



UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
FACULTAD DE ARTES Y EDUCACIÓN FÍSICA  
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN FÍSICA, DEPORTES Y RECREACIÓN

# **EFFECTOS DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LA SALUD MENTAL DE MUJERES MAYORES DE 60 AÑOS, EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE CHILE.**

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE PROFESOR DE EDUCACIÓN FÍSICA DEPORTES Y RECREACIÓN.

AUTORAS:

Macarena Alejandra Bustos Rosas  
Alejandra Ester Fuentes Rodríguez  
Karinna Alessandra Rebeca Góngora Varas  
Nicole Johanna Salamanca Salamanca

PROFESOR GUÍA:

Prof. Dr. Edgardo Molina Sotomayor

SANTIAGO DE CHILE, MARZO 2018





UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
FACULTAD DE ARTES Y EDUCACIÓN FÍSICA  
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN FÍSICA, DEPORTES Y RECREACIÓN

## **EFFECTOS DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LA SALUD MENTAL DE MUJERES MAYORES DE 60 AÑOS, EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE CHILE.**

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE PROFESOR DE EDUCACIÓN FÍSICA DEPORTES Y RECREACIÓN.

AUTORAS:

Macarena Alejandra Bustos Rosas  
Alejandra Ester Fuentes Rodríguez  
Karinna Alessandra Rebeca Góngora Varas  
Nicole Johanna Salamanca Salamanca

PROFESOR GUÍA:

Prof. Dr. Edgardo Molina Sotomayor

SANTIAGO DE CHILE, MARZO 2018

Autorizado para

**Sibumce Digital**

*De manera especial a nuestras familias,  
a nuestros padres que son parte fundamental  
en la construcción de nuestras vidas,  
a nuestros amigos, parejas, y profesores por contribuir  
en este gran proceso de nuestra vida universitaria,  
Y por supuesto, a nuestro querido grupo Adulto Mayor del Físico  
quienes nos inspiraron y motivaron a interiorizarnos  
más sobre la salud del adulto mayor.*

## AGRADECIMIENTOS

*A todos los centros comunitarios que nos permitieron recopilar información fundamental para nuestro estudio.*

*A todas las hermosas mujeres que amablemente nos colaboraron.*

*A nuestro profesor guía por el constante apoyo brindado en el proceso de confección de esta investigación*

*Y por último a nuestro amado Físico, por llenarnos de la magia que entrega esta institución y darnos la posibilidad de conocer gente maravillosa que serán parte de nuestra vida hoy y siempre.*

*Agradezco a las personas que estuvieron involucrados en este proceso de mi vida, ya sea mi madre y hermana, como también son mis tíos, que me entregan contención y apoyo en todo momento, y quisiera agradecer de lo más profundo de mi alma a mi abuela, por haber tomado mi mano y empezar un camino maravillo juntas, eres mi motivación, mi fuerza, eres mi inspiración y este crecimiento te lo debo únicamente a ti Nodimia Astorga, y por último quisiera nombrar a mi futuro esposo, el cual me ha levantado en momentos difíciles en mi vida universitaria, y con el cual vamos a compartir esta hermosa carrera juntos hasta el final.*

**Macarena Bustos**

*A mis amados padres, Sergio y Hilda por ser pilar fundamental durante toda mi vida, por su constante firmeza y apoyo en toda mi educación y posibilitar esta realidad,*

*A mis hermanos Sergio, Horacio, Macarena y José por demostrarme que con esfuerzo y dedicación los sueños se pueden cumplir,*

*A mi sobrino Gabriel, por cada sonrisa y abrazo que me llenaron de energía cuando más lo necesitaba,*

*A mi hermosa familia por su amor y apoyo incondicional a lo largo de toda mi vida,*

*A mí amado novio Sebastián, por cada palabra de aliento y amor, por cada consejo otorgado y por sobre todo por su apoyo y compañía durante toda esta etapa universitaria fueron esenciales en mi aprendizaje y crecimiento profesional y personal,*

*A mis amigas de toda la vida, por su fuerza de motivación para seguir adelante y no darme por vencida en los momentos difíciles,*

*A mis grandes amistades que conocí gracias a la universidad, sin el apoyo incondicional de ellos nada de esto hubiese sido posible,*

*A María Teresa, Sebastián Orrego y Karinna por ayudar y colaborar en el término de este proceso*

*Y por último, a todos a quienes de una u otra manera contribuyeron a finalizar este hermoso proceso universitario.*

**Alejandra Fuentes**

*A mi madre por levantarse cada día para que yo pueda cumplir mis sueños,*

*A mi padre por alentarme cada día a buscar mi felicidad,*

*A mi hermano por recordarme constantemente*

*que la vida es una sola y se debe disfrutar,*

*A mi hermosa familia por su inmensurable cariño y apoyo,*

*A mis amigas y amigos por su constante aliento en los momentos más difíciles,*

*A Sebastián Flores, Sebastián Orrego, María Teresa y Alejandra*

*por su ayuda y entrega incondicional en este proceso.*

*Y, por último, a todos a quienes de alguna u otra manera*

*formaron parte de este hermoso proceso.*

**Karina Góngora**

*Agradezco a Dios por ayudarme en este largo camino,  
ya que siempre estuvo conmigo y permaneció fiel en todo momento.*

*A mi madre quien me apoyo en este largo proceso  
a mi hermana pequeña por brindarme las fuerzas y la energía.*

*Quisiera también agradecer a mi novio Juan Marcos Ruiz  
el cual me apoyo de manera incondicional, por su paciencia y por creer en mí,  
finalmente les doy las gracias a todas las personas que oraron por mí  
y apoyaron en los instantes más críticos.*

**Nicole Salamanca**



# TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	xi
INTRODUCCIÓN .....	1
PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA .....	5
Objetivo General: .....	43
Objetivos Específicos:.....	43
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA .....	44
METODOLOGÍA .....	53
1) Tipo y diseño de la investigación:.....	53
2) Población y muestra: .....	54
3) Proceso de muestreo:.....	63
4) Organización del experimento: .....	65
5) Presentación de variables: .....	67
6) Presentación de los Instrumentos .....	70
6.1 Test de Depresión GDS:.....	70
6.2 Test de Autoestima Rosenberg:.....	71
6.3 Test de Habilidades Sociales HHSS:.....	72
7) Proceso de datos y estadística. ....	74
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	77
Análisis de los resultados del Test de Depresión .....	78
Análisis de los resultados del Test de Autoestima .....	83
Análisis de los resultados del Test de Habilidades Sociales .....	89
DISCUSIÓN .....	96
CONCLUSIONES .....	107
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	110
ANEXOS.....	125
1. Consentimiento informado.....	125
2. Ficha de Anamnesis .....	126
3. Test de depresión de Yesavage (1982).....	129
3. Test de Autoestima de Rosenberg (1965) .....	131
4. Test de Habilidades Sociales HHSS de Goldstein (1980).....	132

## PROLOGO

El objetivo que hemos tenido como grupo de trabajo de memoristas para obtener el título de profesoras de Educación Física, ha sido conocer el impacto en la salud mental de las mujeres mayores de edad, como consecuencia de los distintos estilos de vida que tienen. Durante la tercera edad contemplamos distintos cambios biológicos, patológicos y psicológicos, que afectan la vida cotidiana de las personas mayores, y que generan algunos trastornos mentales originados por estos cambios, siendo la depresión, el déficit de autoestima y el deterioro de las relaciones intrapersonales, las más comunes en la actualidad.

Con el objetivo de contribuir al conocimiento que tienen las personas comunes, amparado en la creencia que estas enfermedades son propias del envejecimiento, pero, desconociendo que dichos problemas físicos, psicológicos y sociales se deben en gran medida, a la calidad de vida que tiene el adulto mayor, para lo cual es fundamental precisar esta información, y demostrar que las enfermedades no son sinónimo de la edad, sino que obedecen a secuelas provocadas por los hábitos de vida adoptados por cada persona.

En relación a lo anterior, consideramos que mientras más temprana sea la integración del adulto mayor en algún programa comunitario u otro centro, experimentará mejoras en aquellas enfermedades anteriormente mencionadas, y como consecuencia de ello, mayores y mejores beneficios en su calidad de vida.

## RESUMEN

El envejecimiento se ha transformado, mundialmente, en el fenómeno demográfico más importante del siglo XXI. El objetivo de esta investigación fue conocer los efectos de los estilos de vida en la salud mental de las mujeres mayores, para ello se tomó una muestra a mujeres mayores (n=210) de 60 años de edad, todas institucionalizadas, y a un grupo de mujeres sedentarias no institucionalizadas de la Región Metropolitana, las que fueron categorizadas en seis grupos: Grupo Actividad Física (GF), Grupo Manual (GM), Grupo Social (GS), Grupo Sedentario (GSO), Grupo Físico-Social (GFS), Grupo Físico-Manual (GFM), a quienes se les aplicó una anamnesis y tres instrumentos de evaluación; Test de Yesavage (1982) para medir la prevalencia a la depresión, Rosenberg para medir el autoestima (1965) y Goldstein (1980) para valorar las habilidades sociales. Los resultados más favorables fueron obtenidos por el Grupo Físico con un 91,4% sin depresión y 97,1% en autoestima elevada, mientras tanto el Grupo Social alcanzó el mayor porcentaje en habilidades sociales obteniendo un 54,2%. Se concluye, por tanto, que la actividad física combate la depresión y mejora la autoestima, mientras que la actividad social beneficia las relaciones interpersonales en las mujeres mayores.

**PALABRAS CLAVES:** Envejecimiento, Adulto Mayor, Salud Mental, Estilos de Vida, Autoestima, Depresión, Habilidades Sociales, Políticas públicas, Programas del Adulto mayor



## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento se considera como un proceso paulatino y gradual de deterioro de la capacidad funcional del organismo. Cabe destacar que esta definición excluye explícitamente las enfermedades asociadas al envejecimiento debido a que éste no es una enfermedad. Aunque generalmente se tiende a asociar el envejecimiento con enfermedades crónicas, pero las enfermedades en sí no son parte del proceso de envejecimiento como tal, sino más bien consecuencia del mismo. Además, sin ser directamente causantes de muerte, los factores sociales como soledad y depresión contribuyen en forma especial a la pérdida de calidad de vida del adulto mayor. (Pérez y Sierra, 2009)

El envejecimiento se puede considerar en dos aspectos, (Retamal-Arriaza, 2017) en primer lugar, se encuentra el envejecimiento individual, que se considera como “un proceso que abarca todo el ciclo vital, y está mediado por factores tanto externos como internos, que condicionan la vejez resultante.” (Canals, s.f.) En segundo lugar, se encuentra “el envejecimiento demográfico que se puede agrupar en dos grandes dimensiones: por una parte, los que dan cuenta del aumento cuantitativo de la población adulta mayor y de su mayor peso relativo respecto a otros grupos de edad. Por la otra, los relacionados con las mayores probabilidades de sobrevivencia y las tendencias de la mortalidad, que están explicando en parte la evolución del envejecimiento de una población.” (Departamento de Competitividad Regional, 2007, pág. 7)

Según el informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (2002), se evidencia que este proceso en la población será una cuestión de vital importancia en los países en vías de desarrollo, puesto a que “se proyecta que la población envejecerá rápidamente en la primera mitad del siglo XXI. Además, se espera que para el 2050 el porcentaje de personas mayores aumente del 8% al 19%, mientras que la de niños descienda de un 33% a un 22%.” (General, 2002) Este cambio demográfico plantea un problema importante en materia de recursos; los países desarrollados han envejecido de forma gradual y se enfrentan a problemas relacionados con el desempleo y la sostenibilidad de los sistemas de pensiones, mientras que los países en desarrollo afrontan los problemas propios del subdesarrollo, simultáneamente con el envejecimiento de la población. (Arango et al., 2016)

(Torrado et al., 2014) advierte que el envejecimiento genera un impacto que:

Es perceptible en las diferentes esferas de la vida en sociedad, dígase en lo económico, político, social, cultural, educacional, asistencial, en los medios de comunicación, entre otros. Se vislumbra como todo un desafío para los decisores y actores sociales encargados de formular políticas públicas. Asimismo, se convierte en una oportunidad para transformar la política económica, los sistemas de pensiones y de seguridad social, para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, sus familias y muchas veces cuidadores.

Existen diversos factores que contribuyen para mejorar el bienestar en los adultos mayores, tales como la edad, género, escolaridad, grado de integración social, ingresos, redes de apoyo y actividades profesionales presentan una clara relación con la percepción del bienestar, felicidad y calidad de vida, además de la participación social en el hogar, en la política y religiosidad. Tales circunstancias favorecen la integración y participación activa de adultas y adultos mayores en la organización y desarrollo de la sociedad. (San Román et al., 2017) De modo que es importante resaltar que cuando se logran las condiciones necesarias para desarrollar un mejor estilo de vida, las mujeres mayores pueden llegar a obtener un adecuado bienestar físico y psicológico, lo que contribuye a aumentar la calidad de vida de ellas.

Es por esto que se considera que “la mejoría de la calidad de vida de los adultos mayores se debe en gran medida a los avances científicos, como la medicina, la educación física, el deporte y la recreación. Actividades que han despertado gran interés del gobierno, lo que se ha concretado con la creación de planes y programas, apuntando a incentivar al grupo de personas adultas y adultos mayores a ser parte de diferentes tipos de actividades.” (MINSAL, 2008) Para lograr este objetivo “es necesario fomentar una cultura gerontológica de inclusión, equidad y potenciación de los recursos personales, sociales y ciudadanos de la población. Esta cultura gerontológica no es privativa de los adultos mayores, sino que debe ser promovida en todos los grupos etarios y sectores sociales.” (Torrado et al., 2014)

Considerando que en los registros del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), solo un 7% de los adultos mayores realiza actividad física, siendo estos un 60% son mujeres y 40% hombres, “se considera que el anciano necesita mejorar su salud, mediante la adopción de estilos de vida saludables y el estricto control de enfermedades que puedan afectarla. Al mismo tiempo es necesario mejorar su situación económica y asistencia social, fomentar su desarrollo personal e integración social, el uso adecuado y creativo del tiempo libre y la recreación.” (Villafuerte et al., 2017) Por lo cual hace que sea de suma importancia “la participación activa del adulto mayor en la actividad social y cultural, para continuar como ser social activo, logrando su independencia el mayor tiempo posible.” ((Rosales et al., 2014)

Relacionado con lo expuesto anteriormente, es parte de esta investigación, el análisis de los estilos de vida adoptados por de los adultos mayores, para posteriormente clasificarlos en sedentario y activos, considerando que este último se refiere a los que participan de alguna actividad institucionalizada; asimismo se consideró como influyen tanto la depresión como la autoestima y desde luego las relaciones sociales en relación a la clasificación anterior.

Basándose, en las variables antes descritas se decidió realizar un estudio dirigido a la población denominada: “adultos mayores”, siendo el segmento examinado las mujeres mayores de 60 años “institucionalizadas”, es decir, pertenecientes a un Centro Comunitario y a su vez, se incluyó a un grupo de mujeres sedentarias, “no institucionalizadas”. Siendo en total una muestra de 210 mujeres mayores de edad.

El proceso partió de forma gradual, durante el período comprendido entre los meses de abril de 2017 hasta agosto de 2017, el estudio se concentró en la búsqueda y exploración de Centros Comunitarios que reunieran las características necesarias para abordar la investigación, dentro de diferentes comunas de la Región Metropolitana, tales como: Huechuraba, Ñuñoa, La Florida, Maipú, Las Condes, San Joaquín, Puente Alto, Macul, Recoleta, Lo Barnechea, Peñalolén,

Cumplidas las primeras expectativas se presentaron los test validados por expertos en el área de la geriatría, a cada encargado de dichos Centros. Luego de obtener la aprobación de los encargados de cada Centro, se les explicó a las encuestadas los procedimientos que se les aplicarían, mencionándoles el carácter voluntario, individual y confidencial de cada uno de ellos. Al término de las entrevistas y con los datos obtenidos, se selecciona a las entrevistadas encasillándolas en seis grupos, aquellos que desarrollan una actividad física (GF), aquellos que desarrollan actividades manuales (GM), sociales (GS), aquellos que realizan dos actividades, Físico Social (GFS) y Físico Manual (GFM), y en un último grupo denominado sedentarias (GSO). Hecho lo anterior, se procesaron todos los datos obtenidos en el programa G-Stat 2.0, el cual arroja las diferencias estadísticas que se encuentran entre los grupos preestablecidos. Los resultados arrojados, se describen con mayor detalle, en los capítulos que componen esta investigación.

## **PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA**

Al hablar de envejecimiento, debemos distinguir entre dos dimensiones: el envejecimiento individual y el envejecimiento de la población. “El envejecimiento individual es un proceso irreversible, que afecta múltiples dimensiones de las personas, desde aspectos físicos, biológicos, psicológicos y sociales. Por el contrario, el envejecimiento de la población está relacionado con las variables demográficas y hace referencia a un aumento progresivo de la proporción de personas de 60 años y más, en relación al total de la población.” (Macarena Rojas, 2010, pág. 8)

A nivel mundial, la población de 60 años o más, es la población de más rápido crecimiento, a medida que disminuye la fecundidad y aumenta la esperanza de vida, la proporción de la población por encima de una determinada edad se levanta. Este fenómeno, conocido como envejecimiento de la población, se está produciendo en todo el mundo (OMS, 2015)

Actualmente, por primera vez en la historia, la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Para el año 2050, se espera que la población mundial en esa franja de edad llegue a los 2.000 millones, un aumento de 900 millones con respecto al 2015. Hoy en día, hay 125 millones de personas con 80 años o más. Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%. (OMS, 2015)

Se estima que las personas mayores de 65 años y más, actualmente comprenden el 7,4% de la población mundial, el 3,4% de la población del continente africano, el 5,6% de Asia Oriental Sur, el 12,6% de América del Norte, el 13,1% de Australasia y el 16,1% de Europa (Goldacre, 2009).

El envejecimiento se ha convertido en el fenómeno demográfico más importante y dominante del siglo XXI, donde la disminución de la fecundidad y el aumento de la longevidad son una de las principales causas de este crecimiento a nivel mundial, siendo este uno de los privilegios más recientes en la evolución de la humanidad. Algunos autores (Bloom y Luca, 2016, da Silva, 2017), han coincidido en que este proceso de aceleramiento de la población de adultos mayores se debe en gran medida al aumento de la esperanza de vida como “Consecuencia de las mejoras sanitarias y de las condiciones de vida de la

población, donde la mayoría de las personas envejecen más capacitadas y sanas, con buenos niveles de percepción de salud y queriendo mantener su bienestar, dignidad y autonomía por el mayor tiempo posible.” (MINSAL, 2014, pág. 33)

En Chile, según la información proporcionada por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), “el 2010 los mayores de 60 años sobrepasaron los dos millones de personas y representan alrededor del 13% de la población del país, y se espera que para el 2020 sean cerca 3,2 millones de personas, representando el 20% de la población.” (Rojas, 2010, pág. 8)

En Latinoamérica, según cifras de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), Chile es uno de los países considerados con “envejecimiento acelerado”, y se espera que para el 2025 tenga el índice de envejecimiento más alto de la región, superando a países que tradicionalmente tuvieron tasas de envejecimiento más altas como Argentina y Uruguay. Se estima que, para este mismo año, por primera vez en la historia de Chile, habrá la misma cantidad de adultos mayores que menores de 15 años. Para el 2050 se espera que la proporción de personas mayores sea cercana al 28%. (Rojas, 2010, pág. 8)

En un artículo del diario La Tercera llamado “Chile tendrá en 2020 la esperanza de vida más alta del mundo”, publicado en julio del 2015, se señala lo siguiente:

Según las proyecciones del INE, en 2015 habría 1,2 millones de hombres adultos mayores y 1,5 millones de mujeres de 60 años o más, aumentando al 2020 a 1,5 millones de hombres y 1,8 millones de mujeres, en un país que actualmente tiene 17,8 millones de habitantes. Por otro lado, a diferencia de los ancianos, la población menor de 15 años continuaría disminuyendo, y de 20,4 % del total poblacional en 2015 pasará en 2020 a 19,7 %, lo que también incrementará el envejecimiento de la población chilena. (EFE, 2015)

El Instituto Nacional de Estadísticas (INE) aseguró que Chile tendrá en 2020, la esperanza de vida más alta del mundo, de 77,4 años para los hombres y 82,2 para las mujeres, por lo que el organismo exige mayores políticas públicas para asegurar una vejez digna. Según el informe denominado: “Enfoque demográfico de género”, se prevé, además, que en cinco años más en Chile el 17,3 % del total de la población será adulto mayor, es decir, 3,3 millones de personas. (INE, 2015)

Como se puede apreciar la esperanza de vida se ha alargado de forma espectacular en este siglo, con un marcado incremento en el porcentaje de la población de edad avanzada en los humanos de todo el mundo, y se espera que esta tendencia continúe hasta el próximo siglo (Timiras, 1996)

Con el aumento de la expectativa de vida, son más las personas que logran arribar a esta etapa; sin embargo, no son pocos los que cuando lo hacen se quejan de las limitaciones que comienzan a experimentar. Es sabido que en el envejecimiento ocurren cambios morfológicos, psicológicos y funcionales, lo que requiere de un proceso de adaptación del individuo a los mismos. (Roig et al., 2015)

Actualmente son muchas las personas, organizaciones y países que se dedican al estudio de las características de la longevidad, porque no solo se quiere que las personas vivan más, sino que lo hagan en condiciones físicas, mentales y sociales adecuadas, que les permitan una funcionalidad acorde a las premisas de un envejecimiento satisfactorio (Roig et al., 2015)

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte. (OMS, 2015)

Ahora bien, esos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. Si bien algunos septuagenarios disfrutan de una excelente salud y se desenvuelven perfectamente, otros son frágiles y necesitan ayuda considerable. (OMS, 2015)

El proceso de envejecimiento contempla cambios biológicos, patológicos y psicológicos. La salud se convierte entonces en una preocupación creciente para las personas mayores, ya que la posibilidad de enfermarse aumenta con la edad. “Las enfermedades que más se evidencian entre los mayores encuestados son: a) la hipertensión; b) el colesterol alto; y c) la diabetes, las que, además, presentan un aumento sostenido en su prevalencia conforme a lo manifestado por las personas mayores encuestadas desde 2007 a 2013”. (INE, 2015, pág. 45)

El informe mundial sobre “el envejecimiento y la salud” publicado por la OMS, el año 2015, presenta alguno de los cambios fundamentales que suelen ocurrir en algún grado en todos los seres humanos a medida que envejecen. Aunque existe una diversidad notable en cómo se viven estos cambios a nivel individual, se observan tendencias generales cuando se considera la población.

“En el mismo informe se especifican algunas de las patologías más frecuentes en este grupo etario, entre ellas se encuentra la sarcopenia, artritis, artrosis, diabetes mellitus, la hipertensión arterial, enfermedades pulmonares, accidentes cardiovasculares, entre otros.” (OMS, 2015, pág. 54).

El Estudio Nacional de Dependencia en las personas mayores en el año 2009, publicó un listado de las enfermedades crónicas con mayor prevalencia en la población chilena de adultos mayores:

Donde la Hipertensión Arterial alcanza un 62,1%, la Diabetes con una prevalencia de un 21,8%, la Depresión con prevalencia del 18,0%, la Osteoporosis con 17,2%, Artritis, Artrosis o Problemas en las Articulaciones con un 15,4% y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) con un 11,5%. (SENEMA, 2009, pág. 41)

Según los registros del Programa Nacional de Salud de las Personas Mayores MINSAL (EMPAM):

Solo un 7% de los adultos mayores realiza actividad física. De estos, un 60% son mujeres y 40% hombres. De igual forma en la Encuesta Nacional de Salud, del año 2009, se evidencia que la prevalencia de inactividad (actividad física baja) en los adultos mayores es de un 48%, muy superior a la prevalencia nacional de 27,1%, siendo mayor en mujeres (50,3%) que en hombres (46,4%). (MINSAL, 2014, pág. 93)

En relación a lo anterior, si nos enfocamos específicamente en las enfermedades más comunes en la tercera edad que acompañan al envejecimiento, la hipertensión arterial (HTA), que es una condición médica muy frecuente y su prevalencia aumenta con la edad, afecta aproximadamente al 65% de los sujetos mayores de 60 años y a más del 70% de los mayores de 85 años. Esta patología es bien conocida porque puede producir enfermedades cardiovasculares (Waisman, 2017), la diabetes mellitus, que generalmente puede ocasionar complicaciones tales como problemas visuales, enfermedades cardiovasculares, la amputación de extremidades, y la insuficiencia renal (Taheri et al., 2015). La artritis reumatoide, que es una enfermedad autoinmune que puede conducir a una discapacidad severa debido a daños articulares y extra articulares (Kristensen et al., 2017). La artrosis, que es la enfermedad crónica de las articulaciones más prevalente y una de las principales causas responsables de dolor y discapacidad en la población mundial (Sánchez et al., 2015). La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una de las enfermedades más comunes, su prevalencia aumenta con la edad, y comporta una alta morbilidad y mortalidad en la población anciana. En la actualidad, la EPOC se considera una enfermedad inflamatoria caracterizada por una obstrucción pulmonar que no es completamente reversible (Almagro y Llordés, 2012). Por otro lado el sistema endocrino también se ve afectado, siendo los cambios más importantes los que se relacionan con el páncreas y la tiroides, junto con estos cambios la secreción de hormona anti diurética tiende a elevarse, lo que predispone a hiponatremia y la hormona del crecimiento tiende a declinarse (García, 2013).

Junto con ello, el sedentarismo es considerado una inactividad física, es decir, no realizar una actividad física moderada a vigorosa adecuada, que trae como resultado, un gasto energético mínimo. El comportamiento sedentario está asociado independientemente con un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2 y mortalidad por todas las causas. Además, el sedentarismo por un tiempo prolongado se ha identificado como un factor de riesgo potencial para la depresión. (Adamson et al., 2016, Vancampfort et al., 2016)

Las personas adultas mayores, tienden a padecer algunas enfermedades adicionales a las mencionadas anteriormente; estas tienen que ver con problemas degenerativos que entorpecen el ritmo habitual de vida de estas personas, siendo el deterioro cognitivo, los trastornos mentales y las demencias, las más comunes en los ancianos. (Cobo, 2014)

El envejecimiento cerebral se produce por diversos cambios morfológicos, bioquímicos, metabólicos y circulatorios, que se traducen en cambios funcionales, de cuyo alcance depende el desarrollo o no del deterioro cognitivo. La plasticidad cerebral, junto con la redundancia de los distintos circuitos cerebrales, hace que, aun habiendo deterioro del cerebro a distintos niveles con el envejecimiento, estos no se traduzcan en pérdida de las capacidades funcionales del mismo. Sin embargo, cuando el daño supera unos determinados límites aparece el deterioro cognitivo asociado a la edad, que aumenta el riesgo de desarrollo de diversas enfermedades neurodegenerativas, como la enfermedad de Alzheimer. (Borrás y Viña, 2016)

El deterioro cognitivo es un cuadro que se manifiesta como un conjunto de alteraciones en las funciones cognitivas básicas, esto es; orientación espacial, lenguaje, reconocimiento visual, y un predominio de la reducción de la función mnémica. Además, se suelen acompañar cambios conductuales (Rinaudo, 2010)

Los síntomas amnésicos son muy frecuentes. Se suelen considerar como el reflejo de un envejecimiento normal, mejor o peor aceptado. Sin embargo, puede ser la primera manifestación de una enfermedad que dé lugar a una demencia o a un estado depresivo atípico. (Mahieux-Laurent, 2014)

La demencia es un síndrome –generalmente de naturaleza crónica o progresiva– caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se ve afectada. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación. (OMS, 2017)

La demencia es un síndrome caracterizado por un déficit cognitivo adquirido que puede asociar cambios conductuales y que altera la funcionalidad del paciente. Su prevalencia aumenta con la edad, variando en mayores de 65 años entre un 5 y un 14,9%, si bien el envejecimiento progresivo de la población predice un importante aumento de la misma. Globalmente, la causa más frecuente es la enfermedad de Alzheimer. Además de la edad, existen factores genéticos y ambientales que aumentan el riesgo de desarrollar demencia. La clasificación más empleada distingue dos grandes grupos, procesos neurodegenerativos primarios y otros que son la manifestación secundaria de distintas enfermedades y que tratan de descartarse con las pruebas complementarias empleadas de inicio. (Delgado et al., 2015)

Las demencias primarias no son curables en la actualidad y producen un daño progresivo e irreversible del cerebro. Las causas más representativas de este grupo incluyen: la enfermedad de Alzheimer (EA), responsable del 50% al 60 % del total de los casos, las demencias vasculares, la demencia por enfermedad de cuerpos de Lewy y la degeneración frontotemporal (Llibre y Gutiérrez, 2014).

En el documento Política para Jefes de Gobierno El impacto Mundial de la Demencia 2013-2050 publicado el año 2013, se menciona que:

En el 2013 se estimó que, aproximadamente 44 millones de personas sufren de demencia a nivel mundial (basados en revisiones sistemáticas de datos de prevalencia), con 7,6 millones de nuevos casos anualmente. El número de personas con demencia se duplicará cada 20 años para alcanzar los 76 millones en el 2030 y los 135 millones en el 2050 en todo el mundo, incremento que será más marcado en las regiones en vías de desarrollo que en las regiones desarrolladas. (Alzheimer Disease International, 2013, pág. 3)

Según la Organización Mundial de la Salud, la demencia afecta a nivel mundial a unos 47 millones de personas, de las cuales alrededor del 60% viven en países de ingresos bajos y medios. Cada año se registran 9,9 millones de nuevos casos. Se calcula que entre un 5% y un 8% de la población general de 60 años o más sufre demencia en un determinado momento. (OMS, 2017)

En Chile, se estima que cerca de 200.000 personas presentan demencia en la actualidad y se proyecta que esta prevalencia se triplicará el año 2050. Lo mismo se espera, para la enfermedad de Alzheimer, principal causa de demencia en la población mayor de 60 años (COPRAD, 2012; citado por (Gajardo y Monsalves, 2013, pág. 23). Por su parte, la Encuesta Nacional de Salud, reportó que 10,4% de los adultos mayores presentan un deterioro cognitivo y 4,5% de adultos mayores presenta (deterioro cognitivo asociado a discapacidad) que alcanza a un 16% en los de mayores de 80 años.

Siguiendo con las cifras estadísticas relevantes sobre el deterioro cognitivo, el Estudio Nacional de la Dependencia realizado por el Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA, en el año 2009 se constató:

Una prevalencia de demencia de 8,5% en las personas de 65 años y más, que alcanza un 32,6% en los mayores de 85 años. Según registros DEIS del 2012, del total de personas en control en Salud Mental, por Alzheimer y otras demencias, un 53,4% son adultas mayores, con mayor prevalencia en el sexo femenino, (60% versus 40%). (MINSAL, 2014, pág. 73)

Continuando con este estudio, en las personas de 65 años y más se encontró:

Una prevalencia de síntomas depresivos de un 11,2%, inferior a la nacional de 17,2%; significativamente mayor en mujeres 16,9% que en hombres 4,1%. En los registros DEIS 2012, un número de 43.099 personas de 65 años y más, estuvieron en tratamiento por depresión el año 2012; por otro lado, 1.032 estuvieron en tratamiento por trastorno bipolar y 23.374 por Trastorno de ansiedad. Además, se observa que son las mujeres mayores quienes concentran la mayor población en los trastornos depresivos y bipolares, mientras que los hombres mayores presentan más trastornos de ansiedad. (MINSAL, 2014, pág. 75)

La depresión es una enfermedad mental grave que altera el equilibrio emocional de una persona que presenta una baja calidad de vida. La vejez trae una mayor vulnerabilidad en la experiencia de vida de una persona. Ancianos son más sensibles y más atentos a los detalles de su vida y el medio ambiente que los rodea.(Runcan et al., 2010)

En las personas de edad avanzada, la depresión afecta principalmente a las personas con enfermedades médicas crónicas y deterioro cognitivo, provoca sufrimiento, la desintegración familiar y la discapacidad, empeora los resultados de muchas enfermedades médicas, y aumenta la mortalidad. (Alexopoulos, 2005)

La depresión geriátrica es un proceso patológico que causa un gran número de síntomas que resultan de la funcionalidad física y mental limitada. El cálculo de los patrones oscilatorios y de sincronización en ciertas áreas del cerebro puede facilitar la identificación temprana y robusta de los síntomas depresivos. (Spyrou et al., 2016)

Algunos de estos síntomas son: pérdida de la capacidad de pensar, concentrarse, tomar decisiones, formular ideas, razonar y recordar. Otros síntomas cognitivos típicos están representados por la auto-evaluación negativa, falta de autoestima, pensamientos de muerte, ideación suicida, el pensamiento reflexivo sobre errores pasados menores, delirios (50% de los pacientes tienden a centrarse en las ideas fijas de la culpa y el pecado, la pobreza, la somática preocupaciones y sentimientos de persecución), y alucinaciones.(Marazziti et al., 2010)

La depresión además puede causar grandes sufrimientos y trastornos en la vida cotidiana. La depresión unipolar afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas de 60 años de edad y mayores. En los establecimientos de atención primaria de salud la depresión no se diagnostica ni se trata como debiera. Es frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas que experimentan los adultos mayores. (OMS, 2016)

Diversos autores (Montesinos et al., 2008, Calero y Galiano, 2009, Durán-Badillo et al., 2013) han investigado la relación que se presenta entre la depresión y el deterioro cognitivo, llegando a establecer que la presencia de síntomas depresivos y cuadros depresivos clínicamente significativos son frecuentes entre los pacientes con deterioro cognitivo. Las muestras clínicas indican que entre el 30% al 50% de los pacientes con deterioro cognitivo presentan síntomas depresivos. Los síntomas depresivos son una fuente importante de discapacidad funcional adicional a la causada por el deterioro cognitivo. Por otra parte, los pacientes de edad avanzada con episodios depresivos mayores sin demencia presentan habitualmente déficits cognitivos que también empeoran el funcionamiento general. Aunque los síntomas depresivos y el deterioro cognitivo pueden darse de forma independiente o coexistir sin aparente conexión, cada vez existen más datos que sugieren una correlación que pudiera llegar incluso a ser etiológica. El nihilismo terapéutico ha sido la reacción más frecuente ante estos cuadros. “Sin embargo, los tratamientos específicos o sintomáticos han demostrado ser eficaces en el tratamiento de los síntomas depresivos de los pacientes con alteraciones cognitivas, mejorando de forma significativa el funcionamiento general de los mismos.” (Martínez-Larrea, 2002)

Asimismo, algunos autores (Ciucurel y Iconaru, 2012, Lee et al., 2014, Wassink-Vossen et al., 2014) señalan que los adultos mayores que tienen un bajo nivel de actividad física tienen prevalencia a padecer algún grado de depresión. La depresión en personas mayores de 60 años se asocia con una menor actividad física. Las características del paciente parecen más importantes que el diagnóstico de la depresión en sí, o la gravedad de la depresión. Las intervenciones destinadas a mejorar la actividad física en personas deprimidas de 60 años y más, deben considerar estas características.

Acorde a lo anterior, *¿La actividad física regular podría mejorar los síntomas depresivos en los adultos mayores?*

La actividad física puede tener efectos positivos en la disminución de la ansiedad, el estrés y la depresión, como, asimismo, para mantener la salud mental y garantizar la vitalidad psicológica. Un programa estructurado de actividad física impacta positivamente los síntomas depresivos y la calidad de vida en personas mayores. (Lok et al., 2017)

Se puede afirmar que la actividad física es importante para el estado mental de los ancianos y en la práctica diaria la realización de la actividad física debe ser necesariamente parte del enfoque terapéutico preventivo y curativo de la depresión. “El efecto protector contra el inicio de la depresión en personas mayores parece ser más pronunciado cuando el régimen de actividad física y los posteriores gastos de energía son más altos, respetando el límite de tolerancia individual.” (Ciucurel y Iconaru, 2012)

En conjunto, estos resultados sugieren que las personas que no practican actividad física tienen una mayor probabilidad de mostrar síntomas de depresión y ansiedad en comparación con aquellos que realizan actividad física con regularidad. “En este sentido, se debe fomentar la actividad física regular, y este incentivo debe ser rutinario en las políticas de salud pública actuales y futuras” (De Mello et al., 2013)

Del mismo modo, que la inactividad física afecta en la disminución de las habilidades funcionales por la edad, también lo hace el aislamiento social. Como mencionan los autores (Linde et al., 2007) (Rodríguez, 2009), debido a la pérdida de los seres queridos, la jubilación, la inactividad y la baja comunicación con los miembros de la familia, amigos, vecinos compañeros, entre otros como la soledad, lo que permite inferir que, definitivamente el nivel de funcionalidad del adulto mayor está relacionado con la interacción que tiene con el sistema familiar y social. El aislamiento también está relacionado con un deterioro de las capacidades físicas y mentales, lo que trae como consecuencia, la pérdida de oportunidades para realizar interacciones sociales, derivando en una mayor probabilidad que aparezcan ciertas problemáticas psicológicas como la depresión, producto de la soledad y falta de comunicación.

Siguiendo con lo mismo, las personas que viven solas o con personas no cercanas al núcleo familiar, “se deprimen más que quienes cuentan con apoyo familiar más cercano. Esta situación pudiera explicarse porque la soledad y la falta de convivencia social y familiar en personas mayores, alteran en forma importante la esfera psicosocial, con sentimientos de inutilidad y desánimo” (Martínez-Ordaz, 2005, pág. 25), por lo que, la falta de contacto social, contribuye a delimitar su salud funcional y su capacidad de afrontamiento ante las agresiones del medio.

*¿Las organizaciones comunitarias y actividades del tipo social ayudaran a los adultos mayores a contener la soledad que incrementa los síntomas de la depresión?*

“Se puede decir que las habilidades funcionales están asociadas con el nivel de integración social que tenga la persona, ya que a medida que aumenta la edad del adulto mayor, por las diversas pérdidas, se incrementa la posibilidad de perder las redes sociales de apoyo emocional.” (Durán, 2008, pág. 268)

Es por esto que, es esencial la existencia de grupos de apoyo en la tercera edad, así como de todos aquellos programas de recreación y salud ofrecidos para este grupo etario, ya que constituyen un medio de prevención y ayuda para mejorar el área afectiva, de la salud, familiar y social. Junto con ello, es sumamente importante que, los adultos mayores sean partícipes de programas comunitarios, en donde se incentive su formación de redes sociales y el fomento del apoyo social, puesto que son factores protectores para el bienestar psicológico, permitiendo así el desarrollo funcional de los adultos mayores, mediante el incremento de sentimientos de pertenencia e identidad. (Vivaldi y Barra, 2012). De igual forma es importante trabajar en programas de promoción y auto cuidado, destacando las actividades grupales que terminan en apoyo y compañía entre los adultos mayores.

También es importante destacar que, en la medida que el adulto mayor mantenga su autovalencia y un adecuado rol social, logrará mantener una buena salud física y mental. En la medida que el adulto mantenga un rol social, se convertirá cada vez más en un ser útil y de gran valor para sus cercanos. Por ende, los programas de autocuidado, recreación y actividades grupales mantienen a los adultos activos, mejorando así considerablemente su actividad social, salud física, mental y calidad de vida. (Zavala et al., 2006)

“Las acciones de apoyo deben considerar el favorecer y fomentar el desarrollo de las potencialidades del Adulto Mayor instalando capacidades en los grupos y personas, generando entre las organizaciones relaciones de cooperación, encuentro y asociación.” (Farías, 2001, pág. 197)

El reunirse con sus pares, en un grupo de adultos mayores, les “ayuda a mantener una rutina de recreación y compañía, compartiendo momentos de la cotidianidad que les permiten conversar sobre asuntos personales y compartir. El compartir vivencias comunes y una etapa de la vida común, hace que el mantener o crear redes de la vejez sea muy valorado.” (Parraguez, 2011, pág. 71)

Algunos autores informan (Pinillos-Patiño, 2013) la relación entre una buena calidad de vida y la participación en actividades recreativas como participación en centros comunitarios, actividades culturales, deportes, salir con amistades, entre otras.

La recreación para mejorar la calidad de vida en las personas de la tercera edad se justifica, “ofrece al anciano un buen uso del tiempo libre que antes ocupaba en el trabajo, la familia, los amigos, pues aprende a recrearse y a sentirse verdaderamente comfortable, tanto física como espiritualmente.”(Marcos, 2015)

Como se menciona anteriormente la recreación es un aliado para sobrellevar de mejor manera los estados depresivos, por lo cual, *¿Realizar actividades recreativas del tipo manualidades, artesanía, pintura, entre otros, servirá para contener estos síntomas depresivos?*

Las actividades mencionadas anteriormente pertenecen al área de la recreación, por lo cual mantienen al adulto mayor activo, alegre, se sienten satisfechos con lo logrado, les permite desahogarse y sentirse en compañía, esto último genera instancias para sociabilizar con otros adultos mayores. Lo anterior, permite concluir que, los adultos mayores buscan el apoyo que quizá no tienen en casa y en algunos otros lugares, y para canalizar de forma adecuada esos sentimientos. (Porrás-Juárez, 2010)

Por otro lado, se debe mencionar la importancia de la autoestima, como un factor clave en el desarrollo de un buen ajuste emocional, cognitivo y práctico, afectando de un modo importante todas las aéreas de la vida. En algunas investigaciones se propone que está va disminuyendo durante la vejez. (Orth, 2017)

Para la tercera edad, la autoestima es clave, debido a que el anciano debe valorar sus habilidades y características, las que han sufrido cambios objetivos en comparación con años atrás. La dificultad radica principalmente en el contexto en el cual se realiza esta evaluación, ya que el anciano se encuentra en una situación física, social y culturalmente menoscabada, motivo por el cual se sienten rechazados y perciben que la sociedad los valora negativamente, debido al mayor aprecio de los valores asociados a la belleza juvenil por parte de la sociedad y del menor aprecio a la experiencia y sabiduría, como valores propios de la ancianidad. (Trujillo, 2005)

La autoestima es uno de los elementos psicológicos más importantes en la valoración del adulto mayor, sobre la cual se requiere especial atención y fortalecimiento en el trabajo diario con el anciano. (Arriagada y Salas, 2009)

Los resultados de algunos estudios (Michalak et al., 2011, Eva et al., 2015, Romero et al., 2016) muestran la relación que se presenta entre la depresión y la autoestima. En las personas con baja aceptación consciente, la autoestima fue asociada con la depresión, por el contrario, en las personas con una alta aceptación consciente no se presentaron índices depresivos. En consecuencia, una postura de aceptación, permite amortiguar la asociación entre la autoestima y la depresión. Por lo tanto, la aceptación no crítica puede ayudar a las personas a reconocer que los pensamientos y sentimientos son eventos en la mente. Esto podría reducir la tendencia a desarrollar emociones fuertes como consecuencia de conocimientos relacionados con la baja autoestima. Las personas que muestran una aceptación de experiencias internas son más propensas a permanecer relativamente bien en la cara de baja autoestima. Desde una perspectiva aplicada a los resultados de nuestro estudio se consolida el argumento que la promoción de la aceptación consciente podría ser una estrategia útil para hacer frente a una baja autoestima en la depresión.

Se sabe que entre los aspectos más importantes de la autoestima se encuentran todas aquellas conductas promotoras de salud, las que actuarían de forma directa a través del enfrentamiento a retos y amenazas o de forma indirecta a través del afrontamiento del estrés. Por esta razón, es trascendental su mantención y promoción para sostener niveles de bienestar adecuados, con adultos mayores participando activamente en la consecución de tareas relacionadas principalmente con su estado de bienestar y salud. (Arriagada y Castro, 2009)

En relación a lo anterior, *¿La actividad física regular aumentara los niveles de autoestima en el adulto mayor?*

Algunos autores mencionan que, (Marcó, 2000) (García, 2012) han indicado que existe una relación positiva entre la práctica de ejercicio físico y la mejora de la autoestima, así como con la aparición de estados emocionales positivos, que aumentan el bienestar psicológico del individuo, reduciendo la ansiedad o el estrés, y mejorando el funcionamiento cognitivo.

Las práctica regular de actividad física, además de prolongar la capacidad funcional y atenuar los efectos negativos que son inherentes al envejecimiento, mejoran de manera significativa las relaciones sociales y la estimulación de las funciones cognitivas, previniendo la aparición de enfermedades mentales, como la depresión y promoviendo positivamente los niveles de autoestima, esto último genera un buen estado de salud mental y espiritual, dado que un buen estado de ánimo determina una mejor calidad de vida y una mejor integración en la sociedad y en el círculo familia. (Teixeira, 2016)

Por otro lado, cuando el adulto mayor carece de apoyo tanto formal como informal, cuando no está integrado en la sociedad, cuando está insatisfecho con el trato que recibe, o cuando la persona siente que no tiene control sobre su vida, se produce un descenso de la autoestima y el autoconcepto y se desarrolla un sentimiento de inutilidad y dependencia. (Chaves, 2004)

Junto con ello, al perder sus vínculos afectivos, “el anciano pierde asimismo los roles sociales que durante su vida o algún tiempo llevó a cabo, lo que influye en su autoestima, en la concepción de su vida futura y en la manera en la que debe socializar con su entorno.” (Rena, 2004, pág. 262)

En relación a lo anterior *¿Las actividades del tipo social en centros comunitarios, sedes vecinales y otros, potenciaran la autoestima del adulto mayor?*

La autoestima también se ve reforzada por el apoyo social, de manera que mientras más extensa sea la red de apoyo social, mejor autoestima mantiene la persona mayor (García, 2012), asimismo:

Los adultos mayores que tienen la posibilidad de pertenecer y participar en organizaciones formales o los denominados clubes y grupos de ancianos que les permiten la participación social y el establecimiento de relaciones sociales con otros, refuerza de manera significativa el autoestima, de manera que mientras más extensa sea la red de apoyo social, mejor autoestima mantiene la persona mayor, brindándole un marco de referencia estable para que el adulto se reconozca como tal, asuma roles definidos, se organice y encuentre actividades que le ayuden a reconstruir su vida, posibilitando la creación de un nuevo modelo social sobre las relaciones entre los mismos ancianos. (Merchán, 2007, pág. 20)

Por otra parte, como se ha dicho anteriormente las actividades del tipo grupal refuerzan de manera positiva la autoestima, por ende *¿Las actividades del tipo recreativas como manualidades, artesanía, pintura y otros, fortalecerán la autoestima del adulto mayor?*

Las actividades recreativas ayudan a mantener activos a los adultos mayores, pues por un momento se olvidan de sus preocupaciones, atenúan sus inquietudes y desarrollan sus potencialidades en convivencia con otros.

La recreación como actividades educativas que se realizan en y para el tiempo libre, son actividades que se basan en el concepto de la participación activa y diversión, alguna de ellas son la pintura, la música, hacer manualidades, entre otras. Los adultos mayores que utilizan su tiempo libre de manera activa y participan en actividades recreativas generan un mayor bienestar integral y una mejor calidad de vida, aumentado su estado de ánimo, felicidad y relaciones sociales. (Villaruel, 2007)

A continuación, también es importante destacar por sí solo la relevancia de las habilidades sociales, puesto que, como se mencionó anteriormente, las habilidades sociales son fundamentales en la calidad de vida del adulto mayor. Para entender un poco más, en qué consiste esto, debemos señalar que el término “relación social” puede referirse a una multitud de interacciones sociales entre dos o más individuos, teniendo cada uno una posición social y desempeñando un papel social. Las buenas relaciones sociales son un elemento de integración social en cualquier etapa de la vida y que determinan el bienestar de hombres y mujeres. Los individuos son considerados socialmente competentes cuando son capaces de reconocer un compromiso aceptable entre la adaptación social y sus propias necesidades. (Díaz-López et al., 2017).

La participación social activa es un indicador importante de la calidad de vida durante la edad adulta y supera positivamente las pérdidas que vienen con el envejecimiento (cambios físicos, mentales y sociales), sirviendo como un factor preventivo para la depresión. Al mismo tiempo la participación social es la cooperación de individuos o pequeños grupos en las decisiones que influyen en sus vidas o comunidades. La participación en clubes, iniciativas, voluntariado, partidos políticos y otras clases de organizaciones es considerado un mecanismo de integración social. (Ponce et al., 2014, Aponte, 2015).

Recientemente, se ha encontrado que el aislamiento social es un factor que desarrolla patologías y aumenta las tasas de dependencia. Los estudios han demostrado una relación directa entre el incremento de la salud física y mental, vinculado al apoyo social (Fernández, 2013)

A partir de lo anterior, las habilidades sociales en decadencia, también se asocian a síndromes depresivos. Las habilidades sociales pobres siempre están asociadas con dificultades en la interacción, en establecer y mantener relaciones satisfactorias con otras personas. Hay limitada evidencia de que en algunos casos la falta de habilidades sociales puede causar depresión, y en algunos casos puede ser un síntoma de depresión. (Segrin, 2000). Asimismo, la carencia de esta suele provocar soledad y el aislamiento social. La soledad es la sensación subjetiva de tener menor afecto y cercanía de lo deseado en el ámbito íntimo o relacional, puede llegar a representar importantes dependencias de tipo social, funcional, cognitivo y/o desencadenar problemas de salud. El aislamiento social es la situación objetiva de contar con mínimos contactos con otras personas. (Rodríguez, 2009, Gené-Badía et al., 2016).

Tanto el aislamiento social, como la inactividad social y el sufrimiento de la soledad son indicadores de riesgo asociados a los síntomas depresivos en la población envejecida, debido a que tienen un impacto en la baja calidad de vida, en las malas prácticas de salud, en la reducción del bienestar físico y mental. Es importante identificar a los adultos mayores en riesgo. Saber quién está en riesgo de soledad podría conducir al desarrollo de intervenciones preventivas. (Theeke, 2009, Tilvis et al., 2012, Bodner y Bergman, 2016).

“La soledad es un sentimiento que, vivido durante la vejez, puede llegar a representar importantes dependencias de tipo social, funcional, cognitivo y/o desencadenar problemas de salud que pueden causar dificultades en la vida cotidiana” (Rodríguez, 2009), por lo cual su prevención y manejo es una prioridad importante en el envejecimiento de la población. Algunos estudios informan la relación entre una buena calidad de vida y la participación en actividades recreativas como participación en voluntariados, actividades culturales, actividades físicas, entre otros. (Pinillos-Patiño, 2013, pág. 856)

Dicho lo anterior, *¿La actividad física regular, ayudara a mejorar las habilidades sociales en los adultos mayores?*

La actividad física va a contribuir a la calidad de vida del adulto mayor al permitir un envejecimiento saludable, manteniendo la funcionalidad y autonomía, ayudando a reducir, retardar y prevenir el proceso de deterioro de la forma física, favoreciendo el mejor funcionamiento cognitivo, proporcionando bienestar psicológico y oportunidades de relación social. (Mor, 2015)

“El ejercicio físico provoca efectos beneficiosos en las áreas fisiológica, psicológica y social, que es una razón de peso, para que las personas mayores realicen alguna actividad de este tipo y así puedan mejorar su calidad de vida.” (Jiménez, 2010, pág. 112)

El ejercicio físico practicado regularmente en la tercera edad contribuye a propiciar el bienestar general, facilitar las relaciones inter-generacionales, aumentar los contactos sociales y la participación social, inducir cambios positivos en el estilo de vida de los adultos mayores, disminuir la ansiedad, el insomnio y la depresión, Contribuir en gran manera al equilibrio psico-afectivo. (Vega, 2013)

También están las actividades físicas recreativas, en donde el adulto mayor tiene la posibilidad de expresar espontáneamente sus emociones, romper con la rutina, reducir estrés, integrarse socialmente, descubrir sus aptitudes, ejercitar sus habilidades, desarrollar su capacidad creadora, contrarrestar hábitos antisociales y nocivos para su salud física y mental. (Cruz, 2011)

Tanto la práctica de ejercicio físico, como la realización de actividades de la vida diaria, actividades sociales e instrumentales, derivan en una mejora de la autonomía personal del adulto mayor. (Valderrama., 2007)

Tal como señala anteriormente, las actividades sociales propician una mejora de la autonomía, entonces *¿La participación en grupos comunitarios, reuniones sociales, entre otros, mejorara las habilidades sociales de los adultos mayores?*

La participación de los adultos mayores en clubes para la tercera edad, permite que ellos se relacionen directamente con otros adultos mayores, situación que los lleva a compartir vivencias, conocer otras realidades, sociabilizar y relacionarse con sus pares. Esto puede lograr satisfacer necesidades sociales y afectivas, como el amor, la comprensión, logrando con ello potenciar su propio desarrollo, por tanto, establecen vínculos afectivos y relaciones que dan pie a un grupo de pertenencia. Asimismo, generan una red de apoyo, la que se caracteriza por ser afectiva y social, ya que de esa forma pueden canalizar de mejor manera todo el proceso por el que atraviesan al llegar a la vejez. (M & Olivares, 2017)

Además, al interactuar en estas agrupaciones los adultos mayores están insertos en un espacio recreación y encuentro, lo que les permite interactuar con otros, sociabilizar y junto con los otros adultos mayores, sobrellevar de mejor manera esta etapa de la vida. (Medina, 2014)

La participación de los adultos mayores en actividades recreativas sociales con otros adultos, permite generar instancias de alegría, compañía, amistades entre ellos que facilitan las relaciones personales entre el grupo. (Collazo, 2009)

Considerando lo anterior, los adultos que participan de actividades recreativas consiguen mejoras en las relaciones sociales, por lo tanto, *¿Las actividades recreativas como manualidades, pintura, artesanía, entre otros, ayudaran a mejorar las habilidades sociales de los adultos mayores?*

Las actividades manuales, la pintura y el dibujo proporcionan múltiples beneficios para los adultos mayores, ya que mejoran la estimulación cognitiva, al tratarse de actividades que requieren de concentración. Mejora la psico-motricidad, ya que tiene beneficios psicológicos, lo que permite que socialicen y aumenten su autoestima. Reafirma la convivencia en el grupo, combaten el estrés, lo que les permite relajarse y así sentirse cómodos, fortaleciendo su estado emocional y autonomía. (Yesenia, 2017)

Considerando lo hablando anteriormente, y considerando que, las personas de la tercera edad sufren transformaciones fisiológicas, depresiones repentinas y crónicas, es “importante aislar todos estos sentimientos negativos, fortaleciendo los aspectos positivos, a través de prácticas adecuadas de ejercicio físico, actividades recreativas y sociales, ya que juegan un papel primordial en la salud de este grupo etario.” (Vega, 2013, pág. 174)

Asimismo, “el proceso del envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida de la población y tiene repercusiones significativas en el volumen y distribución de la carga de la enfermedad y en la calidad de vida” (Mejía & Merchán, 2007, pág. 11)

Considerando el concepto antes referido, los resultados presentados por la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (2015), entregaron los siguientes datos relevantes en cuanto a los porcentajes de participación en agrupaciones que tienen las mujeres mayores, destacando lo siguiente:

El 26,7% de las mujeres mayores participa en juntas de vecinos u otros, el 2,3% participa en algún club deportivo o recreativo, el 29,2% participa en organizaciones religiosas, el 2,4% participa en agrupaciones artísticas, el 5,5% participa en agrupaciones de mujeres y finalmente el 26,4% participa en agrupaciones de adultos mayores. (Ministerio de Desarrollo Social, 2017)

También es esencial que los adultos mayores conozcan las características del proceso de envejecimiento, los cambios que aparecen en esta etapa, los declives y pérdidas, pero también las ganancias, las potencialidades para adoptar estilos de vida más adecuados, así como asumir actitudes positivas y desprejuiciadas para mantenerse activos en su vida cotidiana. (Rosales et al., 2014)

En síntesis, y respecto a las patologías y enfermedades que presentan en su mayoría los adultos mayores, existe la necesidad de proteger sus derechos humanos, abordando dimensiones de la salud, la vulnerabilidad, y el aspecto socioeconómico, entre otros. Bajo este respecto, deben considerarse las políticas públicas, las que deben estar orientadas a reducir las inequidades relacionadas con la edad y construir una sociedad justa que contribuya al desarrollo considerando las necesidades y potencialidades de cada ser humano. (Peláez y Ferrer Lues 2001).

A nivel internacional, las personas mayores han sido reconocidas como sujetos de derechos por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO CHILE, 2015) en su apartado de Políticas Públicas sobre Envejecimiento en los Países del Cono Sur publicado en el mismo año anterior. A continuación, se realizará un recorrido por los principales hitos en la agenda internacional en materia de instrumentos y herramientas jurídicas para el abordaje del envejecimiento y la vejez en términos políticos.

El Plan de Viena aprobado en la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento realizado el año 1982, es el primer instrumento jurídico internacional específico para la población mayor, lo que marca un hito, porque es la primera vez que las personas mayores ingresan en la agenda pública internacional. “En dicho plan se liga el envejecimiento al desarrollo y se formulan una serie de recomendaciones para abordar la vejez desde los ejes de salud, consumo, vivienda y medio ambiente, la familia, el bienestar social, la seguridad económica y la educación.” (FLACSO, 2015, pág. 31)

En el año 1991, la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamo los principios a favor de las personas de edad, en los que se establecieron cinco grandes ejes:

- Independencia: Relacionado a los ámbitos de alimentación, vivienda, atención de salud adecuada, oportunidad y participación laboral, acceso a programas educativos, entre otros.
- Participación: Permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y pericias con las generaciones más jóvenes. Buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicio a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades. Formar movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada.
- Dignidad: Relacionado a vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotación y de malos tratos físicos o mentales, recibiendo un trato digno.

- Cuidados: Acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado. Acceso a servicios de atención de salud que las ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de enfermedades. Disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad.
- Autorrealización: Aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial. Acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad. (FLACSO, 2015, pág. 32)

Después de veinte años desde la celebración de la Primera Asamblea en Viena, se llevó a cabo la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento en Madrid, en el año 2002. El lema y desafío que se planteó fue el de una “sociedad para todas las edades”. Como resultado de esta Segunda Asamblea surgió la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento que enuncia tres grandes lineamientos:

- Las personas de edad y el desarrollo.
- El fomento de la salud y el bienestar en la vejez.
- La creación de un entorno propicio y favorable.

A grandes rasgos el nuevo plan profundiza y complejiza al de Viena e introduce nuevas temáticas relacionadas al envejecimiento y a las personas mayores como, por ejemplo, el HIV en personas mayores, la salud mental, las situaciones de emergencia, la asistencia a personas que trabajan con personas mayores, la imagen de la vejez, entre otras. Asimismo, se instala la perspectiva de género en relación al envejecimiento. (FLACSO, 2015, pág. 33)

Como resultado del Plan de Madrid, en el año 2003 se reunieron en Santiago de Chile los países de América Latina y el Caribe en la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y se diseñó la Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe en la que se adoptaron los lineamientos del Plan de Madrid en la región. (FLACSO, 2015, pág. 33)

En el año 2007 se realizó en Brasilia la Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe, cuya consigna fue: “Hacia una sociedad para todas las edades y la protección social basada en derechos”. El objetivo de este encuentro fue evaluar los avances de la Estrategia Regional de Santiago de Chile. Los puntos sobresalientes de esta Conferencia se manifiestan en los siguientes artículos:

- El artículo 25 de la Declaración dice: “Acordamos solicitar a los países miembros del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas que evalúen la posibilidad de designar un Relator Especial encargado de velar por la promoción y protección de los derechos humanos”.
- El artículo 26 manifiesta: “Nos comprometemos a realizar las consultas pertinentes con nuestros gobiernos para impulsar la elaboración de una convención sobre los derechos humanos de las personas de edad en el seno de las Naciones Unidas”. (FLACSO, 2015, pág. 33)

En el año 2012 se realizó la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe de la que surgió la Carta de San José de Costa Rica. En ella se plasmaron cuestiones relacionadas a la explotación patrimonial y por primera vez se abordó el tema de la orientación sexual. (FLACSO, 2015, pág. 33)

Desde la reunión de Brasilia se había realizado un fuerte trabajo en materia de derechos humanos, produciéndose importantes avances en instrumentos vinculantes que no habían considerado con anterioridad a las personas mayores. Ejemplos de ello son:

- El Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación General número 19 del 2008 se ocupó de los contenidos normativos del derecho a la Seguridad Social y en la Observación General número 20 del 2009 abordó los motivos prohibidos de discriminación.
- El Comité para la eliminación de Discriminación contra la Mujer también se ha ocupado del tema a partir del 2009 donde elaboró una nota conceptual sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos.
- En el año 2010 la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) elaboró la Recomendación General número 27 identificando las múltiples formas de discriminación que sufren las mujeres mayores y realizó recomendaciones en materia de políticas. Resulta increíble pensar que siendo la vejez una etapa mayoritariamente femenina, dado que las mujeres viven más que los varones, ni la CEDAW de Naciones Unidas, ni la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer” (de Belem do Pará), hayan puesto su mirada en proteger a las mujeres mayores hasta el año 2009.
- En la Observación General número 2 de 2008, el Comité de la Convención contra la Tortura y otros Tratos y Penas Cruelles estableció los grupos que corren mayor riesgo de ser torturados y, entre ellos, se encuentran las personas mayores. (FLACSO, 2015, pág. 34)

Al respecto (SENAMA, 2012; citado por (Sepúlveda & Araneda, 2014, pág. 29), retoman algunas de las iniciativas internacionales y regionales que distintos países han propuesto, entre políticas y estrategias nacionales y locales para enfrentar el envejecimiento, mencionando:

La mayoría de ellas están centradas en las enfermedades, como el Plan Alzheimer de Francia o Demencia en el Reino Unido. Sin embargo, en todos los países se observa una evolución en el foco de las políticas, que inicialmente son las pensiones, luego se suma salud y, finalmente, se incorpora un conjunto más amplio de temas que van desde la participación y el transporte hasta el maltrato y la discriminación. La dependencia institucional de los servicios puede ser el Ministerio de Desarrollo Social, como en la mayoría de los países latinoamericanos, pero también puede ser el Departamento de Salud, como en Estados Unidos y Australia, o el Ministerio del Trabajo, como en Francia y Reino Unido.

Por otra parte, es de suma importancia revisar las políticas públicas que se relacionan a las demencias, puesto que la Organización Mundial de la Salud (2013) reconoce la demencia como una prioridad de salud pública y en conjunto con Alzheimer's Disease International desarrollaron el informe Demencia: una prioridad de salud pública:

El propósito de este informe es crear conciencia sobre la demencia como una prioridad de salud pública, articular un enfoque de salud pública y abogar por que se tomen medidas a nivel nacional e internacional basándose en los principios de evidencia, equidad, inclusión e integración. El informe incluye una visión general de la epidemiología mundial y el impacto de la demencia. (OMS, 2013)

Según lo planteado por el Programa de Demencia: es una prioridad de salud pública, los desafíos que enfrentan los gobiernos de todo el mundo a la hora de responder al creciente número de personas con demencia.

La respuesta requiere un enfoque de salud pública para mejorar el cuidado y la experiencia de las personas con demencia y sus cuidadores familiares. Los enfoques nacionales deben estar claramente articulados, ya sea en una política o plan independiente para la demencia o mediante la integración de un plan o política dentro de las políticas existentes de salud, salud mental y vejez. (OMS; Alzheimer's Disease International, 2013, pág. 48)

Asimismo, se han observado algunos factores comunes dentro de los países que desarrollaron un plan o política, principalmente, dentro de los términos generales que deben ser tratados se incluyen “sensibilización, diagnóstico oportuno, compromiso de proveer atención y servicios continuos de buena calidad, apoyo a los cuidadores, capacitación del personal, prevención e investigación; y para la implementación exitosa de los planes y programas es crucial que exista un compromiso financiero sostenible”. (OMS; Alzheimer's Disease International, 2013, pág. 48)

Junto a ello se menciona que “Toda política, plan, pauta o legislación debe estar basada en principios éticos que reconozcan los derechos humanos fundamentales, incluyendo el acceso equitativo y participativo a la atención y a los recursos para todos los miembros de la sociedad, sin importar su origen social y cultural o la ubicación geográfica”. (OMS; Alzheimer's Disease International, 2013, pág. 48)

También es importante señalar que: “La educación y el apoyo relacionados con la toma de decisiones éticas deben ser una parte esencial de la capacitación de todos los involucrados en la prestación de atención de la demencia, incluyendo responsables políticos, profesionales y familiares”. (OMS; Alzheimer's Disease International, 2013, pág. 48)

Hay que mencionar, además que la OMS organizó la Primera Conferencia Ministerial sobre la Acción Mundial contra la Demencia en marzo de 2015, con el apoyo de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) y el Departamento de Salud del Reino Unido. Donde los principales objetivos de la conferencia fueron “concienciar acerca del desafío para la salud pública que plantea la demencia, posibilitar una mejor comprensión de la función y la responsabilidad primordiales que desempeñan los gobiernos en la respuesta al desafío de la demencia, y hacer hincapié en la necesidad de una acción coordinada a nivel mundial y nacional”. (Incidencia del Alzheimer en el mundo. Demencias, 2015)

Asimismo, la OMS también está creando el Observatorio Mundial de la Demencia para que funcione como una plataforma internacional de vigilancia para los formuladores de políticas y los investigadores, a fin de facilitar la planificación y monitoreo futuros de los objetivos estratégicos en materia de carga de demencia, políticas y planes, recursos e investigación. (Galaz, 2017)

Por otro lado, los primeros abordajes en el ámbito público de las personas mayores en Chile se inician en la década del 90, en este periodo se realizan los primeros diagnósticos sobre la situación de los mayores y comienzan las primeras intervenciones asociadas a transferencias de recursos a los municipios. “Para 1988 ya se encontraba en implementación la Política de Salud para Adultos Mayores, iniciándose un proceso de aseguramiento de los derechos en el ámbito sanitario, el cual ha permitido mejorar la atención y ofrecer servicios gratuitos a las personas mayores”. (FLACSO, 2015, pág. 69)

De igual modo, en el año 1999 se dio otro paso importante en la institucionalización al enviarse al Congreso el Proyecto de Ley que creaba el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Éste fue declarado Año Internacional del Adulto Mayor, con lo cual el Gobierno de Chile cristalizó su preocupación por este grupo poblacional. en el año 2002, el Congreso de la República aprobó la Ley N° 19.828 que creaba el Servicio Nacional del Adulto mayor. (FLACSO, 2015, pág. 69)

En Chile se han llevado a cabo una serie de avances en materia de políticas, planes y programas abocados a la protección de las personas mayores. Algunas de estas acciones se enmarcan dentro de la protección social como eje rector de las políticas públicas que se han orientado a establecer la igualdad en el ejercicio de los derechos, tanto los relacionados con la salud como con la seguridad económica y, en general, al logro del bienestar y la calidad de vida durante todo el ciclo vital. (FLACSO, 2015)

Así, el SENAMA, como parte del Ministerio de Desarrollo Social, tiene la misión de fomentar el envejecimiento activo y el desarrollo de servicios sociales para las personas mayores, cualquiera sea su condición, fortaleciendo su participación y valoración en la sociedad, promoviendo su autocuidado y autonomía, y favoreciendo el reconocimiento y el ejercicio de sus derechos por medio de la coordinación intersectorial, y del diseño, implementación y evaluación de políticas, planes y programas. (FLACSO, 2015, pág. 69)

En la actualidad existen dos líneas programáticas de las que el SENAMA se debe hacer cargo, éstas son la participación y el cuidado de las personas mayores. “Una primera línea es la relacionada con el fomento de la participación social de las personas mayores y una segunda con los cuidados. Además, existen programas que integran ambas líneas”. (FLACSO, 2015, pág. 69) Siendo estos, programa de participación, programas de cuidado y programas de participación/cuidados:

Los programas de participación desarrollados por el SENAMA buscan promocionar la contribución de las personas mayores en la sociedad considerando las recomendaciones de las Naciones Unidas y la promoción del envejecimiento activo. “Éstos buscan la participación activa, para lo cual fomentan y equilibran la responsabilidad personal, el encuentro, la solidaridad intergeneracional y la creación de entornos favorables, tanto para mejorar la calidad de vida de las personas mayores como para retrasar las probabilidades de caer en dependencia.” (FLACSO, 2015, pág. 71)

Dentro de los programas participación del SENAMA, se encuentran los siguientes:

Programa Buen Trato: Cuyo objetivo es, “contribuir a la promoción y al ejercicio de los derechos de las personas mayores a través de la prevención, protección y promoción del buen trato.” (FLACSO, 2015, pág. 72)

Programa Envejecimiento Activo: Siendo su objetivo “lograr que los adultos mayores participen de actividades que promuevan el envejecer activamente, para lo cual se requiere fomentar y equilibrar la responsabilidad personal, el encuentro, la solidaridad intergeneracional y la creación de entornos favorables que aporten a la calidad de vida y retrasen los niveles de dependencia.” (FLACSO, 2015, pág. 72)

Programa voluntariado Asesores Sénior: El objetivo es, “promover la integración social y las relaciones intergeneracionales de personas mayores, preferentemente profesionales jubiladas, y de niños y niñas que pertenezcan a familias vulnerables a través de la transmisión de su experiencia socio laboral y la entrega de apoyo escolar.” (FLACSO, 2015, pág. 72)

Programa voluntariado Te Acompaño: Cuyo objetivo es, “contribuir a la integración social y al fortalecimiento de la imagen de las personas mayores a través de acciones de voluntariado en el ámbito de la prevención de drogas en niños y jóvenes.” (FLACSO, 2015, pág. 72)

Programa Escuela de Formación para Dirigentes Mayores: El objetivo es, “aumentar la participación de los dirigentes e integrantes de organizaciones de personas mayores en diferentes ámbitos, promoviendo una valoración positiva de la vejez, así como el conocimiento y ejercicio de sus derechos a fin de que sean protagonistas activos de la sociedad y puedan aportar su experiencia y conocimientos.” (FLACSO, 2015, pág. 72)

Programa Vínculos: El objetivo es, “contribuir a la generación de condiciones que permitan a los usuarios acceder en forma preferente al conjunto de prestaciones sociales pertinentes a sus necesidades e integrarse a la red comunitaria de protección social.” (FLACSO, 2015, pág. 72)

Programa Turismo Social: El objetivo es, “brindar oportunidad de acceso a espacios de recreación y esparcimiento para adultos mayores vulnerables que no tienen acceso a satisfacer esta necesidad por sus propios medios.” (FLACSO, 2015, pág. 73)

En cuanto a los programas de cuidados socio sanitarios, se menciona que benefician a las personas con algún grado de dependencia.

De esta forma, por ejemplo, los centros diurnos prestan servicios a las personas con dependencia leve, los establecimientos de larga estadía para adultos mayores (ELEAM) a personas con dependencia moderada y severa y los cuidados domiciliarios a personas mayores en situación de vulnerabilidad y dependencia que cuentan con un cuidador principal, entregando servicios socio-sanitarios de apoyo al adulto mayor y respiro al cuidador. (FLACSO, 2015, pág. 71)

Dentro de los programas de Cuidados del SENAMA, se encuentran los siguientes:

Programas Centros Día: El cual realiza “entrega de prestaciones de servicios socio-sanitarios y de apoyo familiar preventivo a través de la atención a necesidades personales básicas, actividades socio-culturales y de promoción para un envejecimiento activo, favoreciendo la autonomía.” (FLACSO, 2015, pág. 73)

Programa Cuidados Domiciliarios: Encargado de “mejorar la calidad de vida de las personas mayores en situación de vulnerabilidad y dependencia que cuentan con un cuidador principal, entregando servicios socio-sanitarios de apoyo al adulto mayor y respiro al cuidador.” (FLACSO, 2015, pág. 73)

Programa ELEAM Establecimiento de Larga Estadía para AM: Encargado de, “contribuir a que las personas mayores accedan a servicios integrales de apoyo y cuidados de acuerdo a sus niveles de dependencia. La administración de los ELEAM se realiza delegando su funcionamiento a entidades sin fines de lucro, especializadas en atención a personas mayores.” (FLACSO, 2015, pág. 73)

Programa ELEAM Programa Fondo Subsidio ELEAM: Encargado de, “ampliar la oferta y mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de cuidado, atención, mantención y estimulación de la funcionalidad de las personas mayores residentes en Establecimientos de Larga Estadía sin fines de lucro.” (FLACSO, 2015, pág. 73)

Finalmente, hay dos programas impulsados por el SENAMA que buscan promover la participación, tales como:

El conjunto de viviendas tuteladas presta apoyo psicosocial y comunitario a través de una solución habitacional adecuada a las necesidades, que permite la integración y promoción de la autonomía de las personas mayores. Por su parte, el Fondo Nacional del Adulto Mayor financia iniciativas de organizaciones públicas o privadas para dar apoyo a personas mayores vulnerables tendientes a promover, mantener y/o mejorar sus condiciones. (FLACSO, 2015, pág. 72)

Dentro de los programas de Participación y Cuidados del SENAMA, se encuentran los siguientes:

Programa Conjunto de Viviendas Tuteladas: Relacionado al “apoyo psicosocial y comunitario, a través de una solución habitacional adecuada a las necesidades, que permita la integración y promoción de la autonomía de las personas mayores.” (FLACSO, 2015, pág. 74)

Programa Fondo Nacional del Adulto Mayor: El cual esta “destinado a financiar iniciativas de organizaciones públicas o privadas para entregar apoyo a personas mayores vulnerables, tendientes a promover, mantener y/o mejorar su condición de vida.” (FLACSO, 2015, pág. 74)

La Organización Mundial de la Salud, en el año 2012, declaró la demencia como una prioridad socio sanitaria instando a los gobiernos a desarrollar planes y políticas de salud pública en la materia (OMS, 2012).

De tal forma de hacer frente a una enfermedad cuyos costos económicos y sociales están siendo altos a nivel público y privado. En este sentido, el Reporte Mundial de Alzheimer, elaborado el 2010 por Alzheimer's Disease International, plantea que, si el Alzheimer fuera un país, representaría la décimo octava mayor economía del Mundo, dado que consume el 1% del PIB mundial (US\$ 604 billones). Este mismo informe pone en alerta a Chile, que, junto a Uruguay y Argentina, son el sector de América con la mayor prevalencia de esta enfermedad. (FLACSO, 2015, pág. 64)

Chile en la actualidad no cuenta con una política pública específica para tratar las demencias. Existen acciones aisladas o pensadas para diversas enfermedades, tales como los talleres de memoria, el programa de atención a la dependencia y los centros de día, las que no han sido suficientes para enfrentar la demanda existente, producto del aumento considerable de las personas con demencia en el país. (FLACSO, 2015)

Este antecedente, sumado al trabajo realizado por la Corporación de Profesionales Alzheimer y otras demencias (COPRAD) y la Corporación Alzheimer, respecto a la necesidad de construir una nueva mirada hacia las personas con demencias, “instalaron campañas comunicacionales donde especial relevancia tuvo “No te olvido”, generaron la necesidad de diseñar un modelo de abordaje como el Centro KINTUN, el cual se describe más adelante, dado su incorporación a la agenda institucional el año 2014”. (FLACSO, 2015, pág. 64)

De acuerdo, a las cifras generadas por COPRAD, existirían en Chile alrededor de 200.000 personas con demencia.

Es por esta razón, que SENAMA, desde su posición como servicio público, toma un rol preponderante en posicionar la temática en la agenda institucional y en concientizar la necesidad de una mirada distinta. Por ello el año 2010, elabora un documento llamado “Propuesta de Acción: Las Personas Mayores y los Trastornos Demenciantes en Chile”. El objetivo de este documento fue elaborar una propuesta de política pública para los trastornos demenciantes. (FLACSO, 2015, pág. 70)

Asimismo, en el año 2012, la comuna de Peñalolén presentó al SENAMA a través de su COSAM, “la idea de realizar el primer piloto de un centro diurno estatal para personas con Demencias, este se ubicaría en el Centro del Adulto Mayor con la supervisión técnica del centro especializado en Salud Mental, generando un modelo inicial socio sanitario desde el Estado para el tratamiento de las demencias.” (FLACSO, 2015, pág. 71)

Tras ser aprobado el proyecto, durante el año 2013 comenzó su implementación, inaugurándose así el Centro de día para la atención de personas con demencia denominado KINTUN. “El Centro KINTUN se orientó desde una mirada positiva a la mejora en la calidad de vida de las personas con demencia y sus familias, la prevención de la dependencia instando a la participación y la formación de los cuidadores.” (FLACSO, 2015, pág. 71)

El equipo de KINTUN está compuesto por los siguientes profesionales: geriatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, kinesiólogo y asistente social, siendo interdisciplinario y transdisciplinario desde sus inicios.

Se consideró que los planes de trabajo tuvieran un rol de capacitación en tres niveles: el primero en la familia de los usuarios del Centro respecto a la demencia propiamente tal, posibles estrategias de abordaje, la promoción de la funcionalidad y el autocuidado; el segundo en la propia red de salud, capacitando respecto a buenas prácticas hacia las personas con demencia a equipos de Atención Primaria, o el mismo centro comunitario de salud mental (COSAM); finalmente el tercer nivel con capacitación a la comunidad, mediante charlas comunitarias que permitan fomentar el autocuidado y conductas saludables, identificando precozmente los problemas cognitivos y buscando como meta última disminuir el estigma hacia la demencia. (FLACSO, 2015, pág. 71)

Haciendo referencia a lo realizado por KINTUN, surge la necesidad de elaborar el Plan Nacional de Demencias.

Que busca desarrollar una estrategia de acción mejorada, eficiente y eficaz para el abordaje de las demencias, considerando a la persona que la vive y a la familia y comunidad que la rodea. Este Plan ha sido encabezado por la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, quien convocó a una comisión compuesta por expertos, los colegios profesionales de Terapia Ocupacional, Sociedad de Geriatria y la Sociedad de Neurología y Psiquiatria nacional, la sociedad civil representados por la Corporación Profesional Alzheimer y otras Demencias (COPRAD) y la Corporación Alzheimer, distintos departamentos del mismo Ministerio (ciclo vital, salud mental, atención primaria), y el inter-sector (SENAMA y el Servicio Nacional de Discapacidad, SENADIS). (FLACSO, 2015, pág. 73)

Revisiones recientes realizadas por la Comisión a cargo de la elaboración del plan determinaron que, en el año 2013, doce países del mundo contaban con políticas públicas para las demencias, establecidas por medio de estrategias y/o planes nacionales.

Se concluyó que los 12 planes internacionales se habían construido mediante los equivalentes chilenos de Ministerio de Salud y del Ministerio de Desarrollo Social, pudiendo ser incluidos otros actores a nivel gubernamental, para luego establecer una definición de demencia de manera consensuada por cada país, y que van más allá de la definición clínica o etimológica del concepto. (FLACSO, 2015, pág. 74)

Hay que mencionar, además que el 1º de octubre de 2014, “la Cámara de Diputados aprobó el proyecto de resolución N°180, solicitando a S.E. la presidenta de la República que una comisión asesora elabore un Plan Nacional de Demencias y Alzheimer y la ejecución de un proyecto piloto para la atención de personas con trastornos cognitivos y demencias.” (Taucher, 2017)

Un aspecto inicial a considerar en relación a este plan de las demencias en Chile, corresponde a la definición del problema-demencia. Se observa que, en coherencia con las recomendaciones internacionales, la definición del problema incorpora diferentes aristas del impacto que la enfermedad tiene y, por ende, levanta necesidades de abordaje desde sectores distintos de salud (Guajardo, 2016). El plan introduce la demencia de la siguiente forma:

- La demencia es una condición adquirida y crónica, caracterizada por un deterioro de diversas funciones cerebrales, sin distinción de sexo y situación socioeconómica, que se acompaña de síntomas cognitivos, psicológicos y cambios conductuales.
- Estos síntomas repercuten en la capacidad de las personas para llevar a cabo sus actividades habituales, pudiendo requerir apoyo de terceros e incluso comprometer su autonomía y participación familiar y social.
- Las demencias son más habituales en las personas mayores, pero pueden afectar a personas más jóvenes. Las causas más frecuentes son la enfermedad de Alzheimer y las enfermedades cerebro vasculares, entre otras.

- Las personas con algún tipo de demencia y sus familias tienen el derecho a un apoyo personalizado, continuo y coordinado, que involucre servicios sociales y atención de salud, respetando su dignidad, promoviendo su participación y su calidad de vida. (FLACSO, 2015, pág. 74)

El plan se desarrolla con tres niveles de racionalidad: principios, componentes y objetivos. De este modo, se busca dinamizar la acción de los actores involucrados, dado que los componentes no son específicos a cada objetivo, sino que se intenciona el logro de sinergias y roles dinámicos. (Gajardo, 2016)

En cuanto a los principios estos se subdividen en cuatro, siendo estos Dignidad, Autonomía, Participación y Solidaridad. (Plan Nacional de Demencia, 2017, pág. 44)

En relación a los componentes del plan de demencias, se mencionan los siguientes:

- Prevención y diagnóstico oportuno.
- Acceso a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos de la persona y su entorno.
- Mejor coordinación de los programas de atención y cuidados
- Seguimiento y actualización del Plan
- Sensibilización y educación de la comunidad
- Capacitación de los actores sanitarios y sociales
- Promoción de la investigación e innovación
- Contexto ético y jurídico, incluyendo el conflicto de interés. (Plan Nacional de Demencia, 2017, pág. 44)

Finalmente, con respecto a los objetivos se señalan nueve, siendo los siguientes:

1. Promover la prevención en el abordaje de las demencias.
2. Desarrollar un sistema de diagnóstico de la demencia en los diferentes niveles de atención de la red con protocolos de referencia y contra-referencia.
3. Diseñar un sistema de cuidados continuos, coordinados y de diferentes grados de complejidad para la persona y su entorno para que sea implementado en las redes locales.
4. Desarrollar habilidades y competencias para la atención de las personas con demencia de los actores sociales y sanitarios.
5. Implementar un sistema de evaluación y monitoreo de parámetros de calidad y efectividad de las acciones del plan.
6. Fortalecer el conocimiento sobre las demencias en la comunidad.
7. Considerar las demencias y envejecimiento como línea prioritaria de investigación e innovación a nivel nacional.
8. Promover comunidades amigables y solidarias hacia las personas con demencias
9. Actualizar el ordenamiento jurídico chileno entorno a las demencias. (Plan Nacional de Demencia, 2017, pág. 44)

Considerando los puntos anteriores, es importante concluir que las demencias son un desafío para todos los países, no sólo para Chile.

El aumento sostenido de su prevalencia, hace de esta condición un espacio prioritario de trabajo, sumado a que las personas que conviven con ella necesitan ser consideradas por las políticas públicas y la sociedad en general, de tal forma de promover acciones de salud física y mental personales, familiares y comunitarias, que permitan alcanzar un adecuado estado de bienestar. Lo anterior, se hará posible en la medida que se tenga la conciencia de que todos envejecemos y que debemos aspirar a una vejez digna y con oportunidades de desarrollo. (Guajardo, 2016)

En la plena convicción de lo antes mencionado se presentarán los objetivos del presente trabajo de investigación:

Objetivo General: Conocer los efectos de los estilos de vida en la salud mental de los adultos mayores.

Objetivos Específicos:

- Determinar los efectos del estilo de vida físicamente activo en la salud mental; en la depresión, autoestima y habilidades sociales en mujeres mayores.
- Determinar los efectos del estilo de vida socialmente activo en la salud mental; en la depresión, autoestima y habilidades sociales en mujeres mayores.
- Determinar los efectos del estilo de vida recreativamente activo en la salud mental; en la depresión, autoestima y habilidades sociales en mujeres mayores.
- Determinar los efectos del estilo de vida sedentario en la salud mental; en la depresión, autoestima y habilidades sociales en mujeres mayores

## REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

El envejecimiento demográfico de la población es un fenómeno mundial originado por las políticas de salud pública y por el desarrollo socioeconómico. Sin embargo, el proceso de envejecimiento es individual y heterogéneo, ya que no todas las personas envejecen de la misma manera, como reflejo de las acciones y omisiones a lo largo de la vida. Las investigaciones realizadas en la última década han mostrado que la calidad de vida en la vejez tiene un enfoque multidimensional, enfatizado, no sólo, en el funcionamiento físico, la energía y vitalidad personal, sino también en el bienestar psicológico, espiritual y emocional, el funcionamiento social y sexual, los apoyos recibidos y percibidos, y la satisfacción para con la vida. Es por ello, que, la concepción del envejecimiento activo, positivo y saludable, está basado en la prevención y promoción de la salud como medio para ampliar la esperanza de una vida saludable y armoniosa. Toda la evidencia científica disponible da cuenta de la importancia de la promoción de estilos de vida saludables relacionados con: actividad física, alimentación, tabaquismo, salud mental y relaciones familiares y sociales. (Falque-Madrid, 2014)

Considerando que los estilos de vida (Vidal Gutiérrez et al., 2014). se encuentran determinados o influenciados por las redes sociales y comunitarias en las que se encuentran insertos los individuos y su grupo familiar, las que, a su vez, se encuentran condicionadas por otros factores predictores, tales como la educación, el ambiente laboral, las condiciones de vida y de trabajo, el empleo, el acceso a servicios básicos, la calidad de la vivienda y los servicios de atención de salud, se puede inferir que “las nuevas políticas de salud se interesan en la mejora de los entornos físico-sociales, ya que, favorecen los estilos de vida saludables y la calidad de vida del adulto mayor. Así, se enfatiza la relevancia del paisaje y los espacios públicos, al potenciar los estilos de vida saludables, la recreación y las conexiones sociales locales (relaciones sociales).” (Sánchez ,2015)

Teniendo en cuenta que en el estudio presentado por (Hernández-Murúa et al., 2015), se logró comprobar que un excelente nivel de estilo de vida influye positivamente en la calidad de vida relacionada con la salud, también, se logró comprobar que en un nivel de estilo de vida inferior disminuye la salud física y mental.

Para una vida personal buena, eficiente y satisfactoria es necesario considerar como base principal la salud mental del adulto mayor. De hecho, “tanto la ansiedad como la depresión, pueden ser consideradas como indicadores o síntomas que reflejan la calidad de vida, si se modifica la percepción y significado que el adulto mayor tiene de su vida.” (Rosales et al., 2014)

Dado que el envejecimiento psicológico según (Chong, 2012):

Se expresa en el efecto del paso del tiempo sobre las distintas funciones psicológicas, hay que considerar que dentro de estas deben incluirse las formas en que percibimos la realidad, las relaciones con uno mismo y con los demás, donde la integración de todos estos elementos en una personalidad única e integral, condicionan la forma de reaccionar desde su estructura. A partir de sus componentes cognoscitivos, afectivos y volitivos, existe una alta prevalencia de alteraciones en la forma de pensar, sentir y actuar que pueden afectar la vida del anciano.

Por otra parte, la evidencia científica que respalda las bondades de la actividad física sobre la salud física y mental es realmente abundante. “Su efecto sobre la longevidad y la calidad de vida hacen de la Actividad Física un factor protector de enorme potencial en la salud pública del mundo, pero lo que es quizá más importante que la duración es el mejoramiento de la calidad de vida que otorga el ejercicio a través de un mejor funcionamiento del organismo, desde el punto de vista orgánico y mental.” (Martínez, Saldarriaga y Sepulveda, 2008)

Tal como lo afirma (Barrios, Mojaiber y pérez, 2003) “la práctica sistemática del ejercicio por los adultos mayores puede aportar, beneficios que van desde los vinculados a la salud y el mejoramiento de la aptitud física,” hasta los vinculados con el bienestar emocional y social del practicante. Es decir que, de manera general, “el ejercicio físico o la actividad física, mantienen y mejoran la función músculo esquelética, osteoarticular, cardiocirculatoria, respiratoria, endocrina metabólica, inmunológica y psico neurológica de las personas mayores.” (Landinez, Contreras y Castro, 2012)

Hay que mencionar, que en “el aspecto socio-psicológico, el ejercicio mejora el estado de ánimo, disminuye la depresión y la ansiedad, eleva el vigor, eleva la autoestima y la imagen corporal, ofrece oportunidades de distracción e interacción social, y ayuda a mejorar el enfrentamiento al estrés de la vida cotidiana.” (Barrios et al. 2003)

Continuando con lo anterior, “la depresión es una patología frecuente en la persona mayor, que produce sufrimiento, deterioro en la calidad de vida y puede ser factor de riesgo para otras patologías o incluso, la muerte. A pesar de la elevada prevalencia del trastorno, usualmente subdiagnosticado y poco tratado, debe realizarse su detección precoz y tratamiento oportuno.” (Arango et al., 2016)

Se ha evidenciado “el potencial efecto positivo que tiene el ejercicio físico sobre la calidad de vida en pacientes con depresión. Es así, como tanto el ejercicio aeróbico y ejercicio resistido demuestran beneficios en la vitalidad, en el desarrollo social, la disminución del dolor corporal y la salud mental.” (Poblete-Valderrama et al., 2016)

Se puede considerar que hay dos aspectos involucrados en el papel de la actividad física y el ejercicio en el tratamiento de la depresión. “La depresión disminuye la práctica de las actividades físicas; La actividad física puede ser útil en el tratamiento y la prevención de la depresión en los ancianos.” (Moraes et al., 2007)

No obstante (Str hle, 2008) expuso que “los mecanismos responsables de las mejoras relacionadas con el ejercicio en la depresión y los trastornos de ansiedad no son todos conocidos, y es más probable que sea una interacción compleja de los mecanismos psicológicos y neurobiológicos subyacente, mediar y / o moderar estos efectos. En este momento estamos lejos de un modelo concluyente que explique la actividad antidepresiva y ansiolítica del ejercicio.”

Respecto a esto último, (Villegas , 2010) propone que:

Es razonable recomendar ejercicio a las personas que sufren síntomas depresivos y aquellos que cumplen criterios para cuadros depresivos mayores; no obstante, aún no es posible, con los estudios que se encuentran publicados, dar una información precisa sobre la efectividad del ejercicio como tratamiento antidepresivo, qué tipo de actividad física es más efectiva, el ejercicio grupal o individual respecto a la efectividad o la mejor duración de la realización de la actividad física.

Sin embargo, y posterioridad a esto, mediante una revisión sistemática realizada por (Patiño et al., 2013) se pudo comprobar que, diversos estudios mostraron un efecto benéfico de diferentes modalidades de actividad física y ejercicio en los síntomas depresivos de los adultos mayores con diagnóstico de depresión. Específicamente los trabajos de fuerza de alta intensidad (80 % RM) se apoyan en una mayor cantidad de estudios con seguimientos a corto, medio y largo plazo, y deben tenerse en cuenta en el tratamiento de personas adultas mayores con depresión; paradójicamente, existen menos estudios que den cuenta de los efectos de las actividades aeróbicas en esta condición clínica, y los existentes muestran efectos positivos a corto plazo, sin haberse evaluado los efectos a medio y largo plazo. Por esta razón, es posible concluir que el ejercicio aeróbico puede tener algún beneficio en los adultos mayores con depresión, sin tener claridad sobre el tiempo necesario para lograr los efectos ni la dosis que deben recibir estos pacientes. Las actividades físicas mixtas, que combinan trabajos aeróbicos, de fuerza, estiramiento, equilibrio, entre otras parecen reducir el nivel de depresión y se deben recomendar en el abordaje terapéutico de estas personas, a pesar de que aún no se conozca cuál es la mejor combinación, su dosificación o cuánto debe durar la intervención. Otras actividades, como el yoga, el thai-chi, el qigong y el ballroom dance, pueden tener algún beneficio en los síntomas depresivos, pero los estudios que respaldan dichos hallazgos son aún escasos.

De manera semejante, se expuso en la intervención de (Branco et al., 2015) que el ejercicio fue tan eficaz en la remisión de síntomas depresivos como la intervención con fármacos y la psicoterapia. Teniendo en cuenta que la actividad física tiene adicionalmente, la ventaja de disminuir los síntomas depresivos para aumentar los niveles de salud física en las personas mayores, debido a que esta puede actuar como un factor protector en el sistema nervioso central, aumentando la supervivencia, la vascularización, la estimulación

neuronal y la formación; Asegurando un aumento de los neurotransmisores (serotonina, dopamina y norepinefrina) en el torrente sanguíneo, que durante la depresión se reducen drásticamente.

A su vez se postula que los adultos mayores que viven solos o con personas no cercanas al núcleo familiar (sobrinos, ahijados u otras), se deprimen más. Esta situación puede explicarse porque la soledad y la falta de convivencia social y familiar en ancianos que dependen económicamente de otros individuos, unidas a discapacidades y enfermedades crónicas, alteran en forma importante la esfera psicosocial. (Alfonso et al., 2007)

De manera semejante en el artículo de (Cardona et al., 2015, se sostiene que los adultos mayores que poseen “escasa red de apoyo familiar y social, así como poco interés en la realización de actividades que involucren estrategias de socialización tienden a presentar más síntomas depresivos que quienes cuentan con una adecuada red de apoyo.” Esto podría deberse al hecho que la pérdida de capacidades integrativas y mentales reduce la posibilidad de responder eficazmente ante el medio y a la relación con los demás, perpetuándose así el autoaislamiento, la sensación de soledad y la baja autoestima. (Aranda et al., 2001)

Teniendo en cuenta que en el estudio de (Vance et al., 2005) se obtuvo como resultado que “las personas con redes sociales más grandes tenían menos síntomas depresivos.”

En relación con la Autoestima, se menciona que ha sido propuesta como un área de intervención para mejorar la calidad de vida en la población mayor. Dado que:

Para la tercera edad, la autoestima es clave, debido a que el anciano debe valorar sus habilidades y características, las que han sufrido cambios objetivos en comparación con años atrás. La dificultad radica principalmente en el contexto en el que se realiza esta evaluación, ya que el anciano se encuentra en una situación física, social y culturalmente menoscabada, motivo por el cual se sienten rechazados y perciben que la sociedad los valora negativamente, debido al mayor aprecio de los valores asociados a la belleza juvenil por parte de la sociedad y del menor aprecio a la experiencia y sabiduría, como valores propios de la ancianidad. (Ortiz Arriagada y Castro Salas, 2009)

De igual modo, (Teixeira et al., 2016) presentó una investigación en la cual se logró evidenciar que la práctica de actividad física promovía los niveles de autoestima y de depresión. En efecto, se verificó que los practicantes revelaron niveles de autoestima elevados y niveles de depresión reducidos. Se constató, también, que los niveles de autoestima disminuyen con la edad, mientras que los niveles de depresión aumentan. En tanto, que variables como, el sexo, la situación conyugal, la escolaridad e institucionalización, sólo obtuvieron importancia estadística en el dominio de la autoestima. En efecto, los ancianos del sexo masculino, con compañeros, con mayor nivel de escolaridad y no institucionalizados, fueron los que reportaron niveles superiores. Los resultados del estudio demostraron, además, que la frecuencia de la práctica de actividad física se encuentra relacionada con ambos dominios en análisis. En lo que se refiere a la autoestima, fue posible comprender que los ancianos que practican entre dos y tres veces por semana, presentaron los niveles más acentuados, mientras que los que practican una vez por semana alcanzaron los niveles inferiores. En cuanto a la depresión, se ha comprobado que a medida que la frecuencia aumenta, la prevalencia de síntomas depresivos disminuye. En cuanto a la relación entre la autoestima y la depresión, el coeficiente de correlación significativo presentó un valor negativo, lo que indica que a medida que una variable aumenta, la otra disminuye.

De manera semejante, (García et al., 2012) plantean que los resultados obtenidos en su investigación muestran diferentes niveles de Autoestima entre los adultos mayores que realizan actividad física y los que no, siendo significativamente más alta en los primeros. Estudios con objetivos similares demuestran y apoyan “la comprobación de la hipótesis de partida que establece la relación positiva entre la Autoestima y la realización de actividad física.” Teniendo en cuenta que “la persona mayor que realiza actividades físicas de forma frecuente muestra un patrón abierto a la vida a la hora de afrontar la vejez, creyéndose valiosa y capaz, sintiéndose bien consigo misma y con los demás.” Más aún, estos manifiestan una adecuada autoestima personal, lo que se relaciona positivamente con una mayor frecuencia de apoyo social recibido y un adecuado bienestar psicológico. (Ferrer, 2000)

Simultáneamente (Teixeira et al., 2016) señalan que, “al conservar una ocupación de tiempo libre más diversificada y la participación en un mayor número de actividades culturales, como teatro, cine, espectáculos musicales y conferencias, le proporciona al adulto mayor un envejecimiento activo, saludable y con una mejor calidad de vida, siendo estos, los principales factores que contribuyen a la preservación y estimulación de la autoestima.”

Por otro lado (Zavala et al., 2006) destacan el “apoyo social y familiar como un determinante de la autoestima en los ancianos.” A diferencia de (Guerrero-Martelo et al., 2015) que concluyen que, “el factor determinante de la autoestima en ancianos institucionalizados es la autonomía funcional antes que el apoyo social externo.” Todo esto parece confirmar que “el estado anímico del adulto mayor es fundamental para que interactúe y participe en las actividades propias de la familia, la sociedad y el medio donde se desarrolle.” (Calero et al., 2016)

Con respecto a las habilidades sociales, en primer lugar, se debe tener en consideración que:

El adulto mayor sufre de factores como: pérdidas (del cónyuge, amigos, hijos, familia); aislamiento, determinado por la soledad física o espiritual, por falta de comunicación; ausencia de confidente, lo que es importante desde el punto de vista emocional; la inactividad física, que conlleva a frustraciones, vida sedentaria y enfermedades crónicas; inadaptación a la jubilación (sin una debida preparación psicológica y social, supone un paso brusco de una situación activa a otra pasiva e improductiva, que puede llevar a que el individuo no encuentre bienestar ni estimulación en las actividades diarias), también, puede verse afectada la situación económica, el estado emocional y la participación social; la insatisfacción con actividades cotidianas; la aparición del síndrome de la vida rutinaria en el anciano; pérdida de roles sociales, no querer o no poder ejercer las actividades sociales que antes realizaban limitando su radio de acción; institucionalización, cuando no tienen los soportes sociales necesarios se convierten en generadores de alteraciones emocionales (ansiedad, depresión), caída, deterioro cognitivo, etc.; condiciones materiales de vida, vivienda y recursos económicos que repercuten en el bienestar y la calidad

de vida; además la edad avanzada que aumenta la morbilidad y disminuye la salud. (Chong, 2012)

Razón por la cual (Pérez Martínez y Arcia Chávez, 2008) utilizaron en su investigación la variable de incorporación social del anciano: en la que se evaluó la participación del anciano en diferentes actividades comunitarias como: las que convocan las organizaciones de masas, proyectos de atención a los adultos mayores desarrollados y dirigidos por instituciones religiosas, en círculos o casas de abuelo, en liceos y clubes, etc. Concluyeron que, “la falta de definición de un rol social en el anciano influye a la hora de imprimir un sentido a la vida, y que parte de este se obtiene precisamente al cumplir el rol básico asignado por la sociedad. La ausencia de tareas específicas conlleva a la dificultad de no saber dónde concretar los esfuerzos y dónde volcarse para actualizar sus propias potencialidades.”

Dicho lo anterior, se vincula a “la actividad física como un factor que afecta positivamente la salud psicológica y social de los adultos mayores, recomendándose el fomento de la actividad física, actividades de ocio y de recreación, que permite retardar la aparición de cuadros de depresión en esta etapa de la vida.” Se afirma que la actividad física “afecta directamente el aspecto social, en que al ser más funcional será un adulto mayor con mayor capacidad de sociabilización”. (Roca, 2016)

Precisamente, los cambios producidos por la Actividad Física mejoran “la vida de las personas mayores, no sólo sus condiciones físicas, sino, sobre todo, porque los lleva al retorno o al mantenimiento de sus actividades sociales”, dándoles apoyo a su bienestar emocional. Se dice que en cuanto mejor sea “la interacción del anciano con otras personas de su misma edad y el equipo que lo acompaña insertado en la sociedad, mejor será su percepción sobre la calidad de vida y el bienestar físico, emocional y espiritual.” (Araújo, Manucussi y Faro, 2012)

De manera semejante (Roca, 2016) señala que “la Actividad Física influye directamente en la capacidad de sociabilización efectiva en la tercera edad, ya que, a mayor capacidad funcional, mayores serán sus habilidades sociales.” Esta premisa se basa en que, en la etapa final de la vida, la pérdida de capacidades funcionales, “la no adaptación a los cambios y otros factores provocan una pérdida de confianza y autoestima, situación que puede ser revertida a través de programas de actividad física.” (Durán et al., 2008)

Considerando que, tanto el apoyo social percibido como la percepción de salud presentaron una relación significativa con el bienestar psicológico, aunque la primera variable tiene una relación notoriamente mayor que la segunda con el bienestar psicológico de los adultos mayores. Este resultado fue consistente con diversos estudios que destacan la importancia del apoyo que percibe el individuo de su entorno como elemento protector en la salud mental, ya que la existencia de relaciones significativas y estables en el tiempo, inciden en el autoconcepto, en el nivel de funcionamiento y en el afrontamiento del estrés. Existen evidencias de que la existencia de una red social adecuada podría influir en la modificación de las estrategias de afrontamiento, en la integración o participación social y en el incremento de la motivación, actuando como un posible predictor de discapacidad en la vejez. El apoyo social percibido no solo influiría en el bienestar al proporcionar estabilidad emocional, atención y protección de otros, sino que, también, permitiría al individuo un mayor control percibido, sentirse productivo y tener un sentido en la vida. (Vivaldi y Barra, 2012)

En concordancia con lo anterior, es que unos de “los puntos más importantes y estudiados es el apoyo social que implica el realizar una actividad física.” (Villegas, 2010) Algunos autores proponen que el implementar actividades grupales aumenta la red de apoyo y el acercamiento entre pacientes que sufren patologías similares; (Paluska y D'Amico, 2000) sin embargo, también se ha demostrado, gracias a estudios que comparan la efectividad entre ejercicio realizado de forma individual en el hogar y ejercicio ejecutado en centros deportivos, que la mejoría de la sintomatología depresiva es independiente del grupo de respaldo. (Collins y Fitterling, 2009)

# METODOLOGÍA

Este capítulo tiene como objetivo, dar a conocer los pasos metodológicos que se llevaron a cabo en el presente trabajo de investigación, cuyo propósito principal fue conocer el impacto del ejercicio físico sobre la salud mental de mujeres mayores. A continuación, se detallarán cada uno de los pasos que se ejecutaron en el procedimiento de la investigación.

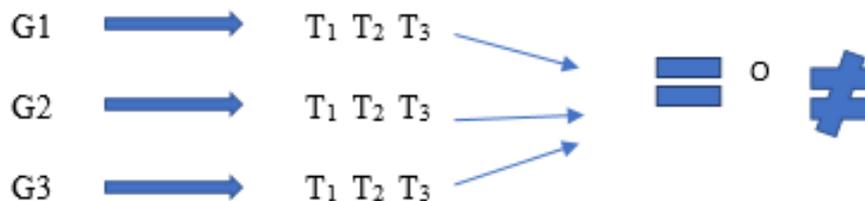
## 1) Tipo y diseño de la investigación:

Esta investigación es de carácter cuantitativa, ya que busca probar una teoría a través del cálculo de datos y análisis estadístico. Además es de tipo descriptivo-comparativo debido a que se definen los grupos dando a conocer características propias de cada uno de ellos, entregando así semejanzas y diferencias comparativas.

### Diseño de investigación:

La investigación posee un diseño No experimental con un corte transversal, la siguiente tabla muestra el esquema del diseño de la investigación.

Tabla 1. Diseño No experimental de la investigación.



### Donde:

- G= Grupos de adultos mayores.
- T= Instrumentos de evaluación aplicados.
- $\longrightarrow$ : Semejanzas o diferencias entre grupos.

## **2) Población y muestra:**

La población de este estudio corresponde a “Mujeres mayores de 60 años pertenecientes a diferentes comunas de la Región Metropolitana”, tales como: Huechuraba, Ñuñoa, La Florida, Maipú, Las Condes, San Joaquín, Puente Alto, Macul, Recoleta, Lo Barnechea, Peñalolén.

### **Características de la población:**

La Región Metropolitana (RM) es la única región mediterránea y la más pequeña del país. Se encuentra ubicada entre los 32°55' y 34°19' de latitud sur, y entre los 69°47' y 71°43' longitud oeste. Delimita al Norte y al Oeste con la Región de Valparaíso; al Sur limita con la VI Región; y finalmente el Este de la región lo constituye la frontera con la República Argentina. Consta con una superficie de 15.403,20 km<sup>2</sup>, equivalentes al 2,0%, del territorio nacional. Según INE la población proyectada al 2016 alcanza a 7.399.042 habitantes con una densidad de 480,4 habitantes por kilómetro cuadrado.

La cantidad de adultos mayores que posee esta región según el INE del año 2015 corresponde al 49.81 un nivel elevado en comparación al índice nacional el cual corresponde al 50.66 habitantes adultos, esto pertenece a la proyección de la población para año 2015.(INE, 2002).

### **Caracterización de las comunas donde se extrajo la muestra:**

La comuna de Huechuraba está ubicada en la zona norte de la ciudad de Santiago, se caracteriza por estar delimitada por un entorno natural, por el norte el cerro Manquehue, el río Mapocho por el sur, el cerro San Cristóbal por el oriente y el cerro Renca por el poniente, posee una superficie de 44,8 km<sup>2</sup> y una población de habitantes según el censo 2017 de 98.671. El índice de adulto mayor en esta comuna corresponde al 31.88 de la población total, esto pertenece a la proyección de la población para año 2015. (INE, 2002)

La comuna de Ñuñoa se encuentra ubicada en el sector nororiental de la ciudad de Santiago, Chile. Posee una superficie de 16,9 km<sup>2</sup> y según los resultados del censo 2017 la comuna alcanzó los 208.237 habitantes, aumentando en un 27,3 % en diez años. El índice de adulto mayor en esta comuna corresponde al 136.32 de la población total, esto corresponde a la proyección de la población para año 2015. (INE, 2002).

La comuna de la Florida se encuentra ubicada en el sector suroriental de la ciudad de Santiago, Chile. Actualmente cuenta con 366.916 habitantes según el censo del año 2017,

lo que hace que sea la tercera comuna más poblada en Chile tras Puente Alto y Maipú. Posee una superficie de 70, 2 Km<sup>2</sup>. El índice de adulto mayor en esta comuna corresponde al 42.64 de la población total, esto pertenece a la proyección de la población para año 2015. (INE, 2002).

La comuna de Maipú se encuentra ubicada en el sector sur poniente de la ciudad de Santiago. Según la proyección del INE para el año 2015, Maipú tenía una población de 521 627 habitantes, transformándola en la segunda comuna más poblada del país después de Puente Alto. Conserva una superficie de 135,5 Km<sup>2</sup>. El índice de adulto mayor en esta comuna corresponde al 26.73 de la población total, esto pertenece a la proyección de la población para año 2015. (INE, 2002).

La comuna de Las Condes es una comuna del sector nororiente de la ciudad de Santiago, Chile. Tiene una superficie de 99 km<sup>2</sup>. Según los resultados del censo 2017 esta comuna alcanzó a los 294. 838 habitantes. El índice de adulto mayor en esta comuna corresponde al 94,19 de la población total, esto pertenece a la proyección de la población para año 2015. (INE, 2002).

La comuna de San Joaquín se encuentra ubicada en el sector sur de la ciudad de Santiago, posee una superficie total de 9,7 km<sup>2</sup>, una altitud media de 558ms.m.n. y una población total de 94.492 habitantes (2017). El índice de adulto mayor en esta comuna corresponde al 86.41 de la población total, esto pertenece a la proyección de la población para año 2015. (INE, 2002).

La comuna de Puente Alto pertenece a las comunas de la ciudad de Santiago de Chile, capital de la provincia de Cordillera, perteneciente a la región Metropolitana de Santiago. Esta limitada al norte por la comuna de La Florida, al sur con la comuna de Pirque, al este con la comuna de San José de Maipo y al oeste con las comunas de La Pintana y San Bernardo.

Según el INE, la comuna posee 568.106 habitantes, lo que la convierte en la comuna más poblada de Chile. El índice de adulto mayor en esta comuna corresponde a 24, esto pertenece a la proyección de la población para año 2015. (INE, 2002).

La comuna de Macul perteneciente a la ciudad de Santiago de Chile, ubicada en el sector suroriente de Santiago, limitando al norte con la comuna de Ñuñoa, al poniente con San Joaquín, al oriente con Peñalolén y al sur con La Florida. Integra junto con las comunas de La Granja y San Joaquín. La superficie total de esta comuna corresponde al 12,9 km<sup>2</sup>, posee una altitud media de 574 ms.n.m. y una población de 116.534 según el INE del censo 2017. El índice de adulto mayor en esta comuna corresponde a 77.41, esto pertenece a la proyección de la población para año 2015. (INE, 2002).

La comuna de Recoleta está ubicada en el sector norte de la ciudad de Santiago, capital de Chile. Es parte de la Provincia de Santiago, que pertenece a la Región Metropolitana. Limita al norte con la comuna de Huechuraba, al oeste con las comunas de Independencia y Conchalí, al este con la comuna de Providencia y Vitacura, teniendo al Cerro San Cristóbal como barrera geográfica y al sur con la comuna de Santiago, teniendo como frontera natural el río Mapocho. Posee una Superficie de 16 km<sup>2</sup>, altitud media 542 ms.n.m. y una población 157 851 habitantes según el censo del 2017. El índice de adulto mayor en esta comuna corresponde a 70.06 de la población total, esto pertenece a la proyección de la población para año 2015. (INE, 2002).

La comuna de Lo Barnechea está ubicada en el sector nororiente de la ciudad de Santiago. Sus límites urbanos son: al norte con Colina, al suroeste con Vitacura al sur con Las Condes y al este con San José de Maipo. Posee una superficie total de 1.024 km<sup>2</sup>, una altitud media de 1929 m s. n. m. y una población total de 105 833 habitantes. El índice de adulto mayor en esta comuna corresponde a 22.98 de la población total, esto pertenece a la proyección de la población para año 2015. (INE, 2002)

La comuna de Peñalolén está ubicada en el sector oriente de la ciudad de Santiago, capital de Chile. Limita al norte con La Reina y Las Condes, al oeste con Ñuñoa y Macul, al este con la Sierra de Ramón, y al sur con las comunas de San José de Maipo y La Florida. Conserva una superficie total de 54 km<sup>2</sup>, una altitud media de 803 ms.n.m. Según el censo del 2017, esta comuna posee una población de 241 599 habitantes. El índice de adulto mayor en esta comuna corresponde a 20.08 de la población total, esto pertenece a la proyección de la población para año 2015. (INE, 2002).

### **Características de la Muestra:**

La muestra de estudio corresponde a “Mujeres mayores de 60 años participantes de Clubes de Adulto Mayor de las Corporaciones Municipales de las comunas de Huechuraba, Ñuñoa, La Florida, Maipú, Las Condes, San Joaquín, Puente Alto, Macul, Recoleta, Lo Barnechea, Peñalolén”. En términos generales la muestra se encontraba conformada por mujeres institucionalizadas, debido a que la intervención se realizó en agrupaciones constituidas; en su mayoría las participantes pertenecían a la misma comuna en las que fueron entrevistadas. En el caso del grupo de sedentarios y a diferencia de los grupos anteriores, correspondía a mujeres mayores de 60 años que no pertenecían a ninguna asociación ni realizaban ningún tipo de actividad física.

### **Características de la Muestra por Grupo:**

La muestra del grupo Manual correspondía a mujeres mayores institucionalizadas pertenecientes a talleres enfocados a las actividades manuales o artesanales de las comunas mencionadas anteriormente. Las agrupaciones se enfocaban en utilizar los tiempos de ocio de los adultos mayores y, además, de realizar actividades que vinculaban la creatividad, paciencia, orden y movilidad, sus características fueron las siguientes:

- Edad promedio del grupo manual correspondía a 72 años.
- Participación de carácter voluntaria.
- El porcentaje de mujeres que vivía acompañada (pareja o familiares) correspondía al 68,5 % de la totalidad del grupo.
- El porcentaje de mujeres que vivía sola correspondía al 31,4 % de la totalidad del grupo.
- El porcentaje de mujeres entrevistadas que sabía leer y escribir correspondía al 100% de la totalidad del grupo.
- El promedio grupal de antigüedad y permanencia en el taller de todas las integrantes del grupo correspondía a 9 años.
- El porcentaje de integrantes que poseía el grado académico de enseñanza básica y media completa comprendía al 54,2 % del total de la muestra grupal.
- El porcentaje de integrantes que poseía el grado académico de enseñanza básica y media incompleta correspondía al 45,7 % del total de la muestra grupal.

- El porcentaje de mujeres entrevistadas que poseía estudios superiores técnicos o universitarios correspondía al 8,5 % del total de la muestra grupal.

La muestra del grupo social correspondía a mujeres mayores institucionalizadas pertenecientes a talleres enfocados en las actividades sociales. Los grupos sociales se encargaban de generar actividades de interés para el adulto mayor, además, estimulaban la participación y convivencia entre sus pares, creando un ambiente grato de motivación para el individuo. Sus características fueron las siguientes:

- Edad promedio del grupo manual correspondía a 73 años.
- Participación es de carácter voluntaria.
- El porcentaje de mujeres que vivía acompañada (pareja o familiares) correspondía al 80 % de la totalidad del grupo.
- El porcentaje de mujeres que vivía sola correspondía al 20 % de la totalidad del grupo.
- El porcentaje de mujeres entrevistadas que sabía leer y escribir era equivalente al 100% de la totalidad del grupo.
- El promedio grupal de antigüedad y permanencia en el taller de todas las integrantes del grupo correspondía a 11 años.
- El porcentaje de integrantes que poseía el grado académico de enseñanza básica completa equivalía al 68,5 % del total de la muestra grupal.
- El porcentaje de integrantes que poseía el grado académico de enseñanza básica incompleta correspondía al 31,4 % del total de la muestra grupal.
- El porcentaje de integrantes que poseía el grado académico de enseñanza media completa equivalía al 40 % del total de la muestra grupal.
- El porcentaje de integrantes que poseía el grado académico de enseñanza media incompleta pertenecía al 60 % del total de la muestra grupal.
- El porcentaje de mujeres entrevistadas que poseía estudios superiores técnicos o universitarios correspondió al 20 % del total de la muestra grupal.

La muestra del grupo físico – social, correspondía a mujeres mayores institucionalizadas integrantes de talleres, donde se practican actividades deportivas y sociales. Las mujeres de este grupo realizaban actividades físicas en los talleres pertenecientes a sus respectivas comunas u a otras aldeñas. Además, pertenecían a instituciones sociales anexas al taller deportivo o sociabilizaban en sus respectivos grupos deportivos. Las características del grupo fueron las siguientes:

- Edad promedio del grupo manual correspondía a 74 años.
- Promedio de asistencias a las instituciones 3 días a la semana.
- Participación es de carácter voluntaria.
- El porcentaje de mujeres que vivía acompañada (pareja o familiares) equivalía al 71,4 % de la totalidad del grupo.
- El porcentaje de mujeres que vivía sola pertenecía al 28,5 % de la totalidad del grupo.
- El porcentaje de mujeres entrevistadas que sabía leer y escribir correspondía al 94,2% de la totalidad del grupo.
- El promedio grupal de antigüedad y permanencia en el taller de todas las integrantes del grupo correspondía a 10 años.
- El porcentaje de integrantes que poseía el grado académico de enseñanza básica completa equivalía al 82,8% del total de la muestra grupal.
- El porcentaje de integrantes que poseía el grado académico de enseñanza básica incompleta correspondía al 17,1 % del total de la muestra grupal.
- El porcentaje de integrantes que poseía el grado académico de enseñanza media completa correspondía al 54,2 % del total de la muestra grupal.
- El porcentaje de integrantes que poseía el grado académico de enseñanza media incompleta correspondió al 45,7 % del total de la muestra grupal.
- El porcentaje de mujeres entrevistadas que poseía estudios superiores técnicos o universitarios correspondía al 17 % del total de la muestra grupal.

El grupo físico estaba compuesto por mujeres mayores institucionalizadas, pertenecientes a talleres que ejercían la actividad física para el adulto mayor, enfocados principalmente en el ejercicio y la vida sana. Características del grupo:

- Edad promedio del grupo manual correspondía a 74 años.
- Promedio de asistencias a las instituciones 3 días a la semana.
- Participación es de carácter voluntaria.
- El porcentaje de mujeres que vivía acompañada (pareja o familiares) correspondía al 71,4 % de la totalidad del grupo.
- El porcentaje de mujeres que vivía sola correspondía al 28,5 % de la totalidad del grupo.
- El porcentaje de mujeres entrevistadas que sabía leer y escribir pertenecía al 94,2% de la totalidad del grupo.
- El promedio grupal de antigüedad y permanencia en el taller de todas las integrantes del grupo correspondía a 10 años.
- El porcentaje de integrantes que poseía el grado académico de enseñanza básica completa equivalía al 82,8% del total de la muestra grupal.
- El porcentaje de integrantes que poseía el grado académico de enseñanza básica incompleta equivalía al 17,1 % del total de la muestra grupal.
- El porcentaje de integrantes que poseía el grado académico de enseñanza media completa correspondía al 54,2 % del total de la muestra grupal.
- El porcentaje de integrantes que poseía el grado académico de enseñanza media incompleta correspondió al 45,7 % del total de la muestra grupal.
- El porcentaje de mujeres entrevistadas que poseía estudios superiores técnicos o universitarios correspondía al 17 % del total de la muestra grupal.

El grupo de sedentarias correspondía a mujeres adultas, las que no pertenecían a ninguna agrupación determinada (no institucionalizada), estas, a su vez, se encontraban mayoritariamente en sus hogares. Las siguientes características corresponden al grupo mencionado:

- Edad promedio del grupo manual corresponde a 72 años.
- El porcentaje de mujeres que vivía acompañada (pareja o familiares) correspondía al 82,8 % de la totalidad del grupo.
- El porcentaje de mujeres que vivía sola correspondía al 17 % de la totalidad del grupo.
- El porcentaje de mujeres entrevistadas que sabía leer y escribir correspondía al 82,8% de la totalidad del grupo.
- El porcentaje de integrantes que poseía el grado académico de enseñanza básica completa correspondía al 81,2 % del total de la muestra grupal.
- El porcentaje de integrantes que poseía el grado académico de enseñanza básica incompleta correspondía al 40,6 % del total de la muestra grupal.
- El porcentaje de integrantes que poseía el grado académico de enseñanza media completa correspondía al 75 % del total de la muestra grupal.
- El porcentaje de integrantes que poseía el grado académico de enseñanza media incompleta correspondía al 18,7 % del total de la muestra grupal.
- El porcentaje de mujeres entrevistadas que poseía estudios superiores técnicos correspondía al 6,2 % del total de la muestra grupal.
- El porcentaje de mujeres entrevistadas que poseía estudios superiores universitarios correspondía al 1 % del total de la muestra grupal.

Grupo Físico- Manual, este grupo correspondía a mujeres institucionalizadas, las cuales practicaban o pertenecían grupos establecidos, estas mujeres ejecutaban actividad física y actividades manuales, en sus hogares y/o en otras instituciones.

- Edad promedio del grupo manual correspondía a 72 años.
- Promedio de asistencias a las instituciones 3 días a la semana.
- Participación es de carácter voluntaria.
- El porcentaje de mujeres que vivía acompañada (pareja o familiares) correspondía al 68,5 % de la totalidad del grupo.
- El porcentaje de mujeres que vivía sola correspondía al 31,4 % de la totalidad del grupo.
- El porcentaje de mujeres entrevistadas que sabía leer y escribir correspondía al 100% de la totalidad del grupo.
- El promedio grupal de antigüedad y permanencia en el taller de todas las integrantes del grupo correspondía a 9 años.
- El porcentaje de integrantes que poseía el grado académico de enseñanza básica completa correspondía al 74,2 % del total de la muestra grupal.
- El porcentaje de integrantes que poseía el grado académico de enseñanza básica incompleta correspondía al 25,7% del total de la muestra grupal.
- El porcentaje de integrantes que poseía el grado académico de enseñanza media completa equivalía al 54,2 % del total de la muestra grupal.
- El porcentaje de integrantes que poseía el grado académico de enseñanza media incompleta correspondía al 45,7 % del total de la muestra grupal.
- El porcentaje de mujeres entrevistadas que poseía estudios superiores (técnicos) correspondía al 20 % del total de la muestra grupal.
- El porcentaje de mujeres entrevistadas que poseía estudios superiores (universitarios) correspondía al 8,5 % del total de la muestra grupal.

### 3) Proceso de muestreo:

Se extrajo de la población una muestra de (n = 210) mujeres mayores provenientes de las Corporaciones Municipales de las comunas de Huechuraba, Ñuñoa, La Florida, Maipú, Las Condes, San Joaquín, Puente Alto, Macul, Recoleta, Lo Barnechea, Peñalolén. Para la conformación de los grupos muestrales se utilizó el método por conveniencia, el cual consistió en determinar un número de individuos que cumplieran los criterios de inclusión de la muestra. Los grupos, fueron conformados de la siguiente manera: Grupo de Actividad Física (GF); Grupo Manual (GM); Grupo social (GS); Grupo Sedentario (GSO); Grupo Físico-Social (GFS); Grupo Físico-Manual (GFM).

#### Características de los grupos en comparación:

La siguiente tabla de resumen muestra los datos personales, mencionados en la anamnesis. Categorías de la investigación: GF; GM; GS; GSO; GFS; GFM.

<b>Categorías</b>	<b>GF</b>	<b>GM</b>	<b>GS</b>	<b>GSO</b>	<b>GFS</b>	<b>GFM</b>
Número de participantes.	35	35	35	35	35	35
Género.	F	F	F	F	F	F
Edad promedio	74	72	73	72	74	72
Mujeres que vivían acompañadas.	71.4 %	68.5 %	80 %	82.8 %	71.4 %	68.5 %
Mujeres que leían y escribían.	94.2 %	100 %	100 %	82.8 %	94.2 %	100 %
Grado académico de enseñanza básica completa.	82.8 %	54.2 %	68.5 %	81.2 %	82.8 %	74.2 %
Grado académico de enseñanza media completa.	54.2 %	22.8 %	40 %	75 %	54.2 %	54.2 %
Estudios superiores.	17 %	8.5 %	20 %	7.2 %	17 %	28.5 %

## **Criterios de inclusión y exclusión:**

### **Inclusión:**

1. Sexo femenino.
2. Mujeres mayores de 60 años.
3. Mujeres mayores institucionalizadas
4. Mujeres mayores sedentarias no institucionalizadas.
5. Consentimiento de autorización voluntaria.
6. Permanencia en la institución superior a un año, en el caso de mujeres institucionalizadas.
7. Porcentaje de asistencia no menor al 85%.
8. Mujeres mayores pertenecientes a la Región Metropolitana, Chile.

### **Exclusión:**

1. Sexo Masculino.
2. Mujeres menores de 60 años.
3. Consentimiento de autorización no firmado por la persona intervenida.
4. Presentar trastornos neuropsiquiátricos, que impidan aplicar los instrumentos de evaluación.
5. Permanencia en la institución menor a un año.
6. Porcentaje de asistencia menor 85% bajo.
7. Presentar discapacidad física, que impida aplicar los instrumentos de evaluación.
8. Malestares físicos en el día de la intervención.
9. Carencia o sobre ingesta de fármacos, los cuales generen contraindicaciones al momento de aplicar el instrumento de evaluación.
10. Mujeres mayores pertenecientes a otras Regiones cercanas a la Región Metropolitana, Chile.

#### 4) Organización del experimento:

##### Proceso de investigación descrito por etapas:

- 1. Etapa de Coordinación:** En primera instancia, se realizó una reunión del grupo de investigadores, mediante la que determinaron los objetivos, las variables y los instrumentos de evaluación de la investigación que se debía realizar; hecho lo anterior, se designaron las tareas respectivas a cada integrante de forma equitativa. Una vez, obtenida la información pertinente por cada integrante comenzó el desarrollo de la investigación, generando reuniones y avances individuales semanales.
- 2. Búsqueda de instrumentos:** Este proceso consistió en la búsqueda de test relacionados con el estado emocional de los individuos, para ello se indagó en investigaciones nacionales y extranjeras vinculadas con los estados emocionales de los adultos mayores, con el fin de encontrar aquellos test validados de depresión; autoestima y habilidades sociales, mayormente utilizados en estudios o investigaciones.
- 3. Búsqueda bibliográfica:** En primera instancia se buscaron las palabras claves y esenciales de la investigación las que fueron: “Adulto mayor y Actividad física”, una vez obtenida la descripción de cada una, se buscó la relación que existía entre ambas palabras, entregando una considerable información que describiera la repercusión de la actividad física en el adulto mayor.  
Luego de esto, se indagó en las variables de investigación (“Salud mental”, “Estilos de vida”, “Sedentarismo”, “Autoestima”, “Depresión”, “Relaciones sociales”), obteniendo información pertinente sobre cada una de ellas en artículos de nivel nacional e internacional, seleccionando aquellos que estuvieran afinidad con la investigación presente. Luego de haber obtenido la información de cada variable, se comenzó la relación de actividad física con cada una de estas.

- 4. Búsqueda de los grupos susceptible a ser medidos:** La búsqueda de los grupos de la investigación se hizo de manera individual (por cada investigador). La tarea consistió en buscar como mínimo, un grupo de adultos mayores participantes de una institución, en donde se ejecutarán: actividades físicas, sociales, manuales o simplemente adultos mayores sedentarios que no participarán de ninguna institución. Con posterioridad a esto, los individuos fueron categorizados por actividades ejecutadas, obteniendo un Grupo de Actividad Física (GA); un Grupo Manual (GM); Grupo social (GS); Grupo Sedentario (GSO); Grupo Físico-Social (GFS); Grupo Físico-Manual (GFM).
- 5. Etapa de intervención:** Una vez encontrado el grupo que se debía intervenir, el investigador visitaba el lugar con anticipación e informaba a los dirigentes sobre la investigación y protocolo a seguir durante la intervención, se comunicaba además que, la investigación poseía un carácter formal y privado, donde cada dato entregado sería confidencial y resguardado cuidadosamente. Para terminar, se destacaba que la intervención era de carácter voluntario.
- 6. Etapa de aplicación de test:** Los encuestadores se presentaban al grupo de adultos mayores de la comuna, posteriormente se les entregaba la información correspondiente de cada test junto al protocolo, y se informaba que la clase continuaba de manera paralela a la intervención.
- Cada encuestador se acercaba a un adulto mayor utilizando el método de entrevista personal, generando un contexto agradable y de confianza para con el participante de la investigación. El proceso de intervención se dividió en cuatro partes fundamentales: la anamnesis, test de depresión, test de autoestima, y test de habilidades sociales.
- En primer lugar, se tomó la anamnesis; la cual recopilaba información personal del individuo.
  - En segunda instancia, se aplicaron los test de depresión; autoestima y habilidades sociales, que estaban diseñados para la selección múltiple.
  - Una vez finalizada la entrevista, el sujeto volvía a integrarse al grupo desarrollando la actividad del momento.

- 7. Etapa de análisis de resultados:** Una vez recopilado los resultados de los sujetos se comenzó a dividir por categorías a cada uno de los entrevistados. Posteriormente, los resultados fueron transferidos a un Excel. Una vez ordenados se trabajó con el programa estadístico G-stat 2.0. Dentro del programa se utilizó el método de Kruskal-Wallis, que comparaba las medianas y operaba con rangos. Hecho lo anterior, se trabajó con los rangos medios o Comparaciones múltiples del “Método Dunn”, que permitió la demostración de los datos medios de la muestra, finalizando con diversas tablas o figuras que arrojaba el programa estadístico, que recopilaban la información de manera compacta y resumida.
- 8. Etapa de discusión de la investigación:** Para finalizar se realizó una discusión de resultados junto a las integrantes de la investigación, con el fin de comparar, contrastar y discutir los resultados obtenidos con autores y estudios realizados anteriormente.

## **5) Presentación de variables:**

### **Definición conceptual**

#### **1.- Variables independientes (Estilos de vida):**

El atlas mundial de la salud menciona como un referente al canadiense Marc Lalonde, el cual define estilos de vida como una de las determinantes fundamentales de la salud del ser humano junto a la herencia biológica, el sistema sanitario y el medio ambiente. Entregando así una relación de estilos de vidas con las influencias en el bienestar y calidad de vida de las personas, dejando claro que las decisiones que adopta el ser humano en su vida diaria están relacionadas con el entorno físico-social, los cuales influyen directamente hacia la salud de un individuo, con el fin de fomentar estilos de vida saludable. (Martín, 2018)

- **Actividad manual:** Son aquellas actividades realizadas con las manos con y sin ayuda de herramientas, se le denomina manualidad a aquellas labores en la cual se busca la realización personal, además permite la expresión de la creatividad, en la mayoría de las ocasiones se utiliza como una forma de desconectarse del trabajo o del aburrimiento, es una técnica milenaria proveniente del oficio, la cual implica cierta técnica para ser correctamente aplicada. (Halim, 2010).
- **Actividad social:** Corresponde a aquella actividad que practican grupos o instituciones que comparten un interés en común o cultural, tales como: Clubes de lectura, asociaciones, talleres de cocina, entre otros, los cuales implican la comunicación entre el sujeto y sus pares rigiéndose por diversos códigos y normas que estable el grupo o club con el fin de obtener un lugar armónico para el desarrollo de dichas actividades. (Merino, 2015)
- **Actividad física:** Se considera actividad física a cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. La aplicación de esta actividad en adultos, proporciona diversos beneficios para la salud de un sujeto, tales como: Equilibrio calórico, control del peso, disminución de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidentes cerebrovasculares, diabetes, cáncer de mama, cáncer de colon, entre otros”. (OMS, 2018).
- **Sedentarismo:** Desde el punto de vista antropológico, el término sedentarismo proviene del latín, el cual significa “sedere”, o la acción de tomar asiento). Considerando sedentarios a aquellos individuos que no satisfacen cierta cantidad de ejercicio físico durante la semana. Definiendo sedentarios a aquellas personas que no practican actividad física tres veces a la semana como mínimo (30 minutos por sesión) y con escasas de gasto calórico. (Romero, 2009).

## **2.- Variables dependientes (Salud mental):**

“Según la organización mundial de la salud (OMS), la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo está consciente de sus propias capacidades, es capaz de afrontar las tensiones normales de la vida, es capaz de trabajar de forma productiva y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.” (Adhanom, 2013).

### **Definición operacional:**

**1.- Variables independientes (Estilos de vida):** Desde el punto operacional para este estudio, “Estilo de vida”, comprende el tipo de actividad en el que el individuo se desenvuelve, siendo dichas actividades las que siguen: actividad manual; actividad social, actividad física y la ausencia de esta, que corresponde al sedentarismo.

- **Actividad manual:** Mujeres mayores de 60 años institucionalizadas que ejecutaban actividad manual tales como: Tejido, pintura, bordado, costura, trabajo en cerámica, entre otros; por lo menos dos veces a la semana con una duración de una hora por clase y permanencia mínima de un año en dicha institución.
- **Actividad social:** Mujeres mayores de 60 años institucionalizadas que realizaban actividades sociales como: Juntas vecinales; reuniones pastorales o de oración; centros de madres, etc. por lo menos dos veces a la semana, con una duración de una hora en dicho lugar, con una permanencia mínima de un año en la institución.
- **Actividad física:** Mujeres mayores de 60 años institucionalizadas que practicaban actividades físicas como: baile entretenido; motricidad, hidrogimnasia, musculación, entre otras, por lo menos dos veces a la semana, con una duración de una hora por clases y con permanencia mínima de un año en dicha institución.

- **Sedentarismo:** Mujeres mayores de 60 años, no institucionalizadas las que no practicaban ningún tipo de actividad física encontrándose la mayor parte del tiempo en sus hogares.

**2.- Variables dependientes (Salud mental):** Salud mental está relacionada netamente a las variables de control de la investigación, estas variables corresponden a depresión, autoestima y habilidades sociales, la presencia de una o más de estas variables en el individuo, dentro de los parámetros de la investigación, identifica a una persona que mantiene una salud mental potencialmente deteriorada o incompleta.

## **6) Presentación de los Instrumentos**

### **6.1 Test de Depresión GDS:**

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (o Geriatric Depression Scale, GDS) diseñada por Brink y Yesavage en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos, de menor valor en el paciente geriátrico.

La versión utilizada en esta investigación fue la original, que consta de 30 ítems los cuales se correlacionan con la puntuación total mostrando una validez mayor en comparación a la versión abreviada creada en 1986 por los mismos autores, correspondiente a 15 ítems los cuales eliminan los contenidos somáticos.

El cuestionario corresponde a respuestas dicotómicas si / no, diseñado en su versión original para ser auto administrado, si bien se admite también su aplicación hetero administrada, leyendo las preguntas al paciente y comentándole que la respuesta no debe ser muy meditada; en este caso el entrevistador no debería realizar interpretaciones sobre ninguno de los ítems, incluso si es preguntado respecto al significado de alguno de ellos. El sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria, con el fin de anular, en lo posible, tendencias a responder en un solo sentido. El marco temporal se debe referir al momento actual o durante la semana previa, con tendencia a utilizar más este último en la aplicación auto administrado.

Interpretación: Cada ítem se valora como 0 / 1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad. La puntuación total corresponde a la suma de los ítems, con un rango de 0-30, se puntúa de la siguiente forma, la respuesta que coincida con la alternativa en negrita equivale a 1 punto, al término se realiza una sumatoria del total.

- 0-10: Normal.
- 11-14: Depresión probable.
- >14: Depresión establecida.

## **6.2 Test de Autoestima Rosenberg:**

Creado por el psicólogo Morris Rosenberg en el año 1965 en donde publicó el libro “La sociedad y la autoestima del adolescente”, a través del cual presentó su escala de autoestima, siendo este uno de los test más destacados en los últimos tiempos. El autor Morris considera la autoestima como la evaluación propia de nuestras capacidades, pensamientos, percepciones, juicios e imágenes de nosotros mismos. Es decir, una autoevaluación subjetiva de nuestra persona. Por lo mismo la autoestima es uno de los indicadores más fiables de nuestro estado de ánimo, relacionándose de forma directa con la depresión. Todas aquellas personas con una baja autoestima multiplican sus probabilidades de padecer una depresión, ya que con frecuencia se envían mensajes de incapacidad o minusvalía, que van mermando la moral y el ánimo de la persona.

Este test de autoestima es una medida objetiva, pero no puede tomarse como una medida diagnóstico clínico. Esta designado para individuos mayores de 18 años de edad, si se posee menos de la edad correspondiente los resultados obtenidos no se considerarán válidos.

La Escala de Autoestima de Rosenberg consta de 10 preguntas, puntuables entre 1 y 4 puntos, lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. Los autores del cuestionario no han establecido puntos de corte, es decir, puntuaciones que permitan clasificar el tipo de autoestima según la puntuación obtenida, aunque se suele considerar como rango normal de puntuación el situado entre 25 y 35 puntos.

La interpretación de los ítems 1 al 5, las respuestas A y D se puntúan de 4 a 1. De los ítems 6 a 10 las respuestas A y D se puntúan 1 a 4.

- **De 30 a 40 puntos:** Autoestima elevada.
- **De 26 a 29 puntos:** Autoestima media.
- **Menos de 25 puntos:** Autoestima baja.

### **6.3 Test de Habilidades Sociales HHSS:**

Creado por el autor Goldstein en 1980, quien se refiere a las habilidades sociales como un conjunto de habilidades y capacidades (variadas y específicas) para el contacto interpersonal y la solución de problemas de índole interpersonal y/o socioemocional. Esta prueba fue traducida al español por Ambrosio Tomás en Perú en el año 1995.

El objetivo de este test es proporcionar información precisa y específica acerca del nivel de relaciones interpersonales que posee cada individuo con el objetivo de determinar las deficiencias y competencias que tiene una persona con respecto a sus habilidades sociales en un entorno determinado, también, tiene como objetivo identificar el uso de la variedad de habilidades sociales, personales e interpersonales y evaluar en qué tipo de situaciones las personas son competentes o deficientes.

El test de HHSS corresponde a una tabla con diferentes aspectos de las Habilidades Sociales Básicas. A través de ella se logra determinar el grado de desarrollo de la competencia social, necesarias para desenvolverse eficazmente. El test HHSS consta de 50 ítems, que se clasifican en las siguientes categorías:

El grupo I pertenece a las primeras habilidades sociales de los ítems 1 al 8, que corresponden a: Escuchar, iniciar una conversación, mantener una conversación, formular una pregunta, dar las gracias, presentarse, presentar a otras personas y hacer un cumplido.

El grupo II pertenece a las habilidades sociales avanzadas de los ítems 9 al 14, que corresponden a: Pedir ayuda, participar, dar instrucciones, seguir instrucciones, disculparse y convencer a los demás.

El grupo III pertenece a las habilidades relacionadas con los sentimientos de los ítems 15 al 21, que corresponden a: Conocer los propios sentimientos, expresar los sentimientos, comprender los sentimientos de los demás, enfrentarse con el enfado de otro, expresar afecto, resolver el miedo y auto recompensarse.

El grupo IV pertenece a las habilidades alternativas a la agresión de los ítems 22 al 30, que corresponden a: Pedir permiso, compartir algo, ayudar a los demás, negociar, empezar el autocontrol, defender los propios derechos, responder a las bromas, evitar los problemas con los demás y no entrar en peleas.

El grupo V pertenece a las habilidades para hacer frente al estrés de los ítems 31 al 42, que corresponden a: Formular una queja, responder a una queja, demostrar deportividad después de un juego, resolver la vergüenza, arreglárselas cuando le dejan de lado, defender a un amigo, responder a la persuasión, responder al fracaso, enfrentarse a los mensajes contradictorios, responder a una acusación, prepararse para una conversación difícil y hacer frente a las presiones del grupo.

El grupo VI pertenece a las habilidades de planificación, correspondientes a los ítems 43 al 50, que son: Tomar iniciativas, discernir sobre la causa de un problema, establecer un objetivo, determinar las propias habilidades, recoger información, resolver los problemas según su importancia, tomar una decisión y concentrarse en una tarea.

El procedimiento de resultados es simple y directo, la estimación se realiza mediante el grado de competencias o deficiencias de habilidades sociales pertenecientes a un individuo, comprendidas en la lista de chequeo otorgando el valor cuantitativo. Los resultados se puntúan de la siguiente manera:

- **Marca 1:** Nunca utiliza bien la habilidad.
- **Marca 2:** Utiliza muy pocas veces la habilidad.
- **Marca 3:** Utiliza en ocasiones la habilidad.
- **Marca 4:** Utiliza a menudo la habilidad.
- **Marca 5:** Utiliza siempre la habilidad.

La sumatoria de cada ítem entrega el resultado final, donde el último puntaje varía en función al número de ítems que responde el sujeto, siendo así el resultado mínimo de 50 puntos y el resultado máximo de 250 puntos. Las siguientes categorías determinan el nivel de habilidades sociales que se encuentra el sujeto.

**Categorías:**

- **De 50 a 117 puntos:** Habilidades sociales bajas.
- **De 118 a 187 puntos:** Habilidades sociales medias.
- **De 188 a 250 puntos:** Habilidades sociales altas.

**7) Proceso de datos y estadística.**

En primera instancia se recabaron los datos de las personas entrevistadas de esta investigación (n 210). Para comenzar, se traspasaron los datos recopilados al programa Excel de formas individuales pero separadas por categorías (GA; GM; GS; GSO; GFS; GFM.). Posterior a esto, se trabajaron los datos en el programa estadístico G-Stat 2.0, traspasando de forma sistemática la información. Dentro del programa ya mencionado se utilizó el método de Kruskal-Wallis, el cual comparaba las medianas y operaba con rangos, sin utilizar los valores originales de la variable respuesta (la prueba de Kruskal-Wallis es el análogo no paramétrico del Anova de un factor, con lo que compara varias medianas en lugar de varias medias. Como muchas técnicas no paramétricas opera con rangos en lugar de con los valores originales de la variable respuesta. La hipótesis nula de igualdad de medianas se rechaza en el caso en el que  $p\text{-valor} < 0.05$ , en caso contrario no hay evidencia suficiente para poder rechazarla. La variable respuesta no puede ser constante. La variable explicativa debe tener dos o más grupos). En el caso de la hipótesis nula de igualdad de medianas  $p\text{-valor} < 0.05$  se rechazaba.

La prueba de Kruskal-Wallis proporciona información en cuanto a la posible igualdad de medianas entre grupos y permite rechazar esta hipótesis si  $p\text{-valor} < 0.05$ . En el caso de que se rechace la hipótesis nula de igualdad de medianas se puede determinar mediante comparaciones múltiples a posteriori, de qué grupo o grupos provienen esas diferencias. En esta tabla se presenta la prueba a posteriori de Dunn para determinar de qué grupo o grupos provienen las diferencias detectadas en la prueba de Kruskal-Wallis. Este programa se basa en los resultados de las comparaciones dos a dos obtenidas. Mediante un asterisco se señalan los grupos que son diferentes y mediante un aspa se agrupan los grupos homogéneos o semejantes. En opciones se señala la confianza (%) de los intervalos de las diferencias de rangos medios entre grupos.

Representación gráfica de las distribuciones de diferentes submuestras de una variable cuantitativa. La variable cualitativa / discreta es la que forma las submuestras, variable explicativa, y la variable cuantitativa, de la que se analizan los datos, la variable respuesta. Para cada nivel de la variable que forma las muestras se presenta un diagrama de cajas.

El diagrama de cajas consistió en un gráfico el cual mostraba la distribución de una variable cuantitativa, representando una serie de medidas de centralización. Su estructura estaba formada por una caja, figura rectangular, y dos segmentos horizontales situados a ambos lados de ésta. Los bordes de la caja representaban los cuartiles 1º y 3º, respectivamente, y la mediana corresponde a la línea central. Cuando la línea de la mediana se superponía con alguna línea de los cuartiles, no era posible distinguirla.

La media apareció señalada con un punto rojo y solía encontrarse próxima a la mediana. La distancia entre ambos valores, aportaban información en cuanto a la simetría o asimetría de la variable. Cuando la variable era simétrica, media y mediana coinciden. La distancia entre estas dos medidas indica, asimismo, la posibilidad de valores extremos ya que la media es considerablemente sensible a ellos y la mediana no.

Los extremos de los segmentos estaban situados a 1.5 veces la distancia intercuartílica (diferencia entre el tercer y primer cuartil). Puntos más allá de los extremos de los segmentos estaban señalados en rojo, pudiendo ser considerados como "outliers" o valores extremos.

De igual manera, se trabajó con los datos brutos y se realizaron gráficos de frecuencia, estos permitieron diferenciar el porcentaje total que poseían los integrantes de cada categoría, con el propósito de contrastar o comparar los niveles en los cuales se encontraban los sujetos de cada grupo (nivel normal, intermedio y bajo), con sus respectivos test de depresión, autoestima y habilidades sociales.

Finalizando este proceso se conformó una tabla de resumen, la cual representaba los resultados de las tres áreas trabajadas más las categorías o grupos conformados. Cabe destacar que en esta tabla se muestra el porcentaje de personas que obtuvieron rangos de normalidad en los test de depresión de Yesavage, en el Test de Autoestima de Rosenberg y en el Test de Habilidades Sociales de Goldstein, destacando que cada test tiene tres posibles resultados deficiencia, intermedio y normal. En cuanto a la forma de categorizar cada resultado, este se trabajó con porcentajes y señalizados con un asterisco, lo que representa el estado de normalidad categorizado en 5 rangos, en donde si el porcentaje es 0 – 20% un asterisco, 21-40% dos asteriscos, 41-60% tres asteriscos, 61-80% cuatro asteriscos, 81-100% cinco asteriscos, este último indica que la persona se encuentra en condiciones óptimas.

## **PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

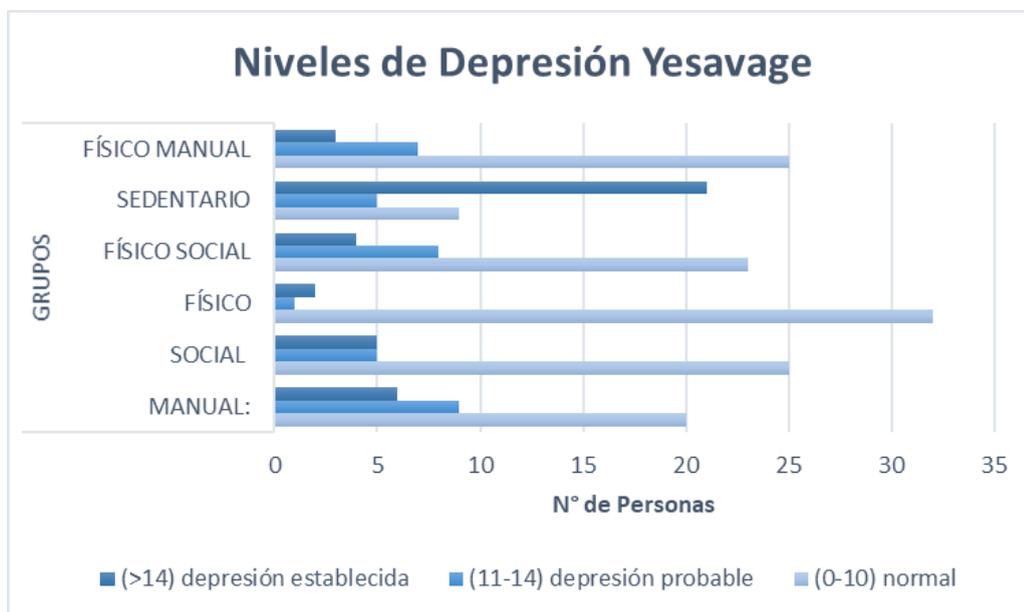
En el presente capítulo se darán a conocer los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas, a 210 mujeres mayores de 60 años, que fueron categorizadas en 6 grupos de 35 personas cada uno, según las características del grupo se subdividió en Físico-Manual (6), Sedentario (5), Físico-Social (4), Físico (3), Social (2) y Manual (1).

Dentro del grupo muestral se constató que un 83,4 % eran pertenecientes o participantes de alguna institución municipal, tales como talleres deportivos, talleres de manualidades y talleres de actividades sociales, mientras que el 16,6% no pertenecía o participaba de alguna institución.

Cada persona encuestada fue sometida a tres Test, en los cuales se pueden evidenciar las variables trabajadas, que son: la depresión (TEST DE YESAVAGE), autoestima (TEST DE ROSEMBERG) y habilidades sociales (TEST DE GOLDSTEIN). Considerando que el objetivo de esta investigación es determinar los efectos de los diferentes estilos de vida en la salud mental de los adultos mayores.

## Análisis de los resultados del Test de Depresión

**Fig.1 Gráfico de frecuencia de los resultados obtenidos en el Test de Yesavage de los seis grupos de comparación en sus diferentes niveles de depresión.**



El gráfico de frecuencia (Fig.1) muestra los resultados obtenidos en el Test de Yesavage, el cual posee tres posibles estados: normalidad (0-10), depresión probable (11-14) y depresión establecida (>14).

El grupo Físico-Manual tiene veinticinco personas en estado de normalidad, siete con depresión probable y tres con depresión establecida, dados los resultados se infiere que el 71,42 % presenta un estado de normalidad, un 20% con depresión probable y 8,57 % con estado de depresión establecida, esto quiere decir que, la mayoría de las personas pertenecientes al grupo se encuentran en estado de normalidad.

El grupo Sedentario tiene nueve personas en estado de normalidad, cinco con depresión probable y veintiuno con depresión establecida, dados los resultados se infiere que el 25,71 % presenta un estado de normalidad, un 14,28% con depresión probable y el 60 % con depresión establecida, esto quiere decir que la mayoría de las personas pertenecientes al grupo se encuentran en estado de depresión establecida.

El grupo Físico-Social tiene veintitrés personas en estado de normalidad, ocho con depresión probable y cuatro con depresión establecida, dados los resultados se infiere que el 65,71% presenta un estado de normalidad, un 22,85 % con depresión probable y el 11,42 % con depresión establecida, esto quiere decir que la mayoría de las personas pertenecientes al grupo se encuentran en estado de normalidad.

El grupo Físico tiene treinta y dos personas en estado de normalidad, uno con depresión probable y dos con depresión establecida, dados los resultados se infiere que el 91,42 % presenta un estado de normalidad, un 2,85 % con depresión probable y el 5,71 % con depresión establecida, esto quiere decir que la mayoría de las personas pertenecientes al grupo se encuentran en estado de normalidad.

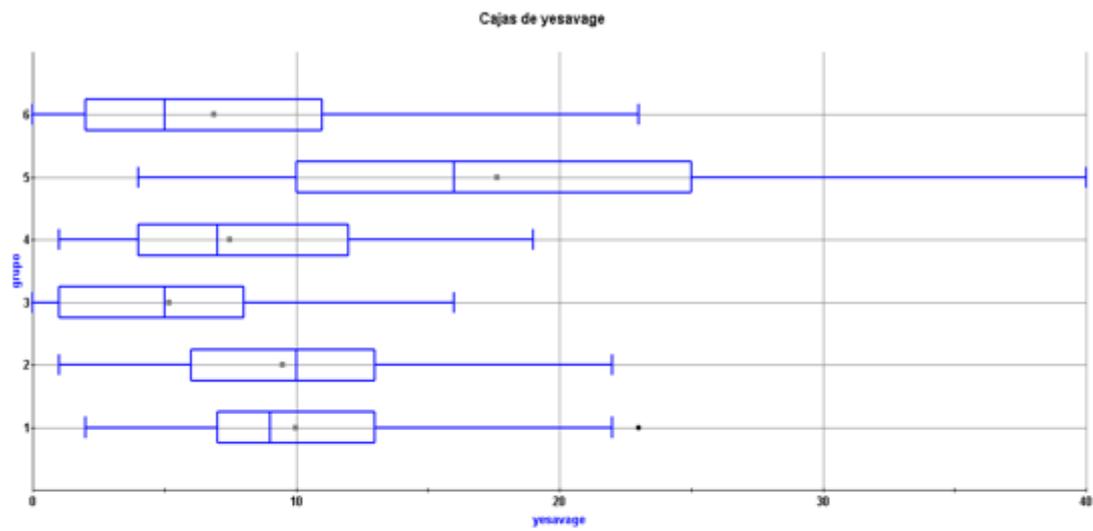
El grupo Social tiene veinticinco personas en estado de normalidad, cinco con depresión probable y cinco con depresión establecida, dados los resultados se infiere que el 71,42 % presenta un estado de normalidad, un 14,28 % con depresión probable y el 14,28 % con depresión establecida, esto quiere decir que la mayoría de las personas pertenecientes al grupo se encuentran en estado de normalidad.

El grupo Manual tiene veinte personas en estado de normalidad, nueve con depresión probable y seis con depresión establecida, dados los resultados se infiere que el 57,14 % se encuentran en estado de normalidad, un 25,71 % con depresión probable y el 17,14 % con depresión establecida, esto quiere decir que la mayoría de las personas pertenecientes al grupo se encuentran en estado de normalidad.

La depresión es una enfermedad mental grave que altera el equilibrio emocional de una persona que presenta una baja calidad de vida. La vejez trae una mayor vulnerabilidad en la experiencia de vida de una persona. Los ancianos son más sensibles y más atentos a los detalles de su vida y el medio ambiente que los rodea. (Runcan et al., 2010)

En las personas de edad avanzada, la depresión afecta principalmente a las personas con enfermedades médicas crónicas y deterioro cognitivo, provoca sufrimiento, la desintegración familiar y la discapacidad, empeora los resultados de muchas enfermedades médicas, y aumenta la mortalidad. (Alexopoulos, 2005)

**Fig.2 Representación gráfica en cajas de las distribuciones de los diferentes grupos de comparación del test de depresión representando una serie de medidas de centralización.**



Grupo 1 (Manual)	Grupo 2 (Social)	Grupo 3 (Físico)
Grupo 4 (Físico-Social)	Grupo 5 (Sedentario)	Grupo 6 (Físico-Manual)

En los resultados obtenidos las medianas fueron:

Manual (1): 9,1

Físico (3): 5,3

Sedentario (5): 16,5

El valor de Kruskal- Wallis es p-valor: 0.0002E-6.

Social (2): 10,2

Físico-Social (4): 7,4

Físico-Manual (6): 5,6

La figura 2, el diagrama de cajas es un gráfico que muestra la distribución de una variable de depresión, representando una serie de medidas de centralización. Los bordes de la caja representan los cuartiles 1º y 3º, respectivamente, y la mediana corresponde a la línea central.

Cuando la línea de la mediana se superpone con alguna línea de los cuartiles, no es posible distinguirla. La media aparece señalada con un punto rojo y suele encontrarse próxima a la mediana. La distancia entre ambos valores, aporta información en cuanto a la simetría o asimetría de la variable. Cuando la variable es simétrica, media y mediana coinciden. La distancia entre estas dos medidas indica, asimismo, la posibilidad de valores extremos ya que la media es considerablemente sensible a ellos y la mediana no. Los extremos de los segmentos están situados a 1.5 veces la distancia intercuartílica (diferencia entre el tercer y primer cuartil). Puntos más allá de los extremos de los segmentos están señalados en rojo, pudiendo ser considerados como "outliers" o valores extremos.

En el grupo de manualidades (1) la mediana fue de 9,1.25, el valor mínimo obtenido fue de 2,1 y el máximo fue de 22,1 puntos, dentro de los parámetros obtenidos entre el mínimo y el máximo se escapa una cifra de 23,1 puntos. En cuanto al grupo que realiza actividades sociales (2) la mediana obtenida fue de 10,2.25, el valor mínimo fue 1,2 y el máximo alcanzado fue de 22,2 puntos. El grupo que realiza actividad física (3) la mediana fue de 5,3.25, el valor mínimo obtenido fue de 0,3 y el máximo logrado fue de 16,3 puntos.

Referente al grupo que efectúa actividades del tipo físicas y sociales (4) la mediana obtenida fue de 7,4.25, el valor mínimo fue de 1,4 y el máximo alcanzado fue de 19,4 puntos. Con respecto al grupo que es sedentario (5) la mediana obtenida fue de 16,5.25, el valor mínimo fue de 4,5 y el máximo logrado fue de 40,5 puntos. Y finalmente en el grupo que se realizan actividades físicas y manuales (6) la mediana fue de 5,6.25, el valor mínimo fue de 0,6 y el máximo alcanzado fue de 23,6 puntos.

**Fig. 3 Tabla de comparaciones múltiples entre los grupos de cotejo con las diferencias estadísticamente significativas extraídas del test de depresión.**

<b>Comparaciones Múltiples del Test de Depresión</b>						
<b>GRUPOS</b>	Manual	Social	Físico	Físico Social	Sedentario	Físico Manual
Manual	-					
Social	5.1	-				
Físico	* 51.8143	* 46.7143	-			
Físico Social	26.6143	21.5143	-25.2	-		
Sedentario	* -44.2571	* -49.3571	* -96.0714	* -70.8714	-	
Físico Manual	35.5571	30.4571	-16.2571	8.9429	* 79.8143	-

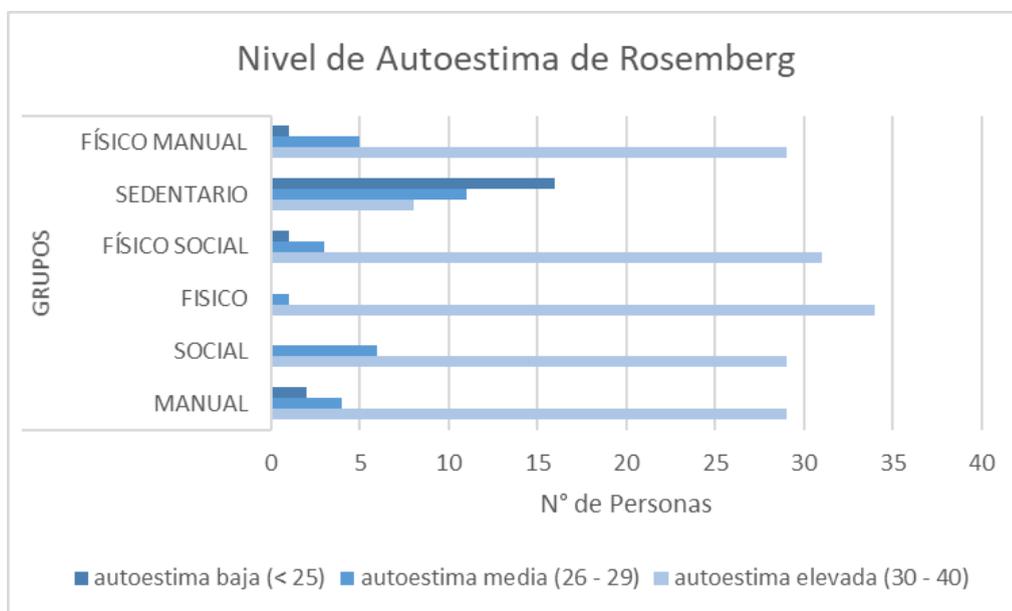
**\* Diferencia estadísticamente significativa.**

Fig. 3 En esta tabla se presenta la prueba a posteriori de Dunn para determinar de qué grupo o grupos provienen las diferencias detectadas en la prueba de Kruskal-Wallis. Este programa se basa en los resultados de las comparaciones dos a dos obtenidas. Mediante un asterisco se señalan los grupos que son diferentes.

Se logra apreciar que los grupos que presentan diferencias significativas en el Test de Depresión entre si son: Físico contra Manual con un valor de 51.8143, el Sedentario contra Manual con un valor de -44.2571, el Físico contra Social con un valor de 46.7143, el Sedentario contra Manual con un valor de -44.2571, el Sedentario contra Social con un valor de 49.3571, el Sedentario contra Físico con un valor de -96.0714, el Sedentario contra Físico Social con un valor de -70.8714, el Físico Manual contra Sedentario con un valor de 79.8143.

### Análisis de los resultados del Test de Autoestima

**Fig.4 Gráfico de frecuencia de los resultados obtenidos en el Test de Rosemberg de los seis grupos de comparación en sus diferentes niveles de autoestima.**



El gráfico de frecuencia (Fig.4) muestra los resultados obtenidos en el Test de Rosemberg, el cual posee tres posibles estados: autoestima baja (<25), Autoestima Media (26-29) y Autoestima alta (30-40).

El grupo Físico-Manual tiene veintinueve personas con autoestima elevada, cinco con autoestima media y una con autoestima baja, dados los resultados se infiere que el 82,85 % se encuentra con la autoestima elevada, un 14,28 % con autoestima media y 2,85 % con autoestima baja, esto quiere decir que la mayoría de las personas pertenecientes al grupo se encuentran con la autoestima elevada.

El grupo Sedentario tiene ocho personas con autoestima elevada, once con autoestima media y dieciséis con autoestima baja, dados los resultados se infiere que el 22,85 % se encuentra con la autoestima elevada, un 31,42 % con autoestima media y 45,71 % con autoestima baja, esto quiere decir que la mayoría de las personas pertenecientes al grupo se encuentran con la autoestima baja.

El grupo Físico-Social tiene treinta y una personas con autoestima elevada, tres con autoestima media y una con autoestima baja, dados los resultados se infiere que el 88,57 % se encuentra con la autoestima elevada, un 8,57 % con autoestima media y 2,85 % con autoestima baja, esto quiere decir que la mayoría de las personas pertenecientes al grupo se encuentran con la autoestima elevada.

El grupo Físico tiene treinta y cuatro personas con autoestima elevada, una con autoestima media y ninguna se detecta con autoestima baja, dados los resultados se infiere que el 97,14 % se encuentra con la autoestima elevada, un 2,85 % con autoestima media y 0 % con autoestima baja, esto quiere decir que la mayoría de las personas pertenecientes al grupo se encuentran con la autoestima elevada.

El grupo Social tiene veintinueve personas con autoestima elevada, seis con autoestima media y ninguna se detecta con autoestima baja, dados los resultados se infiere que el 82,85 % se encuentra con la autoestima elevada, un 17,14% con autoestima media y 0 % con autoestima baja, esto quiere decir que la mayoría de las personas pertenecientes al grupo se encuentran con la autoestima elevada.

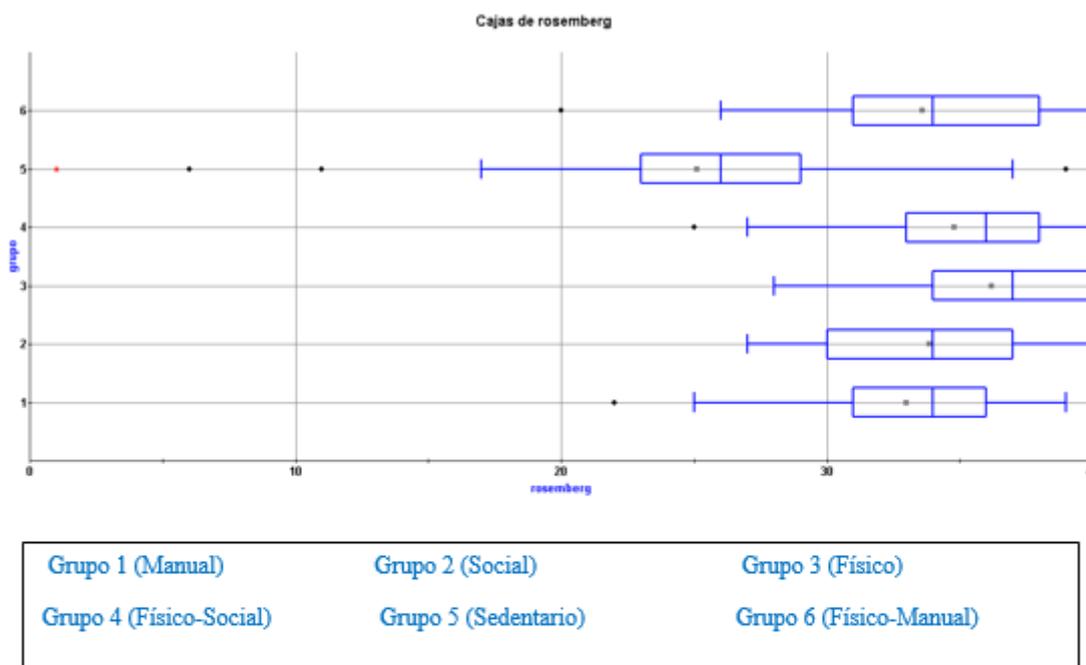
El grupo Manual tiene veintinueve personas con autoestima elevada, cuatro con autoestima elevada y dos con autoestima baja, dados los resultados se infiere que dados los resultados se infiere que el 82,85 % se encuentra con la autoestima elevada, un 11,42 % con autoestima media y 5,71 % con autoestima baja, esto quiere decir que la mayoría de las personas pertenecientes al grupo se encuentran con la autoestima elevada.

Por otro lado, cabe mencionar la importancia de la autoestima, puesto es un factor clave en el desarrollo de un buen ajuste emocional, cognitivo y práctico, afectando de un modo importante todas las aéreas de la vida. En algunas investigaciones se propone que está va disminuyendo durante la vejez. (Orth, 2017)

Para la tercera edad, la autoestima es clave, debido a que el anciano debe valorar sus habilidades y características, las que han sufrido cambios objetivos en comparación con años atrás. La dificultad radica principalmente en el contexto en el cual se realiza esta evaluación, ya que el anciano se encuentra en una situación física, social y culturalmente menoscabada, motivo por el cual se sienten rechazados y perciben que la sociedad los valora negativamente, debido al mayor aprecio de los valores asociados a la belleza juvenil por parte de la sociedad y del menor aprecio a la experiencia y sabiduría, como valores propios de la ancianidad. (Trujillo, 2005)

La autoestima es uno de los elementos psicológicos más importantes en la valoración del adulto mayor, sobre la cual se requiere especial atención y fortalecimiento en el trabajo diario con el anciano.

**Fig. 5 Representación gráfica en cajas de las distribuciones de los diferentes grupos de comparación del test de autoestima representando una serie de medidas de centralización.**



En los resultados obtenidos las medianas fueron:

Manual (1): 34,1

Físico (3): 37,3

Sedentario (5): 26,5

El valor de Kruskal- Wallis es p-valor: 0.0006E-8.

Social (2): 34,2

Físico-Social (4): 36,4

Físico-Manual (6): 34,6

Fig. 5 el diagrama de cajas es un gráfico que muestra la distribución de una variable de Autoestima, representando una serie de medidas de centralización. Los bordes de la caja representan los cuartiles 1° y 3°, respectivamente, y la mediana corresponde a la línea central. Cuando la línea de la mediana se superpone con alguna línea de los cuartiles, no es posible distinguirla. La media aparece señalada con un punto rojo y suele encontrarse próxima a la mediana. La distancia entre ambos valores, aporta información en cuanto a la simetría o asimetría de la variable.

Cuando la variable es simétrica, media y mediana coinciden. La distancia entre estas dos medidas indica, asimismo, la posibilidad de valores extremos ya que la media es considerablemente sensible a ellos y la mediana no. Los extremos de los segmentos están situados a 1.5 veces la distancia intercuartílica (diferencia entre el tercer y primer cuartil). Puntos más allá de los extremos de los segmentos están señalados en rojo, pudiendo ser considerados como "outliers" o valores extremos.

En el grupo de manualidades (1) la mediana fue de 34,1.25, el valor mínimo obtenido fue de 25,1 y el máximo fue de 39,1 puntos, dentro de los parámetros obtenidos entre el mínimo y el máximo se escapa una cifra de 22,1 puntos. En cuanto al grupo que realiza actividades sociales (2) la mediana obtenida fue de 34,2.25 el valor mínimo fue 27,1 y el máximo alcanzado fue de 40,2 puntos. El grupo que realiza actividad física (3) la mediana fue de 37,3.25, el valor mínimo obtenido fue de 28,3 y el máximo logrado fue de 40,3 puntos.

Referente al grupo que efectúa actividades del tipo físicas y sociales (4) la mediana obtenida fue de 36,4.25, el valor mínimo fue de 27,4 y el máximo alcanzado fue de 40,4 puntos. Con respecto al grupo que es sedentario (5) la mediana obtenida fue de 26,5.25, el valor mínimo fue de 17,5 y el máximo fue de 37,5 puntos, dentro de los parámetros obtenidos entre el mínimo y el máximo se escapan las siguientes cifras 39,5 – 11,5 – 6,5 puntos y un valor extremo que se escapa con un puntaje de 1,5. Finalmente en el grupo que se realizan actividades físicas y manuales (6) la mediana fue de 34,6.25, el valor mínimo fue de 26,6 y el máximo fue de 40,6 puntos, dentro de los parámetros obtenidos entre el mínimo y el máximo se escapa una cifra de 20,6 puntos.

**Fig. 6** Tabla de comparaciones múltiples entre los grupos de cotejo con las diferencias estadísticamente significativas extraídas del test de autoestima.

<b>Comparaciones Múltiples del Test de Autoestima</b>						
<b>GRUPOS</b>	Manual	Social	Físico	Físico Social	Sedentario	Físico Manual
Manual	-					
Social	-9.2143	-				
Físico	-42.4	-33.1857	-			
Físico Social	-23.8143	-14.6	18.5857	-		
Sedentario	* 63.2143	* 72.4286	* 105.6143	* 87.0286	-	
Físico Manual	-9.2143	0	33.1857	14.6	* -72.4286	-

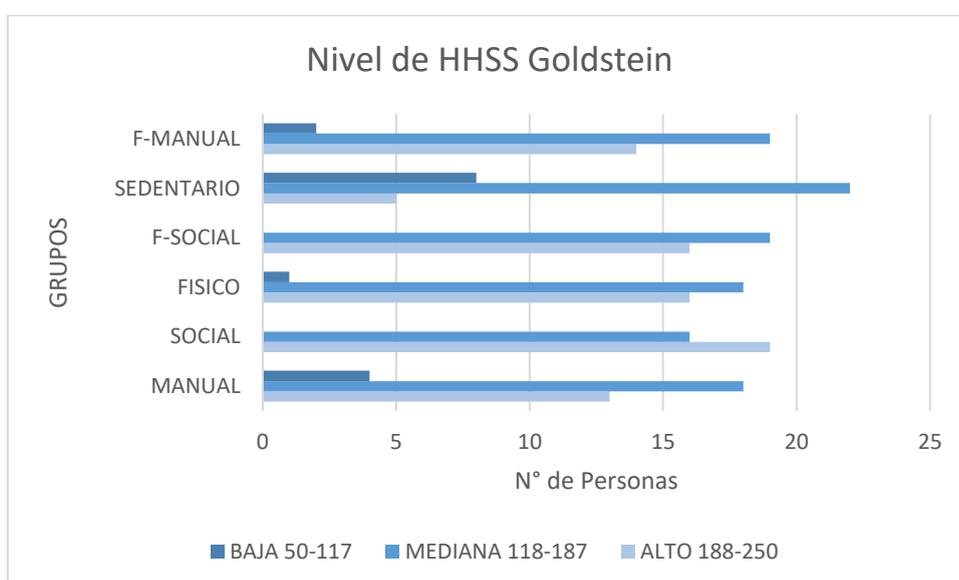
**\* Diferencia estadísticamente significativa.**

Fig. 6 En esta tabla se presenta la prueba a posteriori de Dunn para determinar de qué grupo o grupos provienen las diferencias detectadas en la prueba de Kruskal-Wallis. Este programa se basa en los resultados de las comparaciones dos a dos obtenidas. Mediante un asterisco se señalan los grupos que son diferentes.

Se logra apreciar que los grupos que poseen una diferencia estadísticamente significativa en el Test de Autoestima son: Sedentario contra Manual con un valor de 63.2143, el Sedentario contra Social con un valor de 72.4286, el Sedentario contra Físico con un valor de 105.6143, el Sedentario contra Físico Social con un valor de 87.0286, el Físico Manual contra Sedentario con un valor de -72.4286.

### **Análisis de los resultados del Test de Habilidades Sociales**

**Fig.7 Gráfico de frecuencia de los resultados obtenidos en el Test de Goldstein de los seis grupos de comparación en sus diferentes niveles de desarrollo en sus Habilidades Sociales.**



El gráfico de frecuencia (Fig.7) muestra los resultados obtenidos en el Test de HHSS Goldstein, el cual posee tres posibles estados: Baja (50-117), Media (118-187) y Alta (188-250).

El grupo Físico-Manual tiene catorce personas con un nivel alto en habilidades sociales, diecinueve tienen un nivel medio, dos con niveles bajos, dados los resultados se infiere que el 40 % se encuentra con un nivel alto de habilidades sociales, un 54,28 % con nivel medio y 5,71 % con bajo nivel, esto quiere decir que la mayoría de las personas que pertenecen al grupo se encuentran con un nivel medio de habilidades sociales.

El grupo Sedentario tiene cinco personas con un nivel alto en habilidades sociales, veintidós tienen un nivel medio, ocho con niveles bajos, dados los resultados se infiere que el 14,28 % se encuentra con un nivel alto de habilidades sociales, un 62,85 % con nivel medio y 22,85 % con bajo nivel, esto quiere decir que la mayoría de las personas que pertenecen al grupo se encuentran con un nivel medio de habilidades sociales.

El grupo Físico-Social tiene dieciséis personas con un nivel alto de habilidades sociales, diecinueve tienen un nivel medio y ninguna persona se detecta con niveles bajos, dados los resultados se infiere que el 45,71 % se encuentra con un nivel alto de habilidades sociales, un 54,28 % con nivel medio y 0 % con bajo nivel, esto quiere decir que la mayoría de las personas que pertenecen al grupo se encuentran con un nivel medio de habilidades sociales.

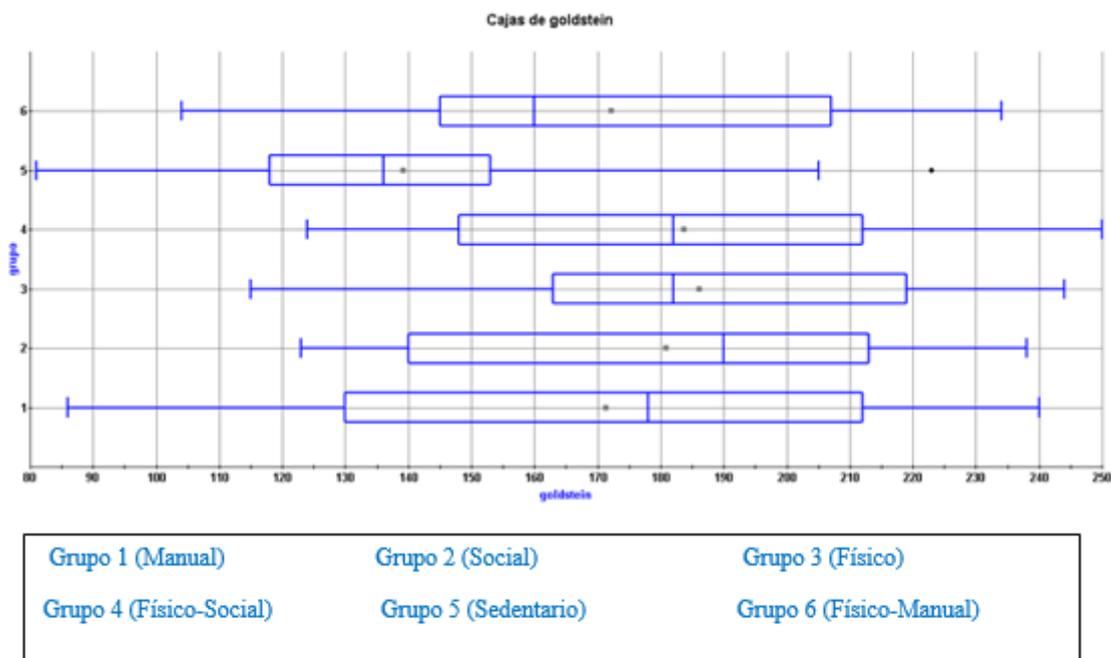
El grupo Físico tiene dieciséis personas con nivel alto de habilidades sociales, dieciocho tienen un nivel medio, y una tiene niveles bajos, dados los resultados se infiere que el 45,71 % se encuentra con un nivel alto de habilidades sociales, un 51,42 % con nivel medio y 2,85 % con bajo nivel, esto quiere decir que la mayoría de las personas que pertenecen al grupo se encuentran con un nivel medio de habilidades sociales.

El grupo Social tiene diecinueve personas con nivel alto de habilidades sociales dieciséis tienen un nivel medio, y ninguna persona se detecta con niveles bajos, dados los resultados se infiere que el 54,28 % se encuentra con un nivel alto de habilidades sociales, un 45,71 % con nivel medio y 0 % con bajo nivel, esto quiere decir que la mayoría de las personas que pertenecen al grupo se encuentran con un nivel alto de habilidades sociales.

El grupo Manual tiene trece personas con nivel alto de habilidades sociales, dieciocho tienen un nivel medio y cuatro con niveles bajos, dados los resultados se infiere que el 37,14 % se encuentra con un nivel alto de habilidades sociales, un 51,42 % con nivel medio y 11,42 % con bajo nivel, esto quiere decir que la mayoría de las personas que pertenecen al grupo se encuentran con un nivel medio de habilidades sociales.

Cabe destacar la relevancia de las habilidades sociales, puesto que el termino relación social puede referirse a una multitud de interacciones sociales entre dos o más individuos, teniendo cada uno una posición social y desempeñando un papel social. Las buenas relaciones sociales son un elemento de integración social en cualquier etapa de la vida y que determinan el bienestar de hombres y mujeres. Los individuos son considerados socialmente competentes cuando son capaces de reconocer un compromiso aceptable entre la adaptación social y sus propias necesidades. (Díaz-López et al., 2017).

**Fig.8 Representación gráfica en cajas de las distribuciones de los diferentes grupos de comparación del test de habilidades sociales representando una serie de medidas de centralización.**



En los resultados obtenidos las medianas fueron:

Manual (1): 178,1

Social (2): 190,2

Físico (3): 182,3

Físico-Social (4): 182,4

Sedentario (5): 136,5

Físico-Manual (6): 160,6.

El valor de Kruskal- Wallis es p-valor: 0.0001E-1.

Fig. 8 el diagrama de cajas es un gráfico que muestra la distribución de una variable de Autoestima, representando una serie de medidas de centralización.

Los bordes de la caja representan los cuartiles 1º y 3º, respectivamente, y la mediana corresponde a la línea central. Cuando la línea de la mediana se superpone con alguna línea de los cuartiles, no es posible distinguirla. La media aparece señalada con un punto rojo y suele encontrarse próxima a la mediana. La distancia entre ambos valores, aporta información en cuanto a la simetría o asimetría de la variable. Cuando la variable es simétrica, media y mediana coinciden. La distancia entre estas dos medidas indica, asimismo, la posibilidad de valores extremos ya que la media es considerablemente sensible a ellos y la mediana no. Los extremos de los segmentos están situados a 1.5 veces la distancia intercuartílica (diferencia entre el tercer y primer cuartil). Puntos más allá de los extremos de los segmentos están señalados en rojo, pudiendo ser considerados como "outliers" o valores extremos.

En el grupo de manualidades (1) la mediana fue de 178,1.25, el valor mínimo obtenido fue de 86,1 y el máximo logrado fue de 240,1 puntos. En cuanto al grupo que realiza actividades sociales (2) la mediana obtenida fue de 190,2.25, el valor mínimo fue 123,2 y el máximo alcanzado fue de 238,2 puntos. El grupo que realiza actividad física (3) la mediana fue de 182,3.25, el valor mínimo obtenido fue de 115,3 y el máximo logrado fue de 244,3 puntos.

Referente al grupo que efectúa actividades del tipo físicas y sociales (4) la mediana obtenida fue de 182,4.25, el valor mínimo fue de 124,4 y el máximo alcanzado fue de 250,4 puntos. Con respecto al grupo que es sedentario (5) la mediana obtenida fue de 136,5.25, el valor mínimo fue de 81,5 y el máximo fue de 205,5 puntos, dentro de los parámetros obtenidos entre el mínimo y el máximo se escapa una cifra de 223,5. Finalmente en el grupo que se realizan actividades físicas y manuales (6) la mediana fue de 160,6.25, el valor mínimo fue de 104,6 y el máximo alcanzado fue de 4234,6 puntos.

**Fig. 9** Tabla de comparaciones múltiples entre los grupos de cotejo con las diferencias estadísticamente significativas extraídas del test de habilidades sociales.

<b>Comparaciones Múltiples del Test de Habilidades Sociales</b>						
<b>GRUPOS</b>	Manual	Social	Físico	Físico Social	Sedentario	Físico Manual
Manual	-					
Social	-13.8429	-				
Físico	-21.8857	-8.0429	-			
Físico Social	-18	-4.1571	3.8857	-		
Sedentario	* 46.9571	* 60.8	* 68.8429	* 64.9571	-	
Físico Manual	-1.8857	11.9571	20	16.1143	* -48.8429	-

\* **Diferencia estadísticamente significativa.**

Fig. 9 En esta tabla se presenta la prueba a posteriori de Dunn para determinar de qué grupo o grupos provienen las diferencias detectadas en la prueba de Kruskal-Wallis. Este programa se basa en los resultados de las comparaciones dos a dos obtenidas. Mediante un asterisco se señalan los grupos que son diferentes.

Se logra apreciar que los grupos que poseen una diferencia estadísticamente significativa en el Test de Habilidades Sociales son: Sedentario contra Manual con un valor de 46.9571, el Sedentario contra Social con un valor de 60.8, el Sedentario contra Físico con un valor de 68.8429, el Sedentario contra Físico Social con un valor de 64.9571, el Físico Manual contra Sedentario con un valor de -48.8429.

**Fig. 10 Tabla general de comparaciones múltiples entre los grupos de cotejo y las variables de depresión, autoestima y habilidades sociales.**

Tabla General de Comparaciones Múltiples						
GRUPOS	Test realizados					
	Depresión		Autoestima		Habilidades Sociales	
Manual	***	57.14	*****	82.85	**	37.14
Social	****	71.42	*****	82.85	***	54.28
Físico	*****	91.42	*****	97.14	***	45.71
Físico Social	****	65.71	*****	88.57	***	45.71
Sedentario	**	25.71	**	22.85	*	14.28
Físico Manual	****	71.42	*****	82.85	**	40

* = 0%-20%	**= 21% -40%	***= 41% -60%	****=61% - 80%
*****= 81%-100%			

En la tabla general de comparaciones múltiples (Fig.10) se muestra el porcentaje de personas que obtuvieron rangos de normalidad en los test de depresión de Yesavage, en el Test de Autoestima de Rosemberg y en el Test de Habilidades Sociales de Goldstein, destacando que cada test tiene tres posibles resultados deficiencia, intermedio y normal. Como se aprecia cada porcentaje este marcado con un asterisco, lo que representa el estado de normalidad categorizado en 5 rangos, en donde si el porcentaje es 0 – 20% un asterisco, 21-40% dos asteriscos, 41-60% tres asteriscos, 61-80% cuatro asteriscos, 81-100% cinco asteriscos, este último indica que la persona se encuentra en condiciones óptimas.

- En el grupo Manual se obtuvieron diez asteriscos, tres asteriscos en el Test Depresión, cinco en el Test Autoestima y dos asteriscos en el Test HHSS.
- En el grupo Social se obtuvieron doce asteriscos, cuatro en el Test Depresión, cinco en el Test de Autoestima y tres en el Test de HHSS.
- En el grupo Físico se obtuvieron trece asteriscos, cinco en el Test Depresión, cinco en el Test de Autoestima y tres en el Test de HHSS.
- En el grupo Físico Social se obtuvieron doce asteriscos, cuatro en el Test Depresión, cinco en el Test de Autoestima y tres en el Test de HHSS.
- En el grupo Sedentario se obtuvieron cinco asteriscos, dos en el Test Depresión, dos en el Test de Autoestima y uno en el Test de HHSS.
- En el grupo Físico Manual se obtuvieron once asteriscos, cuatro en el Test Depresión, cinco en el Test de Autoestima y dos en el Test de HHSS.

## DISCUSIÓN

De acuerdo a lo propuesto en el marco teórico inicial, el adulto mayor sufre una serie de cambios en los distintos aspectos de su vida. Estos cambios pueden llegar a causar verdaderos estragos físicos, emocionales, psicológicos y sociales en los adultos, dificultando así su calidad de vida. (Marín et al., 2000) En este sentido, los estilos de vida pueden marcar una gran diferencia sobre los efectos que estos cambios pueden provocar en esta población con respecto a su salud mental, específicamente en los ámbitos de depresión, autoestima y habilidades sociales.

En el siguiente apartado se pretende comparar las consecuencias de las formas de vidas que adoptan las mujeres mayores, ya sea, siendo sedentarias (inactivas físicamente) o participando de diferentes grupos institucionalizados, como por ejemplo, grupo físico, social, manual, físico-social y físico-manual con el fin de relacionarlos a los tres ámbitos mentales recientemente mencionados y poder determinar cuál de estas actividades grupales es más o menos beneficiosa para la salud de este grupo etario.

Para comenzar se debe recordar que la depresión, tiene una serie de consecuencias negativas sobre las capacidades funcionales del adulto mayor, así lo mencionan los autores (Aguilar-Navarro y Ávila-Funes, 2007) donde destacan que algunas de ellas se asocian al deterioro de la función cognoscitiva involucrando pérdida de memoria, desesperanza, culpabilidad, ideas suicidas, etc. A su vez se relacionan con la dimensión afectiva, provocando llanto, tristeza, apatía, cambios de humor en la persona; asimismo afectan la dimensión somática, produciendo cambios de energía, del sueño, del apetito, etc.

Según los resultados obtenidos en el test de Yesavage (1982) representados en la Figura 1, se observa que el 60% de la población sedentaria presenta un estado de depresión establecida. Esto marca un precedente importante, pues implica que la inactividad física está siendo nociva para un alto porcentaje de esta población afectando negativamente su calidad de vida, tal como lo mencionan (Rodríguez, 2006) y (Chong, 2012) el sedentarismo incrementa el riesgo de padecer varias enfermedades y problemas de índole psicológica y social que van deteriorando paulatinamente el organismo, asociado a los cambios biológicos provocados por la edad, por lo cual se considera uno de los mayores agravantes del envejecimiento. Esto demuestra que el sedentarismo es uno de los principales precursores de los problemas de salud en el adulto mayor.

Si bien el mayor porcentaje de personas con una probable depresión no llega a superar el 30% por grupo, es importante para los individuos que pertenecen a este rango generar medidas que eviten la incorporación a los porcentajes de depresión establecida. Es así, como la actividad física activa puede ser una solución, tal como lo indica el autor (Matsudo, 2012) donde acentúa que la actividad física al ser una actividad integral, genera beneficios, fisiológicos, psicológicos, cognitivos, sociales y físicos, más aún (Mor, 2015) indica que tanto la aptitud física y el entrenamiento aeróbico ejercen un efecto positivo en el resultado de diferentes enfermedades mentales, como la depresión, mejorando no sola la calidad de vida de los pacientes sino la propia enfermedad.

Los análisis de la Figura 1 y 2 se respaldan las opiniones de los autores mencionados, pues reflejan por un lado que el 91,4% de las mujeres mayores que tienen hábitos de realizar ejercicio físico de manera activa presenta rangos de normalidad, es decir, que no padecen depresión. Asimismo, el valor de la mediana de 5,3 puntos corrobora que las mujeres que practicaban de manera regular este tipo de actividad obtuvieron puntajes bajos en el test, lo que indica que gran parte de este grupo no posee depresión establecida.

No tan sólo este tipo de actividad puede contribuir a la prevención de la depresión, sino también realizar tareas físico-manual y social se presentan como buenas opciones para combatir esta enfermedad. Según la Figura 1, ambas tareas tuvieron porcentajes similares en cuanto a la cantidad de personas que no tienen depresión. Por lo que cabe preguntarse ¿Por qué ambas actividades pueden resultar beneficiosas a la hora de enfrentar la depresión? En el caso del grupo que realiza actividades sociales, se puede decir que presentan variados beneficios sobre la depresión, debido a que este tipo de actividad tiende a fortalecer las habilidades sociales de los adultos mayores, disminuyendo el sentimiento de soledad y a su vez generando instancias donde pueden compartir sus experiencias personales con los demás y socializar con gente de su edad, asimismo ayuda a los adultos que tienen carencias afectivas, que se sienten desvalorizados y solos, puesto que en este tipo de actividad encuentran el apoyo que tanto necesitan y se sienten participes de un grupo, evitando así que se aíslen. (Valle et al., 2017). En efecto, teniendo en cuenta lo anterior (Fernández y Manrique-Abril, 2010) “la soledad incrementa enormemente las posibilidades de padecer depresión”. Asimismo las actividades manuales se asocian a beneficios en el mejoramiento de la calidad de vida, ya que son una vía recreativa que no tan solo entretiene, sino más bien mantiene ocupada la mente de las mujeres mayores, lo que conlleva a distraerse mientras se concentran en una actividad (Martín y Mendieta, 2002), generando un estado de bienestar emocional y satisfacción (Reyes et al., 2010)

En relación con los grupos que presentan diferencias significativas en el Test de Depresión expresados en la figura 3, podemos observar que el grupo físico contra el manual y a su vez contra el social genera una diferencia de 51,8 y 46,7 respectivamente lo que incide en la cantidad y calidad de tiempo que le dedican al desarrollo de estas actividades, ya que según lo observado en la ficha de anamnesis ambas actividades mencionadas son de asistencia voluntaria, es decir, que la participación no es constante, por lo cual las mujeres mayores dividen su tiempo acorde a sus intereses del momento como la confección de alguna de sus manualidades (pintura, tejidos, dibujos, etc.) o simplemente cuando participan de actividades sociales (reuniones de agrupaciones, jugar domino, lota, etc.), por este motivo ambos grupos tienen diferencias significativas con la práctica de actividad física, siendo uno de los principales motivos de esta desigualdad la constancia y regularidad que se mantiene en la participación y asistencia, puesto que esta última se realiza 3 veces por semana, por el contrario de las otras que son de carácter voluntario y como se ha mencionado antes, la regularidad es un indicador importante para mantener y producir beneficios sobre las salud mental. Al mismo tiempo el grupo sedentario presenta una discrepancia con todos los otros grupos, lo que podría deberse a que según (Veloz y Salomón, 2013) el sedentarismo no genera ningún beneficio sobre la salud, siendo asociado como “uno de los principales factores de riesgo” para el desarrollo de las principales enfermedades crónicas, asimismo llega a ser más nocivo que la ingesta del tabaco y otros vicios.

En segundo lugar, se debe recordar que la Autoestima tiene una serie de efectos en la vida diaria del adulto mayor, tal como lo indica (García y Troyano, 2013) “la autoestima se considera un componente psicológico fundamental de la calidad de vida y del bienestar personal e incluso ha sido propuesta como un área de intervención para mejorar la calidad de vida en la población mayor.” A su vez la falta o disminución de ésta se encuentra asociada a niveles insuficientes de bienestar mental y autocontrol, depresión y ansiedad (González y Froment, 2018), e incide absolutamente sobre la autoeficacia, referida a la confianza que tiene el individuo para alcanzar las metas propuestas, al esfuerzo necesario, y a la vuelta a la normalidad tras las situaciones complicadas.

Según los resultados obtenidos en el test de autoestima de Rosemberg (1965) se observa en la Figura 4, que el 22.8% de las personas pertenecientes al grupo denominado sedentarios poseen un alto nivel de autoestima, a diferencia de los demás grupos que presentan sobre el 82,5% de su población con una elevada autoestima. Esto nos da a entender que sin importar que actividad se realice, esta genera repercusiones sobre autoestima de la mujer mayor.

No obstante, según los análisis de la Figura 4 y 5 se debe destacar que el grupo que presentó mejores resultados fue el grupo Físico con un 91,4% de personas con un autoestima elevada, esto concuerda con lo expuesto por los autores (García y Troyano, 2013) y (González y Froment, 2018) quienes indican que las personas mayores que realizan actividad física con frecuencia perciben una autoestima personal alta; junto con ello se ha evidenciado que la inserción en actividades físicas origina una mayor capacidad de autonomía, mejora de la calidad de vida (Teixeira et al., 2016), mejora el estado de ánimo y ofrece distracción. Asimismo, “la salud mental y se favorece la interacción social del adulto mayor con su comunidad.” (Barrios Duarte et al., 2003)

Por otra parte, se puede inferir de estas figuras que los grupos que incluyen dentro de sus prácticas la actividad física de manera simultánea presentan un resultado superior a las prácticas individuales de las actividades sociales y manuales, ya que estos grupos lograron una mediana de 34,2 aprox. en contraste con el 36,4 Y 34,6 obtenido por las otras actividades. Lo que nos da a entender que las mujeres mayores que realizan actividad física-deportiva tienen una incidencia positiva sobre la percepción del autoestima personal (García y Troyano, 2013). Además es importante mencionar la relevancia de los programas de ejercicio físico basados en la repetición y en la mejora de la condición física, tal y como lo indican (Silva y Mayán, 2016), debido a que tienen efectos psicológicos positivos sobre los adultos mayores; sin embargo, aquellos programas que introducen “mayor diversidad de contenidos en sus planificaciones y a su vez aumentan el tiempo de práctica en el exterior, permiten desarrollar un rol proactivo en el sujeto en cuanto a la organización de estas actividades, debido a que se sienten partícipes y protagonistas al mismo tiempo, obteniendo así mejores resultados referidos al bienestar psicológico, la autoestima, y el disfrute con la propia práctica física.” Es decir, que el programa de actividades físico-recreativas diseñado según los gustos y preferencias de los adultos mayores, mejora enormemente la autoestima (Calero et al., 2016).

Las prácticas realizadas por los grupos Social y Manual se consideran como “una terapia ocupacional para las personas con necesidad de reconocimiento, de participación e intercambio”, más aún, puesto a que estas actividades contribuyen a irrumpir con la soledad y por consiguiente elevan la autoestima de las personas a sentirse parte de un grupo (García, 2006). Tal como lo indica (Mendizábal y Carbonero, 2001). Ciudad educadora y nuevos espacios de educación para la salud en las personas mayores. *Educación XXI*, 4, 91. Un simple juego de cartas también “contribuye a afianzar la autoestima y el autoconcepto, puesto a que esta actividad no solo hace que se sientan personas aceptadas, útiles y necesitadas dentro del grupo, sino más bien porque pese a haber sufrido pérdidas en ámbitos importantes como el laboral, familiar, económico o funcional, se comprueba que aún se conserva el control sobre el entorno” que otorga la propia habilidad de jugar dándoles seguridad personal.

Por otra parte, acorde a lo expuesto en la figura 6, los grupos de estudio que obtuvieron mejores resultados fueron el grupo Físico y el Físico social, teniendo en cuenta que estos presentaron una diferencia de 18.5, se deduce que la distinción entre ellos se manifiesta en el grado de participación e intencionalidad que se tiene frente a las actividades, así lo corroboran (Guerrero-Martelo et al., 2015), donde mencionan que uno de los factores determinante de la autoestima en los ancianos “la capacidad de generar una autonomía funcional antes que una red de apoyo social externo”, lo que indica que al dedicar tiempo exclusivo a la realización de actividad física genera un aumento en el nivel de autoestima mayor al que se produce cuando la actividad es compartida, puesto que al trabajar de manera individual pese a ser actividades grupales produce satisfacciones propias en el individuo al ver los progresos obtenidos con la práctica sistemática de esta. A pesar de esto, (Rodríguez-Hernandez, 2006) y (Duran et al., 2008), señalan que el apoyo social y la redes juegan un papel vital en la vejez, debido a que se convierten en el sustento emocional que permite en muchos casos sobrellevar las crisis que se puedan presentar, lo que influye significativamente en la calidad de vida en los ancianos, además si los adulto mayores son reconocidos como parte de un grupo, mejoran su autoestima, identidad, su autopercepción, la eficacia personal y la identidad; por defecto, la ausencia de espacios de sociabilización disminuye la autoestima (Mazadiego et al., 2011).

Asimismo el otro grupo mixto (GFM) también presenta resultados ventajosos en cuanto a la autoestima, por lo cual no existe diferencia significativa con los grupos mencionados anteriormente (GA y GFS), acorde a esto los autores (Rodríguez-Díaz et al., 2011), corroboran mediante su investigación que “se puede fortalecer la autoestima de los adultos mayores mediante la realización de actividades manuales, baile terapia y relajación para la expresión de tensiones, emociones, intereses y motivaciones personales.”

No obstante, la mínima diferencia presentada entre los dos grupos mixtos (GFS y GFM) podría deberse a la incidencia que provocan estas actividades que son complementarias a la actividad física, siendo la de mayor repercusión la social. Esto podría contextualizarse a través de uno de los postulados de la teoría de la Identidad Social, que indica que las personas se encuentran “motivadas por mantener y proyectar una visión de ellos mismos de manera coherente y positiva, consiguiendo esto mediante la interacción a través de los grupos sociales a los que pertenecen”.(Pérez-Sánchez y Smith-Castro, 2008).

Antes de examinar los resultados obtenidos en el test de habilidades sociales de Goldstein (1980), debemos destacar la importancia que poseen dichas habilidades en la calidad de vida de las mujeres mayores, tal como menciona (Caballo, 2005; citado por Betina y Contini, 2011) “las habilidades sociales son un conjunto de conductas que permiten al individuo desarrollarse en un contexto individual o interpersonal expresando sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación. Generalmente, posibilitan la resolución de problemas inmediatos y la disminución de problemas futuros en la medida que el individuo respeta las conductas de los otros.”

En cuanto al gráfico representado en la Figura 7 y 8 se observa que el grupo Social obtuvo mejores resultados en cuanto a los otros grupos, ya que un 54,2% de las personas presentó habilidades sociales altas. Si bien el grupo Físico Social es quien lo sigue con un 45,7%, esta diferencia se presenta entre las medianas con un valor de 7,8 y según lo recabado en la anamnesis, probablemente se deba a que las mujeres mayores que participan de actividades sociales (jugar lotería, bingo, reuniones, etc.) tienen una mayor escolaridad y estudios superiores que las que realizan actividades físicas-sociales. En relación con lo anterior, el autor (Ham, 2003) afirma que la escolaridad y el adiestramiento representan una de las características socioeconómicas más importantes que una persona puede poseer, debido a que la cantidad y la calidad de estas determinan en gran medida las oportunidades sociales y económicas que se pueden optar, esto repercute directamente sobre el bienestar personal y el entorno familiar y social. (Carmona-Valdés, 2016). Es decir, las mujeres mayores que presentaron una mayor escolaridad (carrera técnica o universitaria) lograron generar una mayor aprobación por parte de la sociedad y, por consiguiente, estar mejor en el área de las relaciones interpersonales. Lo anterior afirma la importancia de incorporarse y mantener redes de apoyo social ya sea del tipo familiar o las que brindan los grupos donde se potencian estas habilidades, puesto que este tipo de estrategias de intervención logran un bienestar en la vejez. (Gallardo-Peralta, 2013)

De la misma forma en la que el grupo Social tuvo resultados altos, los grupos Físico y Manual obtuvieron valores cercanos a este, la diferencia entre ellos se aprecia en la Fig. 8 en donde las medianas arrojaron los siguientes valores 190.2, 182.3 y 178.1. Lo anterior, puede deberse a que, tanto la actividad física como la manual también generan beneficios sobre las habilidades sociales, así lo corrobora (Cruz, 2011), mencionando que por medio de las actividades físicas recreativas el adulto mayor tiene la posibilidad de expresar espontáneamente sus emociones, romper con la rutina, reducir el estrés, descubrir sus aptitudes físicas y ejercitar sus habilidades, desarrollando su capacidad creadora, lo que conlleva a contrarrestar hábitos antisociales y por consecuencia a integrarse socialmente en el grupo en que participan. Asimismo, las actividades manuales proporcionan múltiples beneficios en el adulto mayor, mejorando la estimulación cognitiva, psicomotricidad y fomentando la socialización, con el fin que los adultos mayores busquen que talentos posee cada uno y así fortalecer el sentido de utilidad y la convivencia. (Mera et al., 2017)

Entonces ¿por qué se producen diferencias en los resultados obtenidos en cuanto al grupo social si ambas actividades mencionadas anteriormente también poseen beneficios sobre las relaciones sociales. Lo anterior se puede producir debido a que tanto las actividades físicas como manuales no enfocan el ciento por ciento de sus clases en desarrollar estas habilidades, ya que si bien son actividades que se realizan en grupo, esto, no quiere decir que, por este motivo, se deban establecer relaciones interpersonales con sus compañeros, debido a que la mayor parte de la clase deben concentrarse en sí mismos para obtener el resultado deseado, ya sea realizando un ejercicio físico en específico o simplemente concentrándose en pintar, tejer, etc.

Con respecto a las comparaciones mostradas en la Figura 9, es importante destacar que el grupo sedentario presentó diferencias estadísticamente significativas con respecto a todos los otros grupos, por lo cual se puede inferir que la inactividad física conlleva a una serie de problemas de salud, generando estragos a nivel físico, psicológico y emocional, lo que provocaría según (Vásquez, 2016) que reduzcan su contacto con otras personas, debido a los impedimentos que genera esta situación, por lo cual es sumamente probable que tiendan a tener resultados más bajos de lo normal en el test aplicado. En relación a lo anterior, se puede deducir que las habilidades sociales están sujetas directamente a las relaciones personales que puede generar el individuo con su entorno, por este motivo (Salinas et al., 2010), menciona que, a medida que las personas envejecen, los individuos regulan mejor sus propias emociones, ayudando al mantenimiento de la salud y a la prevención de enfermedades, además mientras más amplio es el círculo de relaciones sociales que tiene el adulto, menos riesgo de aislamiento posee, puesto que, este tipo de actividad lo ayuda a generar redes de apoyo permanente. Por este motivo, se puede mencionar que una de las cosas más importantes son las relaciones que el adulto mayor logra establecer dentro del grupo, club o junta vecinal al cual asiste, ya que como se dijo anteriormente, una buena relación con sus pares genera instancias de compartir experiencias, conversaciones, provocando cierto grado de satisfacción en el adulto, lo que ayuda a que muchas veces se atrevan a desafiar sus capacidades y participen de otro tipo de actividad.

Finalmente, a modo de síntesis de todo lo mencionado anteriormente y acorde a lo representado en la Figura 10, se observa que el grupo Físico obtuvo mejores resultados tanto en depresión como en autoestima teniendo más de un 90% de personas en rangos de normalidad según ambos test, por otro lado, el grupo que obtuvo mejores resultados en cuanto a la variable de habilidades sociales fue el grupo social con un porcentaje de 54,2% de personas en rango de normalidad.

Asimismo, se puede aseverar que las actividades que tienen mejores resultados en relación a las variables utilizadas en este estudio son las físicas, sociales y físico-social, de lo anterior se puede inferir que estos tipos de actividades presentan beneficios múltiples en las personas mayores, debido a que la actividad física tal y como lo menciona (Vásquez, 2016), presenta un importante papel en el bienestar individual y social del adulto mayor, igualmente genera beneficios sobre la autoestima, la autoconfianza y el funcionamiento mental, lo que contribuye a mejorar los problemas de ansiedad y depresión, por lo tanto, las personas que llevan una vida activa, tienen una menor probabilidad de padecer enfermedades crónicas. Asimismo, las actividades sociales generan beneficios positivos sobre los adultos mayores, así lo menciona (Carmona-Valdés, 2016), donde declara que este tipo de actividad mejora la capacidad funcional y cognitiva, en relación a esto último se logra trabajar el sentido de pertenencia, lo que eleva la autoestima y los propósitos de la vida, disminuyendo así el riesgo de padecer algún tipo de demencia, como la depresión, riesgo que se acentúa en el aislamiento social.

Acorde a lo anterior cabe señalar que las actividades manuales igualmente presentan beneficios sobre las variables, pero estos no son tan distinguidos como los presentados por los grupos mencionados anteriormente, debido a que esta actividad es más bien considerada de recreación y ocupación del tiempo libre, más que de terapia, así lo corrobora (Gallegos y Ortíz, 2014), cuando sostiene que este tipo de “actividades se realizan de manera individual y sirven para distraer al adulto mayor de su entorno de soledad, lo que conlleva a que se sientan partícipes de un grupo,” y en consecuencia en el aumento del autoestima.

Lo anterior sirve para afirmar que las actividades manuales también obtienen resultados favorables en cuanto a los test aplicados al igual que los otros grupos mencionados tal y como se observó en la tabla.

Por el contrario, el grupo que obtuvo peores resultados en las variables aplicadas, fue el grupo sedentario, obteniendo menos del 30% de resultados favorables en los test de Yesavage, Rosemberg y Goldstein. Lo anterior se debe a que el sedentarismo tal y como menciona (Rodríguez-Hernandez, 2006), “es el mayor agravante del envejecimiento y la incapacidad funcional”, debido a que incrementa el riesgo de padecer diversas enfermedades que contribuyen al deterioro del funcionamiento físico, psicológico y social, afectando paulatinamente su organismo y aunando los cambios biológicos provocados por la edad, por lo cual este estilo de vida provee una mala calidad de vida en el adulto mayor.

De lo mencionado anteriormente se puede inferir que el simple hecho de realizar alguna actividad que cambie el hábito inactivo del sedentarismo produce beneficios en el adulto mayor tal y como lo menciona (Ávila et al., 2014) y como se evidenció en los resultados obtenidos en los test aplicados en esta investigación.

## CONCLUSIONES

Al conocer los efectos de los estilos de vida en la salud mental de los adultos mayores, específicamente en los ámbitos de depresión, autoestima y habilidades sociales, se puede concluir lo siguiente:

El estilo de vida sedentario fue el que obtuvo los resultados más bajos en todas las variables estudiadas, presentando un alto porcentaje de personas depresivas, un alto porcentaje de personas con autoestima baja y escasa habilidad social, por lo tanto, esta forma de vida tiene efectos negativos sobre la salud mental de la población estudiada. Esto nos corrobora que la falta de actividades tanto físicas, sociales o recreativas provocan en el individuo diversas adversidades que dificultan su calidad de vida.

El estilo de vida recreativamente activo representado por el grupo manual, alcanzó valores positivos en la variable de depresión y autoestima, lo que significa que las personas que realizan este tipo de tareas tienen un bajo porcentaje de depresión y altos porcentajes de autoestima. En relación al ámbito de habilidades sociales, sus efectos no son significativos. Se infiere, que las consecuencias de practicar este tipo de actividades producen múltiples beneficios en la calidad de vida de los adultos mayores, mejorando la estimulación cognitiva, psicomotricidad y fomentando la socialización.

Por otra parte, el estilo de vida socialmente activo, en cuanto a la variable de habilidades sociales presentó el nivel más alto en comparación a los otros grupos que no alcanzaron a pasar la media. Demostrando que es un tipo de actividad indispensable para que el individuo pueda desarrollarse en un contexto individual o interpersonal expresando sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación. A diferencia de que, en los ámbitos de depresión y autoestima, sus resultados no fueron sobresalientes.

Mientras tanto, el estilo de vida físicamente activo fue el que alcanzó los mejores resultados en los test, destacándose principalmente variables depresión y autoestima. Esto ratifica que las personas que llevan una vida activa, especialmente en la vejez, tienen una menor probabilidad de padecer enfermedades tanto físicas como psicológicas. En cuanto a la tercera variable, habilidades sociales, el Grupo físico consiguió estar dentro de los dos mejores resultados, siendo superado sólo por el Grupo social.

En síntesis, la mejor forma de combatir la depresión y la autoestima en adultos mayores es mediante estilos de vida físicamente activos. En cambio, la mejor forma de desarrollar habilidades sociales, son actividades que estén en estrecha relación con el desarrollo de relaciones interpersonales.

Al finalizar esta investigación, uno de los aspectos más relevantes para el grupo investigador fue confirmar que el estilo de vida que tiene mayores efectos negativos en la salud mental es, el sedentario. A nivel nacional, el mayor porcentaje de adultos mayores es inactivo, por lo que se hace urgente que profesionales de la actividad física en conjunto con autoridades pertinentes se hagan responsables de esta situación, proponiendo políticas públicas y/o programas que incentiven a más personas mayores a incorporarse a la actividad física en su diario vivir, pues, tal como se comprueba en este estudio, esta forma de vida tiene un impacto positivo en todos los ámbitos del ser humano.

Es importante también, destacar el gran valor que poseen aquellos grupos o programas sociales para esta comunidad, debido a que se constituyen no solamente como un medio preventivo sino también de apoyo a la hora de enfrentar enfermedades mentales, contribuyendo al desarrollo del área afectiva, familiar y social de los individuos; permitiendo en el adulto mayor un grado de satisfacción, sensación de bienestar, plenitud, que va de la mano con una mejora en las relaciones sociales. Esto marca un precedente, para seguir apoyando a la creación de instituciones destinadas a los adultos mayores.

En cuanto a las limitantes que se encontraron presentes en este estudio, podemos mencionar la cantidad de personas encuestadas, sólo se encuestaron a 210 personas, cantidad que no puede considerarse acorde con la cantidad de población existente de mujeres mayores de los 60 años que hay en la Región Metropolitana. En segunda instancia podemos mencionar que, al no haber ninguna discriminación en relación al tope de edad de las participantes, generó amplias brechas en los resultados, ya que los rangos utilizados generaban una diferencia incluso mayor a 20 años. En último lugar se sugiere que para el próximo estudio se podría incluir a la población masculina de adultos mayores, para que la muestra sea lo más representativa posible.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adamson, B. C., et al. (2016). "Association between compliance with physical activity guidelines, sedentary behavior and depressive symptoms." *Preventive Medicine* 91: 152-157.
- Adhanom, D. T. (diciembre de 2013). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
- Aguilar-Navarro, S. And J. A. Ávila-Funes (2007). "La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor." *Gac Méd Méx* 143(2): 141-148.
- Alexopoulos, G. S. (2005). "Depression in the elderly." *The Lancet* 365(9475): 1961-1970.
- Alfonso J. García, M. M. (2012). Autoestima como variable psicosocial predictora de la actividad física en personas mayores. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*.
- Almagro Mena, P. And M. Llordés Llordés (2012). "La enfermedad pulmonar obstructiva crónica en el anciano." *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 47(1): 33-37.
- Alzheimer Disease International. (2013). Policy Brief for Heads of Government. ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL · THE GLOBAL VOICE ON DEMENTIA, p.3.
- Aponte Daza, V. C. (2015). "CALIDAD DE VIDA EN LA TERCERA EDAD." *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP* 13: 152-182.
- Arango, D. C., Cardona, A. S., Duque, M. G., Cardona, A. S., & Sierra, S. M. C. (2016). Estado de salud del adulto mayor de Antioquia, Colombia. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(1), 71-86.
- Ávila, N. R., et al. (2014). "Análisis del tiempo en personas mayores: Organizaciones y actividades en Cataluña (España)." *Horizonte Sanitario* 2(1): 26-33.
- Barrios Duarte, R., et al. (2003). "Beneficios percibidos por adultos mayores incorporados al ejercicio." *Revista Cubana de Medicina General Integral* 19(2): 0-0.
- Bencomo, J. C., & Benavides, X. S. (2011). Obtenido de Dianet: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?Codigo=4189810>

- Betina Lacunza, A. And N. Contini de González (2011). "Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos." *Fundamentos en humanidades* 12(23).
- Bloom, D. E. And D. L. Luca (2016). "The Global Demography of Aging." *Handbook of the Economics of Population Aging* 1: 3-56.
- Bodner, E. And Y. S. Bergman (2016). "Loneliness and depressive symptoms among older adults: The moderating role of subjective life expectancy." *Psychiatry Research* 237: 78-82.
- Borrás Blasco, C. And J. Viña Ribes (2016). "Neurofisiología y envejecimiento. Concepto y bases fisiopatológicas del deterioro cognitivo." *Revista Española de Geriátría y Gerontología* 51: 3-6.
- Calero Morales, S., et al. (2016). "Influencia de las actividades físico-recreativas en la autoestima del adulto mayor." *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas* 35: 366-374.
- Calero, M. D. And M. P. Galiano (2009). "Utilidad de la evaluación de la plasticidad cognitiva en el diagnóstico diferencial del deterioro cognitivo y la pseudodemencia por depresión." *Revista Española de Geriátría y Gerontología* 44(6): 323-330.
- Carlos García, B. (2013). "Enfermedades endocrinas en el adulto mayor." *Revista Médica Clínica Las Condes* 24(5): 866-873.
- Carmona-Valdés, S. E. (2016). "Factores que influyen en la condición de salud de los adultos mayores en situación de pobreza en Nuevo León, México." *Población y Salud en Mesoamérica* 13: 1-19.
- Cavagnaro, B. C. (s.f.). *Buenas prácticas de promoción del envejecimiento activo (SENAMA)*. Santiago, Chile.
- CHAVES, S. S. (septiembre de 2004). *Apuntes de Psicología*. Obtenido de *Apuntes de Psicología*: <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/56/58>
- Chong Daniel, A. (2012). "Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor." *Revista Cubana de Medicina General Integral* 28(2): 79-86.
- Ciucurel, C. And E. I. Iconaru (2012). "The importance of sedentarism in the development of depression in elderly people." *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 33: 722-726.

COLLAZO., C. A. (2009). PROGRAMA DE ACTIVIDADES FÍSICO-RECREATIVAS PARA LA OCUPACIÓN DEL TIEMPO LIBRE DEL ADULTO MAYOR DE 60 A 74 AÑOS DEL CONSEJO POPULAR CAPITAN SAN LUIS.

Comunales, R. E. (2002). Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Obtenido de Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.

Concepción Porras-Juárez, I. G.-A.-C.-C.-Q. (2010). Percepción del adulto mayor acerca de los beneficios, barreras y apoyo social para realizar actividad física. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*.

Cruz, I. E. C. (2011). "Las actividades físico recreativas como vía para favorecer la integración del adulto mayor a la comunidad." *PODIUM: Revista de Ciencia y Tecnología en la Cultura Física* 6(2): 189-197.

Da Silva Francisco, A. A. (2017). "'Gerontogrowth' and population ageing in Africa and the Global agewatch Index." *The Journal of the Economics of Ageing* 9: 78-89.

De Mello, M. T., et al. (2013). "Relationship between physical activity and depression and anxiety symptoms: A population study." *Journal of Affective Disorders* 149(1): 241-246.

Delgado, F. R., et al. (2015). "Demencias." *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado* 11(72): 4297-4305.

Departamento de Competitividad Regional. (Julio de 2007). Diagnóstico de la situación Económica y Social del Adulto Mayor. Obtenido de Gobierno de Chile Ministerio de Planificación:

[http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/mideplan/sit.econ.y.soc\\_a.mayores.pdf](http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/mideplan/sit.econ.y.soc_a.mayores.pdf)

Diana María Durán, L. J. (2008). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*.

Díaz-López, M. D. P., et al. (2017). "Skills for Successful Ageing in the Elderly. Education, well-being and health." *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 237: 986-991.

Durán-Badillo, T., et al. (2013). "Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal." *Enfermería Universitaria* 10(2): 36-42.

EFE. (02 de Julio de 2015). La Tercera. Obtenido de la tercera: <http://www2.latercera.com/noticia/chile-tendra-en-2020-la-esperanza-de-vida-mas-alta-del-mundo/>

Eva, G., et al. (2015). "Quality of Life in the Third Age: A Research on Risk and Protective Factors." *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 187: 217-222.

Farías, H. Z. (2001). *Adulto Mayor: Participación e Identidad*. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal.

Fernández, A. R. And F. G. Manrique-Abril (2010). "EFECTO DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR HIPERTENSO DE BOYACÁ, COLOMBIA, SURAMÉRICA: CARE AGENCY FOR ELDERLY HYPERTENSIVE IN BOYACÁ-COLOMBIA, SURAMÉRICA." *Ciencia y enfermería* 16: 83-97.

FLACSO. (2015). *Política Públicas sobre Envejecimiento en los países del Cono Sur*. Obtenido de SENAMA: <http://www.flacsochile.org/publicaciones/politicas-publicas-sobre-envejecimiento-en-los-paises-del-cono-sur/>

Gajardo, J. (2016). *PLAN NACIONAL DE DEMENCIAS: ANTECEDENTES GLOBALES Y SÍNTESIS DE LA ESTRATEGIA CHILENA*. *Revist Médica Clínica Las Condes*, 286-296.

Gajardo, j., & Monsalves, M. J. (2013). Demencia, un tema urgente para Chile. *Revista Chilena de Salud Pública*, 23.

Galaz, O. (4 de Julio de 2017). Instituto de Políticas Públicas en Salud. Obtenido de Instituto de Políticas Públicas en Salud: <http://www.ipsuss.cl/ipsuss/analisis-y-estudios/oms-entre-5-y-8-de-la-poblacion-de-60-anos-o-mas-sufre-demencia-en/2017-07-04/172557.html>

Gallardo-Peralta, L. (2013). "Redes de apoyo social en personas mayores chilenas: aspectos estructurales y funcionales." *Revista de trabajo social* (84): 9-18.

Gallegos, M. G. And N. P. Ortiz (2014). "Ocio en ancianos de una localidad suburbana de Tabasco." *Horizonte Sanitario* 7(2): 19-27.

García Caso, M. J. (2006). "Infomed y el adulto mayor." *ACIMED* 14: 0-0.

- García, A. J. And Y. Troyano (2013). "Percepción de autoestima en personas mayores que realizan o no actividad física-deportiva." *Escritos de Psicología (Internet)* 6: 34-41.
- Gené-Badia, J., et al. (2016). "Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria?" *Atención Primaria* 48(9): 604-609.
- General, N. U. A. (2002). Informe de la segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento, ONU.
- Goldacre, M. J. (2009). "Demography of aging and the epidemiology of gastrointestinal disorders in the elderly." *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* 23(6): 793-804.
- González, A. J. G. And F. Froment (2018). "Beneficios de la actividad física sobre la autoestima y la calidad de vida de personas mayores (Benefits of physical activity on self-esteem and quality of life of older people)." *Retos* (33): 3-9.
- Guajardo, G. (2016). *SALUD MENTAL Y PERSONAS MAYORES: Reflexiones teórico-conceptuales para la investigación social de las demencias*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile.
- Guerrero-Martelo, M., et al. (2015). "Relación entre Autoestima y Autonomía Funcional en Función del Apoyo Social en Adultos Institucionalizados de la Tercera Edad." *Psicogente* 18: 303-310.
- Halim, M. A. (2010). Wikipedia la enciclopedia libre. Obtenido de Wikipedia la enciclopedia libre: <https://es.wikipedia.org/wiki/Manualidades>
- Ham, R. (2003). "El envejecimiento en México." *El siguiente reto de la transición demográfica*. México: Porrúa y El colegio de la Frontera Norte, AC.
- Incidencia del Alzheimer en el mundo. Demencias, u. P. (4 de junio de 2015). Alzheimer Universal. Obtenido de Alzheimer Universal: <https://www.alzheimeruniversal.eu/2015/06/04/incidencia-del-alzheimer-en-el-mundo-una-prioridad-para-la-oms/>
- INE. (2002). Biblioteca del Congreso Nacional. Obtenido de Biblioteca del Congreso Nacional: <http://reportescomunales.bcn.cl/2015/index.php/%C3%91u%C3%b1oa>

INE. (2002). Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Obtenido de Biblioteca del Congreso Nacional de Chile: <http://reportescomunales.bcn.cl/2015/index.php/%C3%91u%C3%b1oa>

INE. (2002). Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Obtenido de Biblioteca del Congreso Nacional de Chile: <https://reportescomunales.bcn.cl/2015/index.php/Santiago/Poblaci%C3%b3n>

INE. (2002). Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Obtenido de Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.: <http://reportescomunales.bcn.cl/2015/index.php/Florida>

INE. (2002). Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Obtenido de Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.: <http://reportescomunales.bcn.cl/2015/index.php/Huechuraba>

INE. (2002). Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Obtenido de Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.: [http://reportescomunales.bcn.cl/2015/index.php/Lo\\_Barnechea](http://reportescomunales.bcn.cl/2015/index.php/Lo_Barnechea)

INE. (2002). Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Obtenido de Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.: <http://reportescomunales.bcn.cl/2015/index.php/Macul>

INE. (2002). Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Obtenido de Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.: <http://reportescomunales.bcn.cl/2015/index.php/Maip%C3%BA>

INE. (2002). Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Obtenido de Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.: [http://reportescomunales.bcn.cl/2015/index.php/Puente\\_Alto](http://reportescomunales.bcn.cl/2015/index.php/Puente_Alto)

INE. (2002). Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Obtenido de Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.: <http://reportescomunales.bcn.cl/2015/index.php/Recoleta>

INE. (2002). Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Obtenido de Biblioteca del Congreso Nacional de Chile: [http://reportescomunales.bcn.cl/2015/index.php/Las\\_Condes](http://reportescomunales.bcn.cl/2015/index.php/Las_Condes)

INE. (2002). Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Obtenido de Biblioteca del Congreso Nacional de Chile: <https://reportescomunales.bcn.cl/2015/index.php/Santiago/Poblaci%C3%b3n>

INE. (2015). ENFOQUE DEMOGRÁFICO DE GÉNERO. Enfoque Estadístico Instituto Nacional de Estadísticas, [http://historico.ine.cl/genero/files/estadisticas/pdf/documentos/enfoque\\_poblacion.pdf](http://historico.ine.cl/genero/files/estadisticas/pdf/documentos/enfoque_poblacion.pdf).

INE. (2015). ENFOQUE DEMOGRÁFICO DE GÉNERO. Enfoque Estadístico Instituto Nacional de Estadísticas.

Jiménez, J. A. (2010). Beneficios en la calidad de vida de mujeres entre los 50 y los 81 años de edad al participar en un programa de recreación física grupal. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal.

Kristensen, A.-M., et al. (2017). "Expression of soluble CD83 in plasma from early-stage rheumatoid arthritis patients is not modified by anti-TNF- $\alpha$  therapy." Cytokine 96: 1-7.

Larrea, M. (s.f.). SÍNDROMES DEPRESIVOS ASOCIADOS A DETERIORO COGNITIVO. ANALES DEL SISTEMA SANITARIO DE NAVARRA, <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5563>. Obtenido de ANALES DEL SISTEMA SANITARIO DE NAVARRA: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5563>

Lee, H., et al. (2014). "Physical activity and depressive symptoms in older adults." Geriatric Nursing 35(1): 37-41.

Leticia Cobo Calvo, M. E. (30 de marzo de 2014). Demencias por cuerpos de Lewy. Obtenido de Demencias por cuerpos de Lewy: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/15/49/18/154918131434262659782771922216470374284>

Linde et al. (2007). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal.

Llibre Rodríguez, J. And R. F. Gutiérrez Herrera (2014). "Demencias y enfermedad de Alzheimer en América Latina y el Caribe." Revista Cubana de Salud Pública 40: 378-387.

Lok, N., et al. (2017). "The effect of physical activity on depressive symptoms and quality of life among elderly nursing home residents: Randomized controlled trial." Archives of Gerontology and Geriatrics 70: 92-98.

- M, & Olivares, C. C. (2017). El adulto mayor y su participación dentro de la educación no-formal, como una forma de inclusión social. Santiago, Chile.
- Macarena Rojas. (2010). Resultados Segunda encuesta Nacional Calidad de vida en la vejez.
- Mahieux-Laurent, F. (2014). "Síntomas mnésicos." EMC - Tratado de Medicina 18(1): 1-4.
- Marazziti, D., et al. (2010). "Cognitive impairment in major depression." European Journal of Pharmacology 626(1): 83-86.
- Marcó, M. D. (2000). Efectos psicológicos de la actividad física en personas mayores. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal.
- Marcos, G. (2015). "Actividades recreativas en adultos mayores internos en un hogar de ancianos." Revista Cubana de Salud Pública 41: 0-0.
- Marín, C., et al. (2000). "Actividad física y depresión en el adulto mayor en concepción." Psicología del Desarrollo III.
- Martín, D. M. (2018). ATLAS MUNDIAL DE LA SALUD. Obtenido de ATLAS MUNDIAL DE LA SALUD: <http://www.atlasdelasalud.org/seccion.aspx?Idbloque=4>
- MARTÍN, M. A. G. And M. I. H. MENDIETA (2002). "Intervención psicosocial con personas mayores: Los talleres de ocio como recurso para incrementar su apoyo social y control percibidos Psychosocial intervention for older persons: Leisure activities workshops to improve social."
- Martínez-Larrea, J. (2002). SÍNDROMES DEPRESIVOS ASOCIADOS A DETERIORO COGNITIVO. ANALES DEL SISTEMA SANITARIO DE NAVARRA.
- Martínez-Ordaz, C. G.-M.-R. (2005). Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Medigraphic.
- Matsudo, S. M. (2012). "Actividad física: pasaporte para la salud." Revista Médica Clínica Las Condes 23(3): 209-217.
- Mazadiego Infante, T. D. J., et al. (2011). "Incremento de la autoestima en los adultos mayores de un hogar de jubilados." Enseñanza e Investigación en Psicología 16(1).

Medina Tapia, A. G. (25 de FEBRERO de 2014). REPOSITORIO DIGITAL UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO. Obtenido de REPOSITORIO DIGITAL UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO.: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/6602>

Mejía, B. E., & Merchán, M. E. (2007). CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA 60 AÑOS: UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA.

Mendizábal, M. R. L. And J. A. C. Carbonero (2001). "Ciudad educadora y nuevos espacios de educación para la salud en las personas mayores." Educación XX1 4: 91.

Mera Saavedra, M. Y., et al. (2017). "Influencia de las actividades recreativas en el estado emocional del adulto mayor del Centro de Salud José Quiñones Gonzáles agosto–diciembre 2016."

Merchán, B. E. (2007). CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS: UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal.

Merino, J. P. (2015). Definición. De. Obtenido de Definición. De: <https://definicion.de/vida-social/>

Michalak, J., et al. (2011). "Buffering low self-esteem: The effect of mindful acceptance on the relationship between self-esteem and depression." Personality and Individual Differences 50(5): 751-754.

Ministerio de Desarrollo Social, S. D. (12 de junio de 2017). Ministerio de Desarrollo Social. Obtenido de Ministerio de Desarrollo Social: [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN\\_2015\\_Resultados\\_adultos\\_mayores.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_adultos_mayores.pdf)

Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Manual de aplicación del examen de medicina preventiva del adulto mayor. Santiago, Gobierno de Chile, 2008. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/ab1f81f43ef0c2a6e04001011e011907.pdf>

MINSAL. (2014). PROGRAMA NACIONAL DE SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES MINSAL. Santiago.

Montesinos Sanz, S., et al. (2008). "Relación entre deterioro cognitivo y depresión en población mayor de 65 años." *Atención Primaria* 40(4): 210.

Mor, E. H. (2015). Efectos de un programa de actividad física integral en la calidad de vida del adulto mayor. Dialnet.

O. Fernández, M. M. (2013). BIENESTAR EUDAEMÓNICO Y SOLEDAD EMOCIONAL Y SOCIAL. *Boletín de Psicología*.

OMS, C. O. (2018). Organización Mundial de la Salud (OMS). Obtenido de Organización Mundial de la Salud (OMS): <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>

OMS. (2013). Obtenido de Demencia: una prioridad de salud pública: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/dementia\\_report\\_2012/es/](http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/es/)

OMS. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la Salud. Biblioteca de la OMS.

OMS. (abril de 2016). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>

OMS. (diciembre de 2017). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>

OMS. (septiembre de 2015). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>

OMS; Alzheimer's Disease International. (2013). Demencia Una Prioridad de Salud Pública. Obtenido de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256\\_spa.pdf?Ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256_spa.pdf?Ua=1)

Ordorica Mellado, M. (2006). "La Demografía en los primeros años del siglo XXI: una visión hacia el proceso de envejecimiento." *Papeles de población* 12: 23-35.

Orth, U. (2017). 12 - The lifespan development of self-esteem A2 - Specht, Jule. *Personality Development Across the Lifespan*, Academic Press: 181-195.

Ortiz Arriagada, J. B. And M. Castro Salas (2009). "BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LOS ADULTOS MAYORES, SU RELACIÓN CON LA AUTOESTIMA Y LA AUTOEFICACIA: CONTRIBUCIÓN DE ENFERMERÍA." *Ciencia y enfermería* 15: 25-31.

Paulina Osorio Parraguez, M. J. (2011). Calidad de Vida en Personas Mayores en Chile. Revista Mad-Universidad de Chile.

Peláez, M. B. And M. Ferrer Lues (2001). "SALUD PÚBLICA Y LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS ADULTOS MAYORES." Acta bioethica 7: 143-155.

Pérez, V. And F. Sierra (2009). "Biología del envejecimiento." Revista médica de Chile 137(2): 296-302.

Pérez-Sanchez, R. And V. Smith-Castro (2008). "Comunicación intergeneracional: el Cuestionario de Percepción de la Comunicación Intergeneracional (CPCI) en el contexto costarricense." Interamerican Journal of Psychology 42: 589-603.

Plan Nacional de Demencia. (2017). Minsal. Obtenido de <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/PLAN-DE-DEMENCIA.pdf>

Políticas Públicas sobre Envejecimiento en los países del Cono Sur. (2015). Chile: Flacso, Chile.

Ponce, M. S. H., et al. (2014). "Social capital, social participation and life satisfaction among Chilean older adults." Revista de Saúde Pública 48: 739-749.

Rena, H. G. (2004). DEPRESIÓN, AUTOESTIMA Y ANSIEDAD EN LA TERCERA EDAD: UN ESTUDIO COMPARATIVO. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal.

Retamal-Arriaza, K. E. (2017). Inclusión laboral del adulto mayor en Chile, una perspectiva conceptual de la gestión del conocimiento. Boletín Científico Sapiens Research, 4(2), 22-26.

Reyes, N. E. B., et al. (2010). "Actividades recreativas para el mejoramiento de la calidad de vida en el adulto mayor." Olimpia: Publicación científica de la facultad de cultura física de la Universidad de Granma 7(25): 191-194.

Rinaudo, M. L. (2010). Riesgo de demencia y niveles de educación: Cuando aprender es más saludable de lo que pensamos. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal, <http://pruebedalyc.redalyc.org/articulo.oa?Id=16713758005>.

Rodríguez Feijoo, N. (2006). Factores que influyen sobre la calidad de vida de los ancianos que viven en geriátricos. XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de

Investigadores en Psicología del Mercosur, Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

Rodríguez Martín, M. (2009). "La soledad en el anciano." *Gerokomos* 20: 159-166.

Rodríguez-Díaz, B., et al. (2011). "Efecto de estrategias de cuidado de enfermería en el adulto mayor con deterioro de la movilidad física y conductas generadoras de la salud en Centros de Bienestar en la ciudad de Bucaramanga. Febrero a junio de 2010." *Revista Cuidarte* 2: 155-160.

Rodríguez-Hernández, M. (2006). "El ejercicio físico y la calidad de vida en los adultos mayores." *Pensamiento Actual* 6(7): 134-142.

Roig Hechavarría, C., et al. (2015). "La atención al Adulto mayor: un reto para la medicina contemporánea." *Revista Cubana de Medicina General Integral* 31: 0-0.

Rojas, M. (2010). Resultados Segunda Encuesta Nacional Calidad de vida en la vejez. Chile y sus Mayores (p.8), p.8.

Romero, D. T. (2009). Hacia una definición de Sedentarismo. *Rev Chile Cardiol*, 409.

Romero, N., et al. (2016). "Explicit self-esteem mediates the relationship between implicit self-esteem and memory biases in major depression." *Psychiatry Research* 242: 336-344.

Rosales Rodríguez, R. D. L. C., et al. (2014). "Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor." *Medisan* 18(1): 61-67.

Runcan, P. L., et al. (2010). "The emergence of depression in the elderly." *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2(2): 4966-4971.

Salinas Martínez, F., et al. (2010). "Actividad Física y sedentarismo: Repercusiones sobre la salud y calidad de vida de las personas mayores." *Retos. Nuevas Tendencias En Educación Física, Deporte y Recreación* (17).

San Román, X. A., et al. (2017). "Factores asociados al bienestar subjetivo en los adultos mayores." *Texto e Contexto Enfermagem* 26(2).

Sánchez, L. J., et al. (2015). "Evidencias y recomendaciones actuales sobre el tratamiento de la artrosis." *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 22(8): 423-431.

Segrin, C. (2000). "Social skills deficits associated with depression." *Clinical Psychology Review* 20(3): 379-403.

SENEMA. (2009). *Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores*.

Sepúlveda, G. E., & Araneda, N. G. (abril de 2014). *MONOGRAFÍA CIENTÍFICA: Estimulación Cognitiva en el Adulto Mayor Valente y No Valente*. Chillán, Chile.

Silva Piñeiro, R. And J. M. Mayán Santos (2016). "Beneficios psicológicos de un programa proactivo de ejercicio físico para personas mayores." *Escritos de Psicología (Internet)* 9: 24-32.

Spyrou, I.-M., et al. (2016). "Geriatric depression symptoms coexisting with cognitive decline: A comparison of classification methodologies." *Biomedical Signal Processing and Control* 25: 118-129.

Taheri Tanjani, P., et al. (2015). "The prevalence of diabetes mellitus (DM) type II among Iranian elderly population and its association with other age-related diseases, 2012." *Archives of Gerontology and Geriatrics* 60(3): 373-379.

Taucher, C. C. (2017). *Plan Nacional de Demencia*. Santiago: Ministerio de Salud.

Teixeira, C. M., et al. (2016). "Atividade física, autoestima e depressão em idosos." *Cuadernos de Psicología del deporte* 16(3): 55-66.

Theeke, L. A. (2009). "Predictors of Loneliness in U.S. Adults Over Age Sixty-Five." *Archives of Psychiatric Nursing* 23(5): 387-396.

Tilvis, R. S., et al. (2012). "Social isolation, social activity and loneliness as survival indicators in old age; a nationwide survey with a 7-year follow-up." *European Geriatric Medicine* 3(1): 18-22.

Timiras, P. S. (1996). "Chapter 1 The Cell Aging Process." *Advances in Cell Aging and Gerontology* 1: 1-29.

Torrado Ramos, A. M., et al. (2014). "Envejecimiento poblacional: una mirada desde los programas y políticas públicas de América Latina, Europa y Asia." *Revista Novedades en Población* 10(19): 18-29.

Trujillo García, S. (2005). "Agenciamiento individual y condiciones de vida." *Universitas Psychologica* 4: 221-230.

Valderrama., D. M. (2007). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal, <http://www.redalyc.org/html/647/64770119/>.

Valle, A. R. C., et al. (2017). "Depresión en mujeres adultas mayores y su afrontamiento." *Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud: RICS* 6(12): 19-30.

Vancampfort, D., et al. (2016). "Physical activity and sedentary behavior in people with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis." *Journal of Affective Disorders* 201: 145-152.

Vásquez, M. (20 de mayo de 2016). Beneficios de la actividad física en adultos mayores. ¡No es tarde para ponerse en forma! Recuperado el 4 de enero de 2018, de Beneficios de la actividad física en adultos mayores. ¡No es tarde para ponerse en forma!: <https://blog.cognifit.com/es/beneficios-de-la-actividad-fisica-en-adultos-mayores/>

Vega, Y. J. (2013). *Revista Electrónica de las Sedes Regionales de la Universidad de Costa Rica. Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, <http://www.redalyc.org/html/666/66627452009/>.

Veloz, P. And M. Salomón (2013). Programa de ejercicios físicos y recreativos para mejorar la calidad de vida en el adulto mayor del Cantón Santa Elena, Universidad de Guayaquil. Facultad de Educación Física Deportes y Recreación.

Villafuerte Reinante, J., et al. (2017). "El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial." *medisur* 15(1): 85-92.

Villarroel, M. Á. (2007). Recreación y calidad de vida en adultos mayores que viven en instituciones geriátricas y en sus hogares. Un estudio comparativo. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal.

Vivaldi, F. And E. Barra (2012). "Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores." *Terapia psicológica* 30: 23-29.

Waisman, G. (2017). "Hipertensión arterial en el anciano." *Hipertensión y Riesgo Vascular* 34(2): 61-64.

Wassink-Vossen, S., et al. (2014). "Physical (in)activity and depression in older people." *Journal of Affective Disorders* 161: 65-72.

Yesenia, B. D. (2017). INFLUENCIA DE LAS ACTIVIDADES RECREATIVAS EN EL ESTADO EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD JOSE QUIÑONES GONZALES. Pimentel.

Yisel Pinillos-Patiño, E. P.-S.-B. (2013). Nivel de participación en actividades sociales y recreativas de personas mayores en Barranquilla, Colombia. SCIELO.

ZAVALA G, M., et al. (2006). "FUNCIONAMIENTO SOCIAL DEL ADULTO MAYOR." Ciencia y enfermería 12: 53-62.

# ANEXOS

## 1. Consentimiento informado

Le estamos invitando a participar en el estudio de investigación “Efectos del ejercicio físico y actividades recreativas y sociales en la salud mental de los adultos mayores”, el cual tiene por objetivos Determinar los efectos de la actividad física, las actividades sociales y recreativas en la depresión, autoestima y habilidades sociales en mujeres mayores.

Si Ud. acepta participar será sometido, en una única instancia a los siguientes procedimientos: Se realizará una entrevista en donde se deberá completar una ficha de antecedentes generales y se aplicaran los TEST de Yesavage, Rosemberg y Habilidades Sociales HHSS.

Toda la información derivada de su participación en este estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad, lo que incluye el acceso de las investigadoras, los resultados de la investigación serán completamente anónimos.

Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede comunicarse con:

Investigadoras:

- Macarena Bustos, RUN 18.767.822-6, Correo: macaruchis@gmail.com
- Alejandra Fuentes, RUN 18.741.492-K, Correo: fuentes.alejandra94@gmail.com
- Karinna Góngora, RUN 18.444.183-7, Correo: kaaaary.uch@gmail.com
- Nicole Salamanca, RUN 18.093.607-6, Correo: nicole.salamanca.s@gmail.com

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en el estudio “Efectos del ejercicio físico y actividades recreativas y sociales en la salud mental de los adultos mayores”

\_\_\_\_\_

Nombre del sujeto

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Rut

\_\_\_\_\_

Fecha

## 2. Ficha de Anamnesis

### FICHA DE ANAMNESIS ADULTO MAYOR

#### 1. Antecedentes generales:

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Comuna en la que vive: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

¿Vive acompañado?: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es afirmativa, identifique parentesco: \_\_\_\_\_

Participa en alguna agrupación o asociación: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta anterior fue afirmativa, indique:

➤ ¿Cuánto tiempo lleva participando en el grupo? \_\_\_\_\_

➤ ¿Qué tipo de actividades se realizan en dicha agrupación?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

➤ ¿Cuántas veces a la semana se juntan?

\_\_\_\_\_

Trabaja: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta anterior fue afirmativa, indique: ¿En qué trabaja?:

\_\_\_\_\_

## 2. Antecedentes académicos

Sabe leer: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Sabe escribir: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Años de escolaridad cursados (especificar hasta que nivel académico):

➤ Enseñanza básica:

\_\_\_\_\_

➤ Enseñanza media científico – humanista: \_\_\_\_\_

➤ Enseñanza media técnico – profesional: \_\_\_\_\_

Tiene estudios superiores: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

➤ Carrera técnica profesional:

\_\_\_\_\_

➤ Carrera universitaria: \_\_\_\_\_

## 3. Antecedentes Actividades físicas, recreativas y sociales

Realiza Ejercicio físico: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

(Considerando Ejercicio Físico como *actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física.*)

Si la respuesta anterior fue “Afirmativa”:

➤ Esta se practica de manera: Individual \_\_\_\_\_ En grupo \_\_\_\_\_

➤ Cuantas veces a la semana: 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_

➤ En donde realiza esta actividad:

\_\_\_\_\_

Realiza actividades recreativas: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

(Considerando actividades recreativas como aquellas acciones que permiten que una persona se entretenga o se divierta. Se trata de actividades que un individuo no realiza por obligación, sino que las lleva a cabo porque le generan placer. Como por ejemplo las de creación manual y artística.)

Si la respuesta anterior fue "Afirmativa":

- Que actividades realiza: \_\_\_\_\_
- Cuantas veces a la semana: 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_
- En donde realiza esta actividad:  
\_\_\_\_\_

Realiza actividades sociales Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

(considerando actividades sociales como por ejemplo la asistencia a espectáculos, participación en actividades de la comunidad, encuentros y conversatorios con familiares, amigos y personas de la comunidad, visitas a familiares y amigos, visitas a lugares de interés artístico, turístico histórico social o físico-deportivo.)

Si la respuesta anterior fue "Afirmativa":

- Que actividades realiza: \_\_\_\_\_
- Cuantas veces a la semana: 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_
- En donde realiza esta actividad:  
\_\_\_\_\_

### 3. Test de depresión de Yesavage (1982)

Pregunta a realizar	Alternativa	Respuesta
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	SI - NO	
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI - NO	
¿Siente que su vida está vacía?	SI - NO	
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI - NO	
¿Tiene esperanza en el futuro?	SI - NO	
¿Sufre molestias por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI - NO	
¿Tiene a menudo buen ánimo?	SI - NO	
¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI - NO	
¿Se siente feliz muchas veces?	SI - NO	
¿Se siente a menudo abandonado?	SI - NO	
¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI - NO	
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI - NO	
¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI - NO	
¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI - NO	
¿Piensa que es maravilloso vivir?	SI - NO	
¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI - NO	
¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI - NO	
¿Está muy preocupado por el pasado?	SI - NO	
¿Encuentra la vida muy interesante?	SI - NO	
¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI - NO	
¿Se siente lleno de energía?	SI - NO	
¿Siente que su situación es desesperada?	SI - NO	
¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI - NO	
¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI - NO	

¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	<b>SI – NO</b>
¿Tiene problemas para concentrarse?	<b>SI – NO</b>
¿Está contento al momento de levantarse por la mañana?	<b>SI – NO</b>
¿Prefiere evitar reuniones sociales?	<b>SI – NO</b>
¿Es fácil para usted tomar decisiones?	<b>SI – NO</b>
¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	<b>SI - NO</b>
TOTAL	

Nombre: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

### **Valoración global escala de depresión de Yesavage**

Diseñada solo para diagnosticar la depresión en ancianos, por lo que es el instrumento de diagnóstico más utilizado para este fin. La escala está compuesta por 30 ítems (como se puede ver en la imagen), con respuestas entre dos opciones. Se puntúa de la siguiente forma, la respuesta que coincida con la alternativa en negrita equivale a 1 punto, al final se suma todo.

- 0-10: Normal.
- 11-14: Depresión probable
- >14: Depresión establecida

### 3. Test de Autoestima de Rosenberg (1965)

#### ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

**Indicación:** Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

**Codificación proceso:** 1.1.1.2.1.1.4. Autoestima (CIPE- $\alpha$ ).

**Administración:** La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Autoadministrada.

**Interpretación:**

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

**De 30 a 40 puntos:** Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

**De 26 a 29 puntos:** Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

**Menos de 25 puntos:** Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

**Propiedades psicométricas** La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escalas se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80

#### ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

#### 4. Test de Habilidades Sociales HHSS de Goldstein (1980)

### LISTA DE CHEQUEO EVALUACION DE HABILIDADES SOCIALES

(Goldstein et. Al. 1,980)

#### INSTRUCCIONES:

Deberás calificar tus habilidades marcando cada una de las habilidades que se describen a continuación, de acuerdo a los siguientes puntajes.

**Marca 1 si nunca utilizas bien la habilidad**

**Marca 2 si utilizas muy pocas veces la habilidad. Marca 3 si utilizas alguna vez bien la habilidad. Marca 4 si utilizas a menudo bien la habilidad.**

**Marca 5 si utilizas siempre bien la habilidad.**

	Nunca	Muy pocas veces	Alguna vez	A menudo	Siempre
<b>GRUPO I : PRIMERAS HABILIDADES SOCIALES</b>					
1.- ¿Prestas atención a la persona que te está hablando y haces un esfuerzo para comprender lo que te están diciendo?	1	2	3	4	5
2.- ¿Inicias una conversación con otras personas y luego puedes mantenerla por un momento?	1	2	3	4	5
3.- ¿Hablas con otras personas sobre cosas que interesan a ambos?	1	2	3	4	5
4.- ¿Eliges la información que necesitas saber y se la pides a la persona adecuada?	1	2	3	4	5
5.- ¿Dices a los demás que tú estas agradecida(o) con ellos por algo que hicieron por ti?	1	2	3	4	5
6.- ¿Te esfuerzas por conocer nuevas personas por propia iniciativa?	1	2	3	4	5

7.- ¿Presentas a nuevas personas con otros(as)?	1	2	3	4	5
8.- ¿Dices a los demás lo que te gusta de ellos o de lo que hacen?	1	2	3	4	5
<b>GRUPO II: HABILIDADES SOCIALES AVANZADAS</b>					
9.- ¿Pides ayuda cuando la necesitas?	1	2	3	4	5
10.- ¿Te integras a un grupo para participar en una determinada actividad?	1	2	3	4	5
11.- ¿Explicas con claridad a los demás como hacer una tarea específica?	1	2	3	4	5
12.- ¿Prestas atención a las instrucciones, pides explicaciones y llevas adelante las instrucciones correctamente?	1	2	3	4	5
13.- ¿Pides disculpas a los demás cuando haz echo algo que sabes que esta mal?	1	2	3	4	5
14.- ¿Intentas persuadir a los demás de que tus ideas son mejores y que serán de mayor utilidad que las de las otras personas?	1	2	3	4	5
<b>GRUPO III: HABILIDADES RELACIONADAS CON LOS SENTIMIENTOS</b>					
15.- ¿Intentas comprender y reconocer las emociones que experimentas?	1	2	3	4	5
16.- ¿Permites que los demás conozcan lo que sientes?	1	2	3	4	5
17.- ¿Intentas comprender lo que sienten los demás?	1	2	3	4	5
18.- ¿Intentas comprender el enfado de las otras personas?	1	2	3	4	5
19.- ¿Permites que los demás sepan que tú te interesas o te preocupas por ellos?	1	2	3	4	5
20.- ¿Cuándo sientes miedo, piensas porqué lo sientes, y luego intentas hacer algo para disminuirlo?	1	2	3	4	5
21.- ¿Te das a ti misma una recompensa después de hacer algo bien?	1	2	3	4	5

<b>GRUPO IV: HABILIDADES ALTERNATIVAS</b>					
22.- ¿Sabes cuándo es necesario pedir permiso para hacer algo y luego se lo pides a la persona indicada?	1	2	3	4	5
23.- ¿Compartes tus cosas con los demás?	1	2	3	4	5
24.- ¿Ayudas a quien lo necesita?	1	2	3	4	5
25.- ¿Si tú y alguien están en desacuerdo sobre algo, tratas de llegar a un acuerdo que satisfaga a ambos?	1	2	3	4	5
26.- ¿Controlas tu carácter de modo que no se te escapan las cosas de la mano?	1	2	3	4	5
27.- ¿Defiendes tus derechos dando a conocer a los demás cuál es tu punto de vista?	1	2	3	4	5
28.- ¿Conservas el control cuando los demás te hacen bromas?	1	2	3	4	5
29.- ¿Te mantienes al margen de situaciones que te pueden ocasionar problemas?	1	2	3	4	5
30.- ¿Encuentras otras formas para resolver situaciones difíciles sin tener que pelearte?	1	2	3	4	5
<b>GRUPO V: HABILIDADES PARA HACER FRENTE A ESTRÉS</b>					
31.- ¿Le dices a los demás de modo claro, pero no con enfado, cuando ellos han hecho algo que no te gusta?	1	2	3	4	5
32.- ¿Intentas escuchar a los demás y responder imparcialmente cuando ellos se quejan por ti?	1	2	3	4	5
33.- ¿Expresas un halago sincero a los demás por la forma en que han jugado?	1	2	3	4	5
34.- ¿Haces algo que te ayude a sentir menos vergüenza o a estar menos cohibido?	1	2	3	4	5
35.- ¿Determinas si te han dejado de lado en alguna	1	2	3	4	5

actividad y, luego, haces algo para sentirte mejor en esa situación?					
36.- ¿Manifiestas a los demás cuando sientes que una amiga no ha sido tratada de manera justa?	1	2	3	4	5
37.- ¿Si alguien está tratando de convencerte de algo, piensas en la posición de esa persona y luego en la propia antes de decidir qué hacer?	1	2	3	4	5
38.- ¿Intentas comprender la razón por la cual has fracasado en una situación particular?	1	2	3	4	5
39.- ¿Reconoces y resuelves la confusión que se produce cuando los demás te explican una cosa, pero dicen y hacen otra?	1	2	3	4	5
40.- ¿Comprendes de qué y porqué has sido acusada(o) y luego piensas en la mejor forma de relacionarte con la persona que hizo la acusación?	1	2	3	4	5
41.- ¿Planificas la mejor forma para exponer tu punto de vista, antes de una conversación problemática?	1	2	3	4	5
42.- ¿Decides lo que quieres hacer cuando los demás quieren que hagas otra cosa distinta?	1	2	3	4	5
<b>GRUPO VI: HABILIDADES DE PLANIFICACION</b>					
43.- ¿Si te sientes aburrida, intentas encontrar algo interesante que hacer?	1	2	3	4	5
44.- ¿Si surge un problema, intentas determinar que lo causó?	1	2	3	4	5

45.- ¿Tomas decisiones realistas sobre lo que te gustaría realizar antes de comenzar una tarea?	1	2	3	4	5
46.- ¿Determinas de manera realista qué tan bien podrías realizar antes de comenzar una tarea?	1	2	3	4	5
47.- ¿Determinas lo que necesitas saber y cómo conseguir la información?	1	2	3	4	5
48.- ¿Determinas de forma realista cuál de tus numerosos problemas es el más importante y cuál debería solucionarse primero?	1	2	3	4	5
49.- ¿Analizas entre varias posibilidades y luego eliges la que te hará sentirte mejor?	1	2	3	4	5
50.- ¿Eres capaz de ignorar distracciones y solo prestas atención a lo que quieres hacer?	1	2	3	4	5

### **CALIFICACIÓN:**

La calificación es un procedimiento simple y directo que se ve facilitado por la estimación que hace el sujeto de su grado de competencia o deficiente en que usa las habilidades sociales, comprendidas en la lista de chequeo, el cual están indicando un valor cuantitativo.

La puntuación máxima a obtener en un ítem es 5 y el valor mínimo es 1. Es posible obtener los siguientes puntajes de medidas de uso competente o deficiente de las habilidades sociales al usar la escala.

