muy parecida: manifiestan achaques, en general propios de la edad, pero se sienten aceptablemente bien, y así lo manifiestan en las respuestas: *¿Cómo me encuentro? Pues bien, con muchos achaques, pero bien (E12). Algunas veces me duelen las piernas, pero eso es lo normal con mis años (E16).*

Las personas mayores entrevistadas manifiestan que el estado de salud no condiciona sus vidas. Sus problemas crónicos no suponen problemas para desarrollar una vida normal. Esto es muy interesante, puesto que muestra cómo estas personas son capaces de realizar muchas actividades y que su DCL no es un problema para ello.

Con respecto a la dimensión relacional, se desprende de la investigación que las relaciones sociales son un elemento fundamental para los mayores, y esto queda de manifiesto al comprobar que bien los hijos, hermanos, la familia en general o los amigos, participan plenamente de su entorno social; es un hecho constatable que se suelen relacionar con su familia más que con cualquier otra persona o grupo social: *Pues yo con todos, con mis hijos y yernos muy bien, también con mis hermanos (E6). Pues yo sí, me llevo bien con mis hijos que es lo principal y con mi familia (E23).* Aunque también es importante destacar sus relaciones sociales con vecinos y amigos, que son igualmente muy importantes y gratificantes: *Sí, sí tengo muchos amigos (E14). La vida tiene que vivirse con los demás (E20). Cada vez que vamos de viaje siempre hacemos amigos (E28).* Sus relaciones, por lo tanto, son satisfactorias en forma plena, en su totalidad y se fomentan casi a diario en actividades en centros de mayores, viajes, fiestas, etc.

Igualmente, se ha dividido la categoría de Formación en dos partes: Académica y Expectativas y/o proyectos, que ayudarán a conocer la formación adquirida por estas personas y si tienen o no algún proyecto o expectativa de cualquier tipo.

Como se señaló en la primera categoría, la formación académica en este grupo de personas mayores es muy baja. En el caso de las mujeres mayores, la vida rural, la época en la que la mujer se dedicaba al trabajo del campo y a sus labores, marcaron, como bien es sabido, a una generación de mujeres que en gran medida sólo ha sufrido y padecido a una sociedad que las marginaba y que las utilizaba sin darles una oportunidad de igualdad. A casi todas las entrevistadas les hubiera gustado estudiar: ser maestras, enfermeras...: *A mí me hubiese gustado ser enfermera (E5). Yo, magisterio sin ninguna duda (E8).*

No obstante, las mujeres mayores componentes de la muestra analizada no estudiaron pero tienen en común un aspecto muy importante: las ganas y la ilusión. Rememoran su pasado, recordando su escasa asistencia al colegio y la ilusión que les hubiera producido poder estudiar. Todas estudiarían ahora si pudieran.

Con respecto a las expectativas y proyectos de estas personas mayores, se puede constatar que ilusión no les falta, pero las ganas y la edad hacen que no se planteen ningún proyecto de

cierta envergadura o duración.: *Yo creo que siempre se pueden hacer cosas, siempre y cuando no falten fuerzas e ilusión. Lo que pasa es que ya somos bastante mayores. (E16),* aunque es cierto que se involucran en muchas actividades recreativas y educativas como la pintura o los talleres socioculturales.

Por su parte la autoestima también constituye una categoría de análisis significativa en el estudio. En una investigación realizada por Levy, Slade, Kunkel y Kasl (2002) se concluye que las personas mayores con opiniones negativas sobre la vejez acortan sus vidas más de siete años en relación con los mayores que mantienen un espíritu positivo ante el inevitable hecho de la vejez. Es decir, la autoestima en las personas mayores es un elemento fundamental que se debe considerar a la hora de llevar a cabo un proyecto sobre envejecimiento saludable, ya que está muy ligada a la salud psíquica de las personas. La autoestima es elevada, en general, en estas personas mayores puesto que ellas se consideran muy válidas y creen que su experiencia es muy positiva para los demás.

Las personas mayores entrevistadas se muestran satisfechas de lo que vivieron en su juventud a pesar del sufrimiento, del esfuerzo y del trabajo realizado. Se consideran necesarias para que sus hijos puedan trabajar, y eso las hace importantes. Ahora se encuentran en una etapa de la vida donde la vitalidad, belleza, la fortaleza..., ya no están presentes, pero afrontan en muchos casos esta etapa como algo positivo, como algo natural, sólo siguen demandando salud, que consideran imprescindibles en sus vidas: *La vejez es como venimos viendo desde que nacimos. No es mejor ni peor, es un momento más de nuestra vida (E1). Yo creo que es una etapa positiva, es algo de la vida, ¿no? (E7). Yo sí estoy satisfecha; he pasado mucho, he luchado pero aquí estoy viviendo (E20).*

En penúltimo lugar, se ha abordado la dimensión del ocio, ya que conlleva muchas implicaciones a la hora de enfocar esta etapa de la vida marcada por el incremento de horas dedicadas al tiempo libre. El ocio y el tiempo libre ocupan gran parte de la vida de los mayores, y son numerosos los que realizan actividades socioculturales que hacen referencia principalmente a actividades programadas por centros sociales, por concejalías municipales de mayores, de mujer o de educación: *Ganchillo, coser, la gimnasia... (E1). ¿Yo, mi tiempo libre? Cuando termino de hacer las cosas, me pongo a hacer bolillo, hago los deberes de la escuela y hago mi caligrafía y con mis nietos también me quedo con ellos bastantes veces (E3).*

Y es relevante constatar que las personas mayores entrevistadas están contentas, en general, con las actividades de ocio que realizan y que, incluso, demandan la ampliación de las ofertas que se les hacen, aunque también hay mayores que creen que son suficientes con las que realizan y no necesitan más. Las reuniones en los centros de mayores también juegan un destacado papel de integración social y de convivencia. La participación en numerosas actividades que desde allí se organizan y llevan a cabo (juegos recreativos, excursiones, aprendizaje de labores, pintura, teatro, ayuda intelectual...) supone un excelente motivo para el enriquecimiento personal, fortalecimiento de la amistad y lucha contra la soledad, problema éste serio en muchas personas, sobre todo las personas mayores que han quedado viudas recientemente. Estos centros de mayores son, en muchos casos, centros que luchan contra la exclusión social y hacen que los mayores se reencuentren con la amistad, la diversión y el disfrute a través de actividades adecuadas a sus intereses.

Por último, aunque no menos importante, se analizó la calidad de vida de las personas mayores entrevistadas desde su propia percepción, teniendo en cuenta que la calidad de vida es un término complejo, ya que muestra una numerosa y variada cantidad de aspectos unidos y entrelazados entre sí que indican ciertos estados de bienestar en las personas. También se ha de considerar que la calidad de vida no es un estado, sino algo más: una construcción activa en la que influyen muchos valores que además condicionan el estado de satisfacción y bienestar de una población, a través de una serie de indicadores tales como la salud, autonomía, renta económica, relaciones sociales, con el entorno, comunicación, actividad... La calidad de vida, por tanto, indica la percepción que tienen los individuos de que sus necesidades estén siendo satisfechas.

Estas personas no tienen un gran conocimiento del significado del término *calidad de vida*, aunque lo han oído por la radio y la televisión. Igualmente, entienden el término a su manera y llegan a comprender, tras comentarlo con ellas, que en el fondo se refiere a un estado de bienestar físico y/o psicológico que es necesario en las personas y que les ayudará a envejecer de una manera satisfactoria. La calidad de vida de estos mayores gira sobre tres puntos fundamentales: la salud, como bien máspreciado; el dinero, para vivir de una manera más cómoda; y la relación con los demás, su familia y sus amigos: *Hombre pues tener salud, alegría y todo eso (E7). Hombre llevarse bien con la gente, tener salud, tener dinero, tener uno la conciencia tranquila (E26). Pues sentirse bien y que no te falte de nada, ni comida, ni casa, ni ropa... (E29.)*

Se observa en la investigación que la gran mayoría de los mayores entrevistados están satisfechos con la calidad de vida que tienen. Cuando comprenden la dimensión del término, lo asumen y lo entienden conjugado con la salud y el bienestar familiar: *Dentro de lo que cabe, bien. No me he deprimido. Salgo a la calle, he luchado y he sacado a mis hijos adelante (E19). Yo no me puedo quejar, con todo lo que he pasado en mi vida (E25).*

En definitiva, las categorías analizadas profundizan en aspectos muy importantes de la vida cotidiana de estas personas mayores, ya que desvelan sentimientos, emociones, y también percepciones, sobre su vida y sobre lo que la salud y la calidad de vida pueden llegar a condicionarles.

Todo ello podría servir para establecer unas bases mínimas necesarias para plantear cuestiones que hagan reflexionar sobre aspectos tan diversos como la formación, la salud, la autoestima, etc. Tras el análisis de la información obtenida, y detectadas las necesidades de estos mayores, se puede estar en condiciones de reflexionar, desde los ámbitos psicológico y educativo, acerca de orientaciones que puedan contribuir a la mejora de las condiciones socioculturales y cognitivas de estas personas.

Discusión

El trabajo de investigación ha puesto de relieve que, incluso en situaciones de enfermedad como puede ser el hecho de ser diagnosticado con DCL, se pueden llevar a cabo actividades que redunden en la mejora del desarrollo personal y social de forma significativa y satisfactoria. De hecho, se valora como muy positiva según los estudios de Meléndez, Sanz y Navarro (2012) la importancia de la prevención e intervención para el diagnóstico del DCL.

La salud es para estas personas lo más valorado. Y, desde una dimensión psíquica, se observa que las personas mayores, a diferencia de lo que pueda parecer, presentan unos buenos niveles de autoestima. De hecho, los datos obtenidos coinciden con el estudio de Goñi, Fernández-Zabala e Infante (2012), e indican que la edad es un factor determinante en la mejora del autoconcepto, con una mayor incidencia, si cabe, en el caso de las mujeres, lo que les lleva a considerar la escasa capacidad explicativa que estas dos variables, sexo y edad, tienen sobre el autoconcepto personal. Estos presupuestos constituyen un factor sustancial para romper de una vez por todas con la imagen estereotipada del mayor como incapaz, deprimido e inútil en nuestra sociedad. Así, los resultados de la investigación conducen a plantearse que es posible que existan variables de mayor peso de otro tipo, por lo que sería deseable ahondar en estas cuestiones utilizando entrevistas en profundidad.

Sin embargo, se debe ser consciente de que en términos generales todavía predomina el modelo biomédico de salud, no sólo en la propia concepción de la persona, sino en las instituciones, en los profesionales y en las políticas que marcan el devenir de la salud. Los estudios sobre deterioro cognitivo han estado monopolizados por los modelos biomédicos, que tradicionalmente se han centrado en las características individuales, excluyendo, aspectos contextuales y educativos (Bond, 1992; Escarbajal de Haro, 2004; Salmerón, 2013). Esto va a producir una serie de consecuencias que deben ser consideradas, entre ellas la más importante que el médico sigue siendo la figura central, de referencia; el médico es para la mayoría de los mayores alguien por encima de ellos mismos, y es esto, entre otras causas, el motivo de que no se produzca la relación de confianza mutua que debería existir entre ambos, lo que va en detrimento de la propia persona mayor; y además, todo gira en torno a la salud física que, como se ha ido viendo a lo largo de este trabajo de investigación, no es, ni mucho menos, el único elemento que se debería tener en cuenta, aunque sí sea muy importante. No se debe, por tanto, fraccionar los aspectos de salud y calidad de vida de los mayores, sino tratarlos globalmente, lo cual ayudaría y beneficiaría mucho a esas personas.

Por otra parte, es sabido que se deben adquirir buenos hábitos desde la niñez, puesto que de esta manera en la edad adulta se obtendrá un beneficio saludable para el cuerpo y la mente. Por ello, la educación para la salud es considerada como una herramienta psicopedagógica muy interesante para, desde edades tempranas, intentar que las personas mayores vivan y disfruten del día a día con una salud razonablemente buena (Avilés, Balas y Martínez, 2005). Es necesario que las personas mayores tengan conciencia de que, a pesar de su inevitable deterioro físico y/o cognitivo, pueden disfrutar y preservar su salud.

Igualmente, se constata en los resultados de la investigación que las personas que conforman el entorno más directo de los entrevistados —pareja, hijos, vecinos— son una parte fundamental en su vida. La familia normalmente proporciona la atención necesaria, y sobre todo el cariño, el amor y la cercanía, no como una obligación sino como un signo y un hecho humano irrenunciable. La soledad es una seria amenaza para la persona mayor, y es necesario que exista una prevención de la misma. La soledad se combate con cercanía, afecto y cariño.

De la misma manera, es constatable cómo el ocio y el tiempo libre son necesarios a lo largo de toda la vida, pero es en las per-

sonas mayores donde va a constituir un elemento primordial para vivir una vejez satisfactoria. Es necesario saber utilizar el tiempo, sobre todo cuando se es mayor, llenarlo de actividades significativas, ya que siempre se pueden hacer cosas, siempre hay que hacer algo de lo que nos sentimos satisfechos y, de esta manera, la persona mayor se sentirá útil, además de aprovechar su tiempo en numerosas actividades que por razones diversas, como el trabajo, el hogar..., no pudieron realizar en otros momentos. Es, por tanto, imprescindible enseñar a los mayores a usar y aprovechar su tiempo de una manera agradable y satisfactoria, tratando de enriquecer y mantener activas sus inquietudes y sus mentes.

También se ha podido comprobar a lo largo de la investigación que la calidad de vida es un término complejo que tiene un claro carácter multidimensional. Se ha constatado que las dimensiones que se ven inmersas en este concepto no son independientes unas de otras; al contrario, entre ellas existe una interacción dinámica, una interconexión estrecha que debería hacer plantear la conveniencia de cambiar el término de multidimensional por el de interdimensional. Otro aspecto que se debe considerar cuando se habla de calidad de vida es la propia condición subjetiva del término, que va implícito en la forma de ser y pensar de cada una de las personas a las que se requiera su opinión e impresiones. No obstante, la investigación realizada por Sánchez, Torrells, Fernández y Martín (2013) pone de manifiesto que en la percepción que tienen las personas mayores de su calidad de vida destacan en mayor medida dominios de vitalidad y salud mental y física; y en menor medida el rol emocional y función social. Del mismo modo coincide el estudio realizado por Lucas-Carrasco, Peró y March (2011) referente a que el estado de salud es el que más destacan las personas mayores a la hora de valorar su calidad de vida.

Dentro del colectivo de mayores, las personas con DCL deben ser apoyadas desde el momento del diagnóstico mediante las medidas médicas y psicológicas oportunas, naturalmente, pero sin olvidar la dimensión educativa para, interdisciplinariamente, evitar en la medida de lo posible el desarrollo de este deterioro. De hecho, según estudios de Meléndez, Sanz y Navarro (2012), a mayor edad y menor nivel académico existe un mayor riesgo de aparición no sólo de síntomas de carácter amnésico sino también en otros dominios cognitivos. Así, los trastornos de memoria son elementos centrales y relevantes dentro del DCL, y este hecho hace necesario e indispensable el planteamiento de actividades y actuaciones tendentes a fomentar y activar las diferentes capacidades mentales de las personas mayores con ese deterioro, lo cual justifica que se planteen acciones de estimulación cognitiva de la memoria.

En la actualidad existen numerosas evidencias de que las estructuras cerebrales pueden modificarse incluso de manera macroscópica, debido principalmente a causas y factores ambientales, lo que es muy interesante y muy útil para poder aprovecharlo desde el punto de vista educativo (Toribio y Medrano, 2009). En la investigación llevada a cabo por Llanero, Montejo, Montenegro, Fernández y Ruiz (2011) se demuestra cómo los programas de estimulación cognitiva contribuyen a que las personas mayores con DCL obtengan una mejoría en el área de memoria, fluidez verbal y habilidades visoespaciales. Una de las implicaciones más importantes del estudio realizado por Sánchez, Fernández-Cueli, García, García y Rodríguez (2011) en relación a la aplicación de un programa informático para estimular la atención en

personas mayores, estriba en que el deterioro atencional es independiente del sexo y, sin embargo, un entrenamiento sencillo hace que esas capacidades no sólo no se deterioren, sino que por el contrario mejoren. Este argumento coincide con lo que se viene manifestando en el presente trabajo, destacando la importancia del entrenamiento de la capacidad atencional en la etapa de la vejez.

En la última década se produce un creciente interés y relevancia hacia el uso de estrategias de estimulación cognitiva. Otros ejemplos de programas muy aceptados en España son el *Programa de Psicoestimulación Integral (PPI)* (Tárraga, 1998), *Activemos la mente* (Peña-Casanova, 2005), *El Baúl de los Recuerdos* (Losa, 2003) *Smartbrain* (Colectivo Educamigos, 2014) o *Gradior* (Franco, Orihuela, Bueno y Cid, 2000), entre otros.

Conclusiones

El propósito fundamental de la investigación era ayudar a acabar con la idea de que envejecer es sinónimo de enfermedad, o sinónimo de inutilidad; envejecer es, sin duda alguna, *una etapa más de la vida*, es una etapa con sus limitaciones y con sus virtudes... Por eso mismo, intentar impedir el envejecimiento, que forma parte de la naturaleza de los seres humanos, es engañarse, produce frustraciones y problemas de tipo mental. La persona no quiere envejecer y sin embargo esto es un hecho inevitable; entender esto es mirar hacia adelante, buscar un envejecimiento satisfactorio, positivo y disfrutar de la vida, de su belleza, de los momentos agradables, saber enfrentarnos a las dificultades. La vejez es fruto del resultado de las vivencias de las etapas vitales anteriores, por lo que se debe entender que no se improvisa, siendo una parte del proceso vital.

Desde estas conclusiones se reafirma la necesidad de plantear propuestas psicoeducativas para las personas mayores con DCL. Las personas mayores constituyen un colectivo relevante que debe ser apoyado de manera completa, eficaz y significativa por parte de las diferentes Administraciones. El estado de Derecho y el estado de Bienestar deben servir de marco y apoyo para romper barreras, aprovechar la igualdad y otros beneficios que son un derecho fundamental innato a la propia naturaleza de todas las personas.

En ese sentido, la prevención debe constituir una base firme y duradera de atención a los mayores. Para esto, el ocio y el tiempo libre constructivos deben ayudar a estas personas, que en la mayoría de los casos nunca los han disfrutado, como un empuje hacia una vejez satisfactoria mediante programas y actividades socioeducativas.

Por todo ello, se considera que los talleres de memoria, los programas de estimulación cognitiva y emocional y la planificación de actividades dirigidas a mantener mentalmente activas a estas personas serán elementos imprescindibles para la consecución del objetivo de hacer de los mayores unas personas felices que envejecan de una manera positiva y satisfactoria.

En definitiva, la tarea fundamental, tras los resultados de la investigación, estribará en potenciar al máximo las funciones preservadas con la intención de mejorar o mantener el funcionamiento cognitivo y, de esta manera, disminuir la dependencia de la persona mayor afectada de Deterioro Cognitivo Leve.

Referencias

- Álvarez, M. y Alom, J. (2009). Capacidad predictiva de demencia por enfermedad de Alzheimer de diferentes criterios diagnósticos de Deterioro Cognitivo Leve. *Alzheimer Real Invest Demenc*, 41, 13-19.
- Amor, M. S. y Martín, E. (2006). Deterioro Cognitivo Leve. En I. Ruipérez (Ed.), *Tratado de geriatría para residentes* (pp.170-187). Madrid: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C).
- Avilés, J. D., Balas, D. y Martínez, A. (2005). *Envejecimiento saludable. Mujer y salud*. Murcia: Instituto de la Mujer. Conserjería de la Presidencia de la C. A. de la Región de Murcia.
- Baquero, M., Blasco, R., Campos-García, A. Garcés, M. Fages, E. M. y Andreu-Català, M. (2004). Estudio descriptivo de los trastornos conductuales en el deterioro cognitivo leve. *Revista de Neurología*, 38(4), 323-326.
- Bond, J. (1992). The medicalization of dementia. *Journal of Ageing Studies*, 6, 397-403.
- Casullo, M. M. (2009). La evaluación psicológica: modelos, técnicas y contextos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 27(1), 9-28.
- Colectivo Educamigos (2014). *Smartbrain*. Recuperado de <http://www.smartbrain.net>.
- Escarbajal de Haro, A. (2004). *Personas mayores, educación y emancipación*. Madrid: Dykinson.
- Franco, M. A., Orihuela, T., Bueno, Y. y Cid, T. (2000). *Programa Grudior. Programa de evaluación y rehabilitación cognitiva por ordenador*. Valladolid: Edintrás.
- Goñi, E., Fernández-Zabala, A. e Infante, G. (2012). El autoconcepto personal: diferencias asociadas a la edad y al sexo. *Aula Abierta*, 40(1), 39-50.
- Lecompte, M. & Goetz, J. (1982): Problems of reliability and validity in ethnographic research. *Review of Educational Research*, 52, 57-76.
- Levy, R. B., Slade, M. D., Kunkel, S. R. & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 261-270.
- Losada, D. (Ed.) (2003). *El baúl de los recuerdos*. Madrid: AFAL.
- Lyman, K.A. (1998). *Día a día con la enfermedad de Alzheimer*. Madrid: IMSERSO.
- Lucas-Carrasco, R., Però, M. y March, J. (2011). Calidad de vida global en personas con demencia. *Revista de Neurología*, 52(3), 139-146.
- Martínez, M. (2006). *Ciencia y arte en la Metodología Cualitativa*. Sevilla: Eduforma.
- Martínez de Miguel, S. (2003). *Reconstruyendo la educación de personas mayores. Estudio cualitativo de necesidades*. Granada: GEU.
- Martorell, C. y Gómez, O. (2010). Enfoque de la Evaluación Psicológica de la Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica (Ridep). *Ridep*, 30(2), 35-56.
- Meléndez, J. C. Sanz, T. y Navarro, E. (2012). Deterioro Cognitivo Leve: método y procedimiento de clasificación. *Anales de Psicología*, 28(2), 604-610.
- Miñano, L. (2006). *El asociacionismo y las necesidades socioeducativas en los centros de mayores del municipio de Murcia*. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia.
- Miles, M. & Huberman, A. (1984). *Qualitative data analysis*. Beverly Hills: Sage.
- Míret-Magdalena E. (2003). *Cómo ser mayor sin hacerse viejo*. Madrid: Espasa.
- Molinuevo, J. L. (2007). *Deterioro Cognitivo Ligero*. Barcelona: Glosa.
- Montero, I. (2005). *El interés de las personas mayores por la educación: ¿Qué educación? Estudio de campo*. Tesis Doctoral: Universidad de Granada.
- Peña-Casanova, J. (2005). *Activemos la mente*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Petersen, R. et al. (1999). Mild cognitive impairment: clinical ch. and outcome. *Arch. Neurol.*, 56, 303-308.
- Reisberg B. et al. (1982). The Global Deterioration Scale for Assessment of Primary Degenerative Dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139(9), 1136-1139.
- Salmerón, J.A. (2013). *La percepción del envejecimiento desde la perspectiva de las mujeres mayores usuarias de centros sociales de la Comarca del valle de Ricote de la Región de Murcia. Sus implicaciones para la educación*. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia.
- Sánchez, J. L., Torrells, C., Fernández, M. J. y Martín, J. (2013). Influencia de la reserva cognitiva en la calidad de vida en sujetos con enfermedad de Alzheimer. *Anales de Psicología*, 29(3), 762-771.
- Sánchez, N., Fernández-Cueli, M., García, T., García, P. y Rodríguez, C. (2011). Análisis de un programa informático para estimular la atención en personas mayores. *Aula Abierta*, 39(2), 69-80.
- Scarmeas, N., Levy, G., Tang, X. M., Manly, J., & Stern, Y. (2001). Influence of leisure activity on the incidence of Alzheimer disease. *Neurology*, 57, 2236-2242.
- Tárraga, L. (1998). Terapias blandas: programa de psicoestimulación integral. Alternativa terapéutica para las personas con enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 27(1), 51-62.
- Taylor, S. J. & Bogdan, R. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Toribio, M.E. y Medrano, V. (Ed.) (2009) *Alzheimer "cuéntame algo diferente"*. Elche: Teleimprensa- Grupo M&G Difusión, S.L.
- Zelinski, E. (2003). *1.001 formas de disfrutar de su jubilación*. Barcelona: Amat.

(Artículo recibido: 31-03-2014; revisado: 13-09-2014; aceptado: 19-09-2014)