

C. Requena Hernández<sup>1</sup>  
V. López Fernández<sup>1</sup>  
T. Ortiz Alonso<sup>2</sup>

# Satisfacción con la vida en relación con la funcionalidad de las personas mayores activas

<sup>1</sup> Universidad de León  
León

<sup>2</sup> Centro de Magnetoencefalografía Dr. Pérez Modrego  
Universidad Complutense  
Madrid

**Introducción.** Estudiar la relación entre variables objetivas de funcionalidad y grado de satisfacción con la vida en personas mayores con un estilo de vida activo.

**Material y métodos.** Estudio con 340 personas mayores con edades comprendidas entre los 60-85 años. Todas ellas presentan un estilo de vida activo. Pruebas aplicadas: Escala de Satisfacción con la Vida, Test Conductual de Memoria Rivermead, Cuestionario de Fallos de Memoria de la Vida Diaria, Escala Geriátrica de Depresión, subescala de apoyo social del OARS, subescala de la dimensión física del COOP-WONCA, escala de valoración jerárquica para la autonomía de Siu y Reuben.

**Resultados.** Análisis estadísticos con las correlaciones de Pearson ( $p < 0,05$  y  $p < 0,001$ ) entre las variables objetivas de funcionalidad y el nivel de satisfacción con la vida. Los resultados globales muestran que hay correlación negativa, es decir, paradoja del bienestar entre los criterios objetivos nivel de estudios, nivel de memoria y autonomía y el criterio subjetivo del nivel de satisfacción vital.

**Conclusión.** Se hacen necesarias propuestas de intervención en actividad física entre las personas más mayores, ya que la reducción de la movilidad podría ser el desencadenante de un modelo de vida patológico.

**Palabras clave:**  
Edad. Satisfacción personal. Funcionalidad. Estudio descriptivo mediante observación.

*Actas Esp Psiquiatr 2009;37(2):61-67*

## Satisfaction with life related to functionality in active elderly people

**Introduction.** To study the relationship between the objective variables of functionality and degree of life satisfaction in elderly people with an active lifestyle.

**Material and Methods.** The study took place using a sample of 340 elderly people, aged 60-85, who were all

leading an active life. The tests applied were: Satisfaction with Life Scale, Rivermead Behavioral Memory Test, Memory Failures Everyday, Geriatric Depression Scale, OARS social support subscale, COOP-WONCA physical dimension subscale and Siu and Reuben hierarchical scale for self-sufficiency.

**Results.** Statistical analyses were made using Pearson's correlations, with a significance level of  $p < 0.05$  and  $p < 0.001$  between the objective variables and satisfaction with life level. The overall results show a negative correlation, that is, a paradox of well-being between the objective criteria of level of studies, memory level and self-sufficiency and the objective criterion of the level of life satisfaction.

**Conclusion.** Proposals for intervention in elderly people's physical activity are needed, since reduced mobility could lead to a pathological pattern of life.

**Key words:**  
Age. Personal satisfaction. Functionality. Observational descriptive studies.

---

## INTRODUCCIÓN

Los cambios demográficos que se vienen sucediendo en nuestras sociedades provocan una realidad social hasta ahora desconocida, como es el incremento de la longevidad y el peso específico de las personas mayores como grupo social. Las proyecciones del envejecimiento tienden a ser cada vez mayores: en el año 2050, un 19,8% de la población española tendrá 65 años o más<sup>1</sup>.

El reconocimiento del potencial de las personas mayores se ha concretado en lo que se denomina «envejecimiento satisfactorio» (*successful aging*); éste distingue entre patrones de envejecimiento patológico o pasivo y un patrón de envejecimiento normativo o activo; dentro de este último grupo los niveles de funcionamiento físico y psicológico se mantienen elevados e incluso en algunos sentidos hasta pueden mejorar<sup>2</sup>.

---

Correspondencia:  
Tomás Ortiz Alonso  
Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica  
Facultad de Medicina. Pabellón 3  
Universidad Complutense de Madrid  
28040 Madrid  
Correo electrónico: tortiz@med.ucm.es

Algunos autores incluyen dentro del concepto del «buen envejecer» criterios que tienen que ver con la valoración subjetiva y el significado que la propia persona mayor atribuye al estado en el que se encuentra. En este sentido, la presencia de altos niveles de bienestar es uno de los criterios más aludidos como componente del «envejecimiento satisfactorio». En ocasiones este bienestar se asocia a una experiencia subjetiva de felicidad o satisfacción, mientras que en otras, se vincula a valores objetivos que están presentes en la cultura<sup>3</sup>.

Tanto los criterios objetivos como los subjetivos son necesarios en la definición de envejecimiento satisfactorio<sup>4</sup>; los primeros son necesarios porque nos proporcionan unos objetivos claros y estables que guíen la prevención de un modelo patológico entre el colectivo de personas mayores y los segundos hacen referencia al sistema de valores de las propias personas y permite identificar lo que se ha denominado la «paradoja del bienestar»<sup>5</sup>, es decir, el hecho de que aun en situaciones muy desfavorables y que deberían ser claramente mejoradas, las personas pueden contemplar su situación de forma satisfactoria.

Diferentes autores han identificado un modelo patológico de envejecimiento<sup>6-11</sup>, que aumenta el riesgo de dependencia y la consiguiente institucionalización, mediante criterios objetivos como: una baja frecuencia de relaciones afectivas con familiares y amigos, soledad o poco apoyo familiar<sup>7,8</sup>, estado de ánimo depresivo<sup>12</sup>, alteración de la forma física y dificultades en la realización de las actividades de la vida diaria<sup>8</sup>, el aumento de la edad y el mayor nivel educativo<sup>7,8,10,13-16</sup>, y el nivel cognitivo<sup>9,15</sup>.

En el estudio que nos ocupa se analizan la relación entre las variables objetivas de funcionalidad con el grado de satisfacción vital, de personas mayores con envejecimiento activo y observar si hay paradoja del bienestar.

## Sujetos

La muestra del presente estudio está compuesta por 340 personas, 30 hombres y 310 mujeres, de edades comprendidas entre los 60-85 años. La edad media de los participantes es de 71,64 años, (desviación estándar [DE]: 6,002). Estas personas practican un modelo de envejecimiento activo<sup>17</sup> y para ello acuden a los Centros de Acción Social (CEAS) del Ayuntamiento de León y Provincia a realizar diferentes actividades. Las características sociodemográficas de la muestra se representan en la tabla 1 y las medias de los análisis descriptivos de las pruebas aplicadas se presentan en la tabla 2.

El estudio se lleva a cabo con un diseño correlacional para observar las relaciones que se establecen entre criterios objetivos, que hacen referencia a características del nivel cognitivo (quejas de memoria y nivel objetivo de memoria), emocional (aislamiento, estado de ánimo), social (apoyo social) y físico (forma física y autonomía) y criterios subjetivos,

Tabla 1	Datos sociodemográficos	
Categoría	n	
Sexo		
Hombres		30
Mujeres		310
Edad (años)		
60-64		57
65-69		50
70-74		131
75-79		69
80-85		33
Estudios		
Primarios		265
Bachiller		41
Universitarios		34
Zona		
Rural		165
Urbana		175
Rol		
Cuidador		55
No cuidador		285
Relaciones sociales		
Familia y amigos		129
Amigos		114
Solos		97

Tabla 2	Datos descriptivos	
	Media	DE
Depresión	9,30	4,46
Memoria	10,31	1,41
No aislamiento	24,09	22,00
Apoyo social	0,95	0,84
Forma física	2,85	0,78
Autonomía	1,48	1,30
Quejas de memoria	35,00	4,89

concretamente con el componente cognitivo del bienestar subjetivo<sup>18</sup>. Además se recogieron aspectos sociodemográficos como el sexo, la edad, el nivel de estudios, el rol de cuidador, relaciones sociales como variables que se relacionan con el nivel de satisfacción vital.

## Procedimiento

En base a las características de la muestra, uno de los aspectos más delicados de nuestro estudio fue la recogida de

datos, ya que el colectivo de personas mayores, a menudo, presenta dificultades sensoriales y de alfabetización funcional. Para subsanar este hándicap se llevó a cabo un entrenamiento de aplicación de pruebas tanto a los sujetos del estudio como a los entrevistadores. A los primeros se les hizo un ensayo con formatos de cuestionarios similares a los que se iban a encontrar, además se amplió el tamaño de la letra de los cuestionarios que tenían que cumplimentar y se les fue leyendo cada uno de los ítems en grupos de ocho personas, homogenizando las características sensoriales y educativas de los sujetos. En cuanto a los entrevistadores fueron entrenados para aplicar y registrar datos. Para ello visualizaron grabaciones en vídeo de entrevistadores realizando tests a personas mayores, en una sesión grupal para identificar errores y aspectos a mejorar en una evaluación. Tanto los entrevistadores como los sujetos entrevistados, que aparecen en el vídeo, eran personas no pertenecientes a la muestra. La duración de aplicación de las pruebas fue de 2 h 30 min (1 h 45 min para los cuestionarios que se hicieron en grupos de 10 personas y 45 min para la batería de memoria que se hizo de forma individual).

## Instrumentos

Las pruebas utilizadas fueron: para medir el criterio subjetivo de satisfacción vital la «Escala de Satisfacción con la Vida» (ESV)<sup>19</sup>. El cuestionario consta de cinco ítems con alternativa de respuesta múltiple, que oscilan entre 7 «muy de acuerdo» y 1 «muy en desacuerdo». Para medir el nivel de memoria objetivo hemos empleado el Test Conductual de Memoria Rivermead (*The Rivermead Behavioural Memory Test*, RBMT) de Wilson<sup>20</sup>, desarrollado para detectar el deterioro del funcionamiento de la memoria cotidiana. Está compuesta por 10 subtests. Tiene cuatro versiones paralelas. Califica el rendimiento de memoria como normal, débil, moderada y severa. El nivel subjetivo de memoria se midió con el Cuestionario de Fallos de Memoria de la Vida Diaria (*Memory Failures Everyday*, MFE) de Sunderland<sup>21</sup>, con 28 ítems sobre situaciones y actividades de la vida diaria. Para medir el estado de ánimo se utilizó la Escala Geriátrica de Depresión (GDS) de Yesavage<sup>22</sup>, instrumento adaptado y validado para población geriátrica española con elevados índices de sensibilidad y especificidad: consta de 30 ítems que el sujeto debe ir contestando de forma dicotómica, el punto de corte para población española es de 17/18 puntos. Para evaluar el apoyo social se utilizó la subescala de apoyo social de la Escala de Recursos Sociales OARS<sup>23</sup>. Para la valoración de la dimensión física utilizamos la subescala de la forma física de las Láminas COOP-WONCA (*Darmouth COOP Functional Health Assessment Charts/Wonca*)<sup>24</sup>. Las Láminas COOP-WONCA están constituidas por nueve escalas, de un único ítem, con alternativas de respuesta tipo Likert de cinco puntos. Las puntuaciones más altas expresan peores niveles de funcionamiento. La Escala de Valoración Jerárquica para la Autonomía de Siu y Reuben<sup>25</sup>, en concreto la versión en castellano aportada por Ruipérez<sup>26</sup>. La escala consta de seis ítems referidos a actividades ordenadas de mayor (actividades instrumentales) a menor dificultad (ac-

tividades básicas). Para cada actividad, las personas han de responder si la realizan de manera autónoma y sin problemas o sólo la realizan si se les ayuda. Las puntuaciones más altas indican mayor grado de autonomía.

Adicionalmente, se elaboró un cuestionario en el que se preguntaba por diversas variables sociodemográficas (sexo, edad, nivel educativo, rol del cuidador y relaciones sociales).

## RESULTADOS DE LAS CORRELACIONES

En el análisis global de las variables hemos encontrado una correlación negativa entre la satisfacción vital y el nivel de estudios ( $r = -0,402$ ,  $p < 0,001$ ) y positiva con zona geográfica ( $r = 0,147$ ,  $p < 0,001$ ), rol de cuidador ( $r = 0,172$ ,  $p < 0,001$ ), y relación social ( $r = 0,728$ ,  $p < 0,001$ ); así mismo hemos encontrado una correlación negativa con el nivel de satisfacción vital y todas las variables objetivas de funcionalidad cognitiva (quejas de memoria ( $r = -0,109$ ,  $p < 0,05$ ), emocional ( $r = -0,358$ ,  $p < 0,001$ ), social ( $r = -0,378$ ,  $p < 0,001$ ), y física ( $r = -0,171$ ,  $p < 0,001$ ) (tablas 3 y 4).

Tabla 3		Correlaciones de satisfacción con la vida y datos sociodemográficos				
Categoría	Sexo	Edad	Estudios	Rol del cuidador	Relaciones sociales	Zona
Globales	—	—	-0,402**	0,172**	0,728**	0,147**
Nivel de satisfacción						
Altos	—	—	—	—	0,366**	—
Bajos	—	-0,171*	-0,222**	0,166*	0,476**	0,148*
Zona geográfica						
Rural	—	—	-0,307**	0,180*	0,726**	—
Urbana	—	—	-0,505**	—	0,717**	—
Grupos etarios (años)						
60-64	—	—	-0,657**	—	0,811**	—
65-69	—	—	-0,674**	—	0,728**	—
70-74	—	0,289**	-0,432**	0,268**	0,803**	—
75-79	-0,274*	-0,303**	—	0,260*	0,822**	0,396**
+80	—	-0,468**	—	—	0,480**	—

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$ .

En el grupo de sujetos que experimentan un nivel bajo de satisfacción muestra una relación negativa con las características de edad ( $r = -0,171$ ,  $p < 0,05$ ) y estudios ( $r = -0,222$ ,  $p < 0,001$ ), positiva con la zona geográfica ( $r = 0,148$ ,  $p < 0,05$ ) y rol de cuidador ( $r = 0,166$ ,  $p < 0,05$ ). El nivel de satisfacción vital y las relaciones sociales correlacionan positivamente de forma independiente a si los sujetos pertenecen al nivel bajo o alto de satisfacción ( $r = 0,366$ ,

$p < 0,001$  y  $r = 0,476$ ,  $p < 0,001$ ). El grupo de satisfechos altos se correlaciona negativamente con el nivel de memoria ( $r = -0,219$ ,  $p < 0,001$ ) y estado de ánimo ( $r = -0,184$ ,  $p < 0,05$ ). El grupo de satisfechos bajos se correlaciona de forma negativa con el ánimo ( $r = -0,279$ ,  $p < 0,001$ ) y el apoyo social ( $r = -0,488$ ,  $p < 0,001$ ) (tablas 3 y 4).

Tabla 4		Correlaciones de satisfacción con la vida y funcionalidad						
Categoría	Memoria	Quejas	Depresión	No aislamiento	Apoyo social	Forma física	Autonomía	
Globales	-0,257**	-0,109*	-0,358**	0,168**	-0,378**	-0,171**	-0,198**	
Nivel de satisfacción								
Altos	-0,219**	-	-0,184	-	-	-	-	
Bajos	-	-	-0,279**	-0,190**	-0,488**	-	-	
Zona geográfica								
Rural	-0,266**	-	-0,354**	-	-0,345**	-	-	
Urbana	-0,197**	-	-0,329**	0,334**	-0,381**	-	0,334**	
Grupos etarios (años)								
60-64	-	-	-0,417**	-0,523**	-	-	0,694**	
65-69	-	-	-0,383**	-0,356*	-0,381**	-	0,370**	
70-74	-0,277**	-	-0,273**	-0,174*	-0,280**	-0,256**	0,248**	
75-79	-0,350**	-0,369**	-0,541**	-0,240*	-0,473**	-0,278*	-0,240*	
+80	-0,470**	0,378*	-0,524**	-0,376*	-0,677**	0,387*	-0,476**	

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$ .

Los sujetos tanto de la zona urbana como rural muestran correlación negativa entre la satisfacción vital y el nivel de estudios ( $r = -0,307$ ,  $p < 0,001$  y  $r = -0,505$ ,  $p < 0,001$ ) y positiva con las relaciones sociales ( $r = 0,726$ ,  $p < 0,001$ , y  $r = 0,717$ ,  $p < 0,001$ ); en los sujetos de la zona rural, además, hay correlación positiva con el rol de cuidador ( $r = 0,180$ ,  $p < 0,05$ ). En las variables de funcionalidad, en ambas zonas geográficas, hay correlación negativa entre el nivel de memoria ( $r = -0,266$ ,  $p < 0,001$  y  $r = -0,197$ ,  $p < 0,001$ ), estado de ánimo ( $r = -0,354$ ,  $p < 0,001$  y  $r = -0,329$ ,  $p < 0,001$ ) y apoyo social ( $r = -0,345$ ,  $p < 0,001$  y  $r = -0,381$ ,  $p < 0,001$ ); además en la zona urbana hay correlación positiva con la autonomía ( $r = 0,334$ ,  $p < 0,001$ ) (tablas 3 y 4).

El grupo etario 75-79 años muestra correlación negativa entre la satisfacción vital y el sexo ( $r = -0,274$ ,  $p < 0,05$ ). El grupo etario 70-74 muestra correlación positiva entre la satisfacción vital y la edad ( $r = 0,289$ ,  $p < 0,001$ ) y negativa con los grupos etarios 75-79 ( $r = -0,303$ ,  $p < 0,05$ ) y más de 80 años ( $r = -0,468$ ,  $p < 0,001$ ). El grupo etario de 75-79 años muestra correlación positiva entre la satisfacción vital y la zona rural ( $r = 0,396$ ,  $p < 0,001$ ). Los grupos etarios 60-64, 65-69 y 70-74 años, muestran correlación negativa entre la satisfacción vital y el nivel de estudios ( $r = -0,657$ ,  $p < 0,001$ ;

$r = -0,674$ ,  $p < 0,001$ ;  $r = -0,432$ ,  $p < 0,001$ ). Los grupos etarios 70-74 y 74-79 años muestran correlación positiva con el rol de cuidador ( $r = 0,268$ ,  $p < 0,001$  y  $r = 0,260$ ,  $p < 0,05$ ), respectivamente. Todos los grupos etarios muestran correlación positiva entre la satisfacción vital y las relaciones sociales ( $p < 0,001$ ). En las variables de funcionalidad hay correlación negativa entre la satisfacción y nivel de memoria en los grupos etarios 70-74, 75-79 y más de 80 años ( $r = -0,277$ ,  $p < 0,001$ ;  $r = -0,350$ ,  $p < 0,001$ ;  $r = -0,470$ ,  $p < 0,001$ ), en las quejas de memoria hay correlación negativa con la satisfacción en el grupo etario 75-79 años ( $r = -0,369$ ,  $p < 0,001$ ) y positiva con el grupo de edad de más de 80 años ( $r = 0,378$ ,  $p < 0,05$ ). El estado de ánimo y el apoyo social se correlaciona negativamente con la satisfacción vital en todos los grupos de edad. La forma física se correlaciona de forma negativa en los grupos etarios 70-74 años ( $r = -0,256$ ,  $p < 0,001$ ) y 75-79 años ( $r = -0,278$ ,  $p < 0,05$ ) y positiva en el grupo etario de más de 80 años ( $r = 0,387$ ,  $p < 0,05$ ). La autonomía se correlaciona de forma positiva con la satisfacción vital en los grupos etarios 60-64 65-69 y 70-74 años ( $r = 0,694$ ,  $p < 0,001$ ;  $r = 0,370$ ,  $p < 0,001$ ;  $r = 0,248$ ,  $p < 0,001$ ) y negativa con los grupos etarios 75-79 años ( $r = -0,240$ ,  $p < 0,05$ ) y más de 80 años ( $r = -0,476$ ,  $p < 0,001$ ) (tablas 3 y 4).

## DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS CORRELACIONES

Las correlaciones globales de las variables sociodemográficas y funcionales analizadas muestran un envejecimiento satisfactorio exceptuando el nivel de estudios, el nivel de memoria y la autonomía, que muestran un modelo de envejecimiento patológico; estos mismos resultados son confirmados por otros investigadores que han estudiado las variables de personas mayores que tienen mayor riesgo de ser institucionalizadas<sup>27</sup>.

### La satisfacción y las variables sociodemográficas

La relación inversa entre la satisfacción con la vida y el nivel de estudios, independientemente de la zona geográfica, que muestran los sujetos del estudio, confirman la creencia popular de que «se es más feliz cuanto más se ignora»; no obstante, si tenemos en cuenta que la muestra la forman mayoritariamente mujeres podríamos relacionar el bajo nivel cultural con factores generacionales, restricciones y obligaciones por su género y contexto socioeducativo<sup>28-31</sup> de hecho, el grupo de sujetos con un nivel mayor de estudios presenta una relación negativa con el nivel de satisfacción vital, datos en consonancia con otras investigaciones<sup>32,33</sup>. Cabría relacionar esta contradicción con que en la vejez se facilita la integración social de personas que han tenido menos posibilidades intelectuales frente a personas que tuvieron una formación académica, que acusan el hito social de la jubilación como una forma de reducir su vida activa.

Hemos encontrado una correlación positiva entre la edad y la satisfacción vital en el grupo etario entre 70-74 años, lo

que podría explicarse por el elevado nivel de participación social (duplica e incluso triplica el número de participantes de otros grupos etarios de nuestro estudio). Diferentes investigadores destacan la participación en actividades sociales con una forma sana y autónoma de envejecer<sup>7,8,34,35</sup>; sin embargo la relación es inversa con los grupos etarios entre 75-79 años y el grupo de más de 80 años, lo que podría explicarse por la propia edad, que se relaciona con mayor riesgo de fragilidad y discapacidad<sup>36</sup> o con la reducción de aspiraciones<sup>37,38</sup>; si consideramos que éstas son un aspecto central para mantener la satisfacción, vale la pena prevenir la falta de expectativas entre los mayores fomentando actividades productivas que favorecen su desarrollo personal y de la sociedad en general<sup>3</sup>.

La relación de la satisfacción con la vida con no ser cuidador, especialmente en la zona rural donde hay mayor dificultad de apoyo social (ayuda a domicilio y/o centros de día)<sup>39</sup> confirma los datos de otros investigadores que aseguran que tener en cuenta los sentimientos de sobrecarga del cuidador previene los trastornos psiquiátricos, como la depresión de éste y la institucionalización del familiar enfermo<sup>8,40,41</sup>.

### Satisfacción con la vida y la funcionalidad

El estado de ánimo, el no aislamiento y las relaciones sociales, presentan las correlaciones más significativas con la satisfacción vital; especialmente destaca la última, confirmando así que es la variable que mejor define el envejecimiento satisfactorio. Según la propuesta de Rowe y Kahn<sup>42</sup> mantener relaciones interpersonales satisfactorias permiten tener un mayor apoyo instrumental y socioemocional, además los modelos teóricos de calidad de vida relacionan las habilidades de sociabilidad con un mejor funcionamiento físico y mental<sup>43</sup>. Si bien la actividad social disminuye con la edad, esta disminución viene impuesta externamente o como respuesta desafortunada ante la pérdida de salud y pérdida de familiares y amigos. Una respuesta sana ante estos sucesos debe ir hacia el reemplazo de relaciones sociales, sustitución que favorece el mantenimiento de la actividad el mayor tiempo posible así como un mejor estado de ánimo<sup>44-46</sup>, datos que se confirman en nuestro estudio.

La pérdida de memoria objetiva así como las quejas de memoria tienen una correlación negativa con la satisfacción, esta última esperada ya que indica que hay menos quejas entre las personas que están más satisfechas, aunque con la edad avanzada se invierte la correlación. El hecho de que las quejas evolucionen de forma inversa, especialmente en los grupos etarios de edad más avanzada podría indicar un signo temprano ligado a la demencia<sup>33</sup>. Investigaciones con una muestra similar a la nuestra han encontrado que la prevalencia de quejas de memoria en población mayor se encuentra entre el 25 y el 50%; los factores que se asocian a alteraciones de memoria son edad elevada, bajo nivel educativo y género femenino<sup>47,48</sup>. En base a estos datos es im-

portante considerar la inclusión de programas de entrenamiento cognitivo tanto de memoria objetiva<sup>49-52</sup> como las quejas de memoria<sup>53</sup> con un fin preventivo de deterioro. Es conveniente llevar a cabo tratamientos multidimensionales para retrasar el mayor tiempo posible el deterioro cognitivo y mejorar la calidad de vida de las personas mayores, de sus familias y del entorno social<sup>54</sup>. Consideramos este tipo de propuesta muy acertada si tenemos en cuenta que con la edad disminuye la estimulación cognitiva<sup>55</sup> y que la transición del envejecimiento normal a la enfermedad de Alzheimer parece ser continuo y no discreto<sup>56</sup>.

La relación entre la satisfacción y la forma física en los grupos etarios de edad más avanzada son inversos, datos esperados ya que a menudo se relaciona el paso de los años con una peor movilidad, condición necesaria para una buena salud<sup>8</sup> y para que la persona este motivada a seguir teniendo expectativas, aspecto importante para la satisfacción<sup>57</sup>. Las personas mayores y sedentarias pierden más masa muscular, la consecuencia de esta pérdida de masa es la pérdida de hasta un 40% de fuerza muscular y 30% de resistencia aeróbica, a su vez relacionada con la reducción de la movilidad en su entorno y de la capacidad para realizar actividades de la vida diaria, así como un mayor riesgo de caídas<sup>58,59</sup>. Diferentes investigaciones muestran que el ejercicio mejora las funciones cardiovasculares, la postura, los dolores musculares y articulares, lo que hace posible que aumente su independencia funcional, entendiendo esta como la capacidad de una persona para ir a comprar, visitar amigos, usar el transporte público, sin olvidar las funciones mentales y de socialización<sup>60,61,62</sup>. La autonomía es otro de los aspectos físicos donde los grupos etarios mayores muestran relación inversa con la satisfacción, o sea mejor satisfacción cuanto más dependiente; estos datos podrían explicarse desde la teoría socioemocional de Carstairs al considerar que con la edad las personas mayores aceptan bien la ayuda, por lo que supone de mayor proximidad y por consiguiente de mayor afectividad, de hecho la correlación con la satisfacción vital y el estado de ánimo es mayor en los grupos etarios más mayores<sup>63</sup>.

### La paradoja del bienestar

Los criterios objetivos son necesarios porque nos proporcionan unos datos objetivos y estables que pueden guiar la intervención y evita lo que se denomina la paradoja del bienestar<sup>5</sup>, es decir, el hecho de que aun en situaciones muy desfavorables y que deberían ser claramente mejoradas, las personas pueden contemplar su situación de forma optimista y satisfactoria. En nuestro estudio las variables como nivel de estudios, memoria, forma física y autonomía confirman, claramente, la paradoja del bienestar ya que los sujetos, especialmente los de mayor edad, relacionan la satisfacción con el empeoramiento en estas variables. Una forma de paliar esta pérdida sería a través de la práctica de actividad física, ya que si atendemos a datos como que una persona dependiente para actividades de la vida diaria, que realiza ejerci-



cio físico (le puede suponer una mejora del consumo máximo de oxígeno del orden de tan sólo 3,5 ml de oxígeno por kilogramo de peso y por minuto) puede dejar de ser funcionalmente dependiente, incluso alcanzar valores de flexibilidad iguales a los que tenía 15 años antes<sup>64</sup>; no hay que olvidar que las funciones mentales y sociales también mejoran con el ejercicio físico<sup>61,62</sup>. Se hace necesario fomentar la funcionalidad en los grupos etarios de mayor edad, ya que son los que tienen mayor riesgo de abandonar el estilo de vida activo.

#### AGRADECIMIENTOS

Este estudio ha sido realizado a través de un proyecto de investigación subvencionado por la Exma. Diputación de León en el año 2006.

#### BIBLIOGRAFÍA

- HelpAge International. State of the world's older people 2002. Londres: HelpAge International; 2002.
- Rowe JW, Kahn RL. Human aging: usual and successful aging. *Science* 1987;237:143-9.
- Baltes PB, Baltes MM. Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. En: P. B. Baltes y M. M. Baltes (eds.). *Successful aging. Perspectives from the behavioural sciences*. Cambridge: Cambridge University Press; 1990. pp. 1-34.
- Caro FG, Sánchez M. Envejecimiento productivo. Concepto y factores explicativos. En: S. Pinazo y M. Sánchez (eds.). *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Pearson Prentice-Hall; 2005. pp. 457-488.
- Mroczek DK, Kolarz CM. The effect of age on positive and negative affect: a developmental perspective on happiness. *J Personal Soc Psychol* 1998;75:1333-49.
- Miller EA, Weissert WG. Predicting elderly people's risk for nursing home placement, hospitalization, functional impairment, and mortality: a synthesis. *Med Care Res Review* 2000;57:259-97.
- Aarsland D, Larsen JP, Tandberg E, Laake K. Predictors of nursing home placement in Parkinson's disease: a population-based, prospective study. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:938-42.
- Gaugler JE, Kane RL, Kane RA, Clay T, Newcomer R. Caregiving and institutionalization of cognitively impaired older people: utilizing dynamic predictors of change. *Gerontologist* 2003;43:219-229.
- Hebert R, Dubois MF, Wolfson C, Chambers L, Cohen C. Factors associated with long-term institutionalization of older people with dementia: data from the Canadian study of health and aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56:M693-9.
- Liu LF, Tinker A. Factors associated with nursing home entry for older people in Taiwan, Republic of China. *J Interprofess Care* 2001;15:245-55.
- Strain LA, Blandford AA, Mitchell LA, Hawranik PG. Cognitively impaired older adults: Risk profiles for institutionalization. *Internat Psychogeriatr* 2003;15:351-66.
- Harris Y, Cooper JK. Depressive symptoms in older persons predict nursing home admission. *J Am Geriatr Soc* 2006;54:593-7.
- Himes CL, Wagner GG, Wolf DA, Aykan H, Dougherty DD. Nursing home entry in Germany and the United States. *J Cross-Cultur Gerontol* 2000;15:99-118.
- Smith GE, Kokmen E, O'Brien PC. Risk factors for nursing home placement in a population-based dementia cohort. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:519-25.
- Tomiaik M, Berthelot JM, Guimond E, Mustard CA. Factors associated with nursing-home entry for elders in Manitoba, Canada. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2000;55:M279-87.
- Yaffe K, Fox P, Newcomer R, Sands L, Lindquist K, Dane K, et al. Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia. *J Am Med Assoc* 2002;287:2090-97.
- Kalache A, Kickbusch I. A global strategy for healthy ageing. *World Health* 1997:4-5.
- Diener E, Lucas RE. Personality and subjective well-being. En: D. Kahneman, E. Diener N. Schwarz (eds.). *Well-being: the foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation; 1999. pp. 213-227.
- Diener ED, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *J Personal Assess* 1985;49:71-5.
- Wilson B, Cockburn J, Baddeley A. *The Rivermead Behavioural Memory Test*. Thames Valley Tests Company: Bury St Edmunds; 1985.
- Sunderland A, Harris JE, Gleave J. Memory Failures Everyday Life Following Severe Head Injury. *J Clinic Neurol* 1984;6:127-42.
- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983;17:37-49.
- Menéndez M, San José A. Valoración geriátrica funcional: instrumentos de evaluación funcional y sistema de información para centros asistenciales. Fundación Caja Madrid. SG Editores. Biblioteca: IMSERSO; 1995.
- Lizán Tudela L, Reig Ferrer A. Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud. Adapted of COOP/WONCA. *Aten Primaria* 1999;2:75-85.
- Siu AL, Reuben DB, Hays RD. Hierarchical measures of physical function in ambulatory geriatrics. *J Am Geriatr Soc* 1990;38:1113-9.
- Ruipérez I. Escalas de valoración en contextos geriátricos. En: R Fernández-Ballesteros (ed.). *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide; 2000. pp. 383-399.
- Cohen-Mansfield J, Wirtz PW. Characteristics of Adult Day Care Participants Who Enter a Nursing Home. *Psychol Aging* 2007;22(2):354-60.
- Baltes MM, Lang FR. Everyday functioning and successful aging: the impact of resources. *Psychol Aging* 1997;12:433-43.
- Clemente Carrión A, Molero Mañes R, González Sala F. Estudio de la satisfacción personal según la edad de las personas. Murcia: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. *Anales de Psicología* 2000;16(2):189-198.
- Fernández Ballesteros R, Zamarrón MD, Maciá A. Calidad de vida en la vejez en diferentes contextos. Madrid: IMSERSO; 1996.
- Klumb PL, Baltes MM. Time use of old and very old Berliners: productive and consumptive activities as functions of resources. *J Gerontol Soc Sci* 1999;54B:S271-8.
- Flicker CH, Ferris S, Reisberg B. A longitudinal study of cognitive function in elderly persons with subjective memory complaints. *J Am Geriatr Soc* 1993;41:1029-32.

33. Jonker C, Geerlings M, Schumand B. Are memory complaints predictive for dementia? A review of clinical and population-based studies. *Internat J Geriatr Psychiatry* 2000;15(11):983-91.
34. Díaz P. Evaluación del apoyo social. En: R. Fernández-Ballesteros (ed.). *El ambiente: análisis psicológico*. Madrid: Ediciones Pirámide; 1987. pp. 125-148.
35. Marsiske M, Klumb P, Baltés MM. Everyday activity and sensory functioning in old age. *Psychol Aging* 1997;12:444-57.
36. Aguado AL, Alcedo MA. Necesidades percibidas en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad. *Psicothema* 2004;2:261-9.
37. Campbell A, Converse PE, Rodgers WL. *The quality of American Life*. New York: Russell Sage Foundation; 1976.
38. Medley MT. Life satisfaction across four stages of adult life. *Internat J Aging Hum Develop* 1980;11:193-209.
39. Zarit SH, Stephens MA, Townsend A, Greene R. Stress reduction for family caregivers: effects of adult day care. *J Gerontol B Psychol Sci Soc* 1998;53(5):S267-77.
40. Burgio LD, Stevens A, Burgio KL, Roth DL, Paul P, Gerstle J. Teaching and maintaining behaviour management skills in the nursing home. *Gerontologist* 2002;42(4):487-96.
41. Montorio I, Díaz P, Fernández de Troconiz MI. Programas y servicios de apoyo a familiares cuidadores de ancianos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1995;30:157-68.
42. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *Gerontologist* 1997;37:433-40.
43. Smith KW, Avis NE, Assmann SF. Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: a metaanalysis. *Qual Life Res* 1999;8:447-59.
44. Maddox GL. Activity and morale: a longitudinal study of selected elderly subjects. *Social Forces* 1963;42: 195-204.
45. Maddox GL. Persistence of life style among the elderly: a longitudinal study of patterns of social activity in relation to life satisfaction. En: Neugarten BL (ed.). *Middle age and aging: A reader in social psychology*. Chicago: University of Chicago Press; 1968.
46. Maddox GL. Themes and issues in sociological theories of human aging. *Hum Develop* 1970;13:17-27.
47. Guarch J, Marcos T, Salamero M, Blesa R. Neuropsychological marks of dementia in patients with memory complaints. *Internat J Geriatr Psychiatry* 2004;19:352-8.
48. O'Brien JT, Beats B, Hill K. Do subjective memory complaints precede dementia? A three years follow-up of patients with supposed «Benign senescent forgetfulness». *Internat J Geriatr Psychiatry* 1992;7:481-6.
49. Karlene B, Berch DB, Helmers KF. Effects of cognitive training interventions with older adults. A randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288:2271-81.
50. Prigatano GP. *Neuropsychological Rehabilitation for cognitive and personality disorders after brain injury*. San Diego, California: Singular Publishing Group; 1992. *Psychiatr Res* 1999; 9:157-67.
51. Wilson BA, Moffat N. The development of group memory therapy. En: Wilson and Moffat (eds.). *Clinical management of memory problems*. San Diego, California: Singular Publishing Group; 1992.
52. Yesavage JA, Rose TL. Concentration and mnemonic training in Elderly Subjects with Memory Complaints: a study of combined therapy and order effects. *Education Psychol* 1983;75(2):257-60.
53. Martin M, Kayser N. The modular memory training for older adults: development and evaluation. *Gerontol Geriatr* 1998;31:97-103.
54. Spector A, Thorgrimsem L, Woods B, Royan L, Davies S, Butterworth, M. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy and programme for people with dementia: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2003;183:248-54.
55. Salthouse TA, Berish DE, Miles JD. The role of cognitive stimulation on the relations between age and cognitive functioning. *Psychol Aging* 2002;17(4):548-57.
56. Backman L. The link between knowledge and remembering in Alzheimer's disease. *Scand J Psicol* 1998;39(3):131-9.
57. Clemente A. *Psicología del Desarrollo Adulto*. Madrid: Narcea; 1996.
58. Andrade EL, Matsudo SMM, Matsudo VKR, Araujo TL. Body mass index and neuromotor performance in elderly women. En: *Proceedings International Pre-Olympic Congress, Physical activity sport and health*, Dallas; 1996.
59. Layne JE, Nelson ME. The effects of progressive resistance training on bone density. *Med Sci Sports Exerc* 1999;31(1):25-30.
60. De Gracia M, Marco M. Efectos psicológicos de la actividad física en personas mayores. *Psicothema* 2000;12(2):285-92.
61. Matsudo SMM. Envejecimiento e Actividad Física. En: *Actividades físicas para Tercera Edad*. Brasilia: SESI;1997.
62. Matsudo SMM, Matsudo VKR. Osteoporosis y actividad física. *Revista Brasileira de Ciencia e Movimento* 1991;5(3):33-59.
63. Carstensen LL, Gross J, Fung H. The social context of emotion. En: K. W. Schaie and M. P. Lawton (eds.). *Annual review of geriatrics and gerontology*. New York: Springer; 1997. Vol. 17, pp. 325-352.
64. <http://saludydeporte.consumer.es/edad/adultos/index.html>.