



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**ASOCIACIÓN ENTRE EL ESTILO DE VIDA Y SINTOMATOLOGÍA
ANSIOSA Y DEPRESIVA EN ADULTOS MAYORES EN
CONFINAMIENTO DOMICILIARIO DURANTE LA PANDEMIA
POR COVID-19**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

JAIME EDUARDO AGUILAR RAMOS

DIRECTOR

DR. PAUL CARRILLO MORA

COMITÉ DE TESIS

MTRA. MARÍA ALEJANDRA SAMUDIO CRUZ

DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA

MTRA. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDOÑEZ

MTRA. GUADALUPE CELIA MEDINA HERNÁNDEZ



Ciudad Universitaria, CD. MX.

2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Reconocimiento

Este estudio fue posible gracias al proyecto de investigación titulado “*Impacto de un programa piloto multidisciplinario a distancia para mitigar los efectos psicológicos y cognitivos de la emergencia sanitaria por COVID-19 en adultos mayores*”, realizado en el Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra (INRLGII) y financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Acuerdo PP F002 4/XVI/2020).

Agradecimientos

A mis padres, Jaime y Floricel, por ser la raíz de mi vida, por enseñarme que, pese a todo, es posible volver a levantarse, por abrazarme y guiarme en mi camino que con mucho empeño he logrado recorrer, porque sin su apoyo y comprensión el sueño que ahora cumplo no sería posible. ¡Por una vida llena de recuerdos juntos!

A mis hermanas, Claudia y Mariana, por ser mis mejores amigas, son el motivo por el cual sonrío todos los días, mi ejemplo a seguir, mi lugar favorito. Gracias porque con ustedes estoy seguro; para reír o llorar, siempre con ustedes.

A mis abuelos, tíos, primos, sobrinos, a toda mi familia, gracias por estar presentes, ya que, cerca de mí o en la distancia, representan un pilar invaluable en mi vida que, hoy más que nunca, aprecio me sostenga.

A mis compañeras de la facultad y mis compañeros del servicio, gracias por acompañarnos en este trayecto; el valor de nuestro esfuerzo y dedicación pronto cultivará más éxitos.

A mis maestros que a lo largo de mi trayectoria escolar compartieron sus conocimientos y experiencia con entusiasmo. A la máxima casa de estudios, la Universidad Nacional Autónoma de México, por permitirme ser parte de ella y por brindarme las herramientas para formarme como profesional y crecer como persona.

Agradezco al Dr. Paul Carrillo por permitirme ser parte de este proyecto en el que conocí a grandes profesionales, especialmente a mi revisora de tesis, la Mtra. Alejandra Samudio, quien reconoció mi esfuerzo y depositó su confianza en mí para trabajar a su lado.

Muchas gracias a la Mtra. Dulce Tovar y el Mtro. Carlos Torres, quienes me abrieron la puerta de sus mundos y me confirmaron que trabajar con personas mayores es un área de la cual deseo

seguir aprendiendo y creciendo. El interés y pasión que me transmitieron por la Neuropsicología y Psicología, así como sus enseñanzas y consejos, motivará mis deseos de seguir en este camino.

Al área de Neuropsicología y Psicología de Alzheimer México I.A.P., especialmente a Lupita. Gracias por enseñarme que cada día puede haber una persona que necesita de mi ayuda y calidez.

Gracias a todos que con sus cumplidos, comentarios y críticas han sido parte de mi carrera, de mi formación y de mi vida.

Índice

Resumen.....	6
Introducción.....	7
Capítulo 1. El envejecimiento y la sintomatología afectiva de la persona adulta mayor.....	8
1.1 Definición, modelos y estadísticas del envejecimiento.....	8
1.2 Sintomatología afectiva en la persona adulta mayor.....	12
1.2.1 Prevalencia, síntomas e impacto de la sintomatología depresiva.....	13
1.2.2 Prevalencia, síntomas e impacto de la sintomatología ansiosa.....	16
Capítulo 2. El estilo de vida y su relación con la salud física y mental.....	19
2.1 Definición del estilo y hábitos de vida.....	19
2.1.1 Antecedentes del estudio del estilo de vida.....	20
2.2 Componentes del estilo de vida.....	24
2.2.1 Actividad física/Ejercicio.....	25
2.2.2 Alimentación/Nutrición.....	26
2.2.3 Sueño.....	27
2.3 Asociación entre el estilo de vida y sintomatología afectiva en la persona adulta mayor.....	28
Capítulo 3. Crisis y situaciones de emergencia sanitarias.....	32
3.1 Brotes epidémicos en la historia.....	32
3.2 Enfermedad por el virus de Sars-Cov-2 (COVID-19).....	35
3.2.1 Estadísticas a nivel nacional.....	36
3.2.2 Impacto del confinamiento social por COVID-19 en la persona adulta mayor.....	40
3.3 Programas de intervención a favor de la salud mental en emergencias sanitarias.....	42
Método.....	44
Resultados.....	52
Discusión.....	59
Conclusiones.....	63
Referencias.....	65
Anexos.....	78

Resumen

Una de las preocupaciones más sobresaliente en los últimos años ha sido la inconsistencia en la atención en salud a la población nacional, en especial a las personas adultas mayores. Ante una emergencia sanitaria a nivel mundial, como la pandemia por COVID-19, los problemas de salud se magnifican, disminuyendo la calidad de vida de las personas. En suma a lo anterior, el confinamiento domiciliario por la pandemia de COVID-19 ha generado un gran impacto en el estilo de vida de las personas adultas mayores, trayendo consigo consecuencias a nivel físico, psicológico y social. Pese a que previas emergencias sanitarias han permitido determinar diversas conclusiones sobre el impacto en la salud física, poco se ha investigado sobre las afectaciones en salud mental de quienes transitan un confinamiento domiciliario y su estilo de vida durante éste. En ese sentido, resulta necesario determinar la asociación entre el estilo de vida y la sintomatología ansiosa y depresiva en personas adultas mayores en confinamiento domiciliario, a fin de que este trabajo constituya una herramienta útil en la formulación de medidas que mejor favorezcan la salud mental de las personas mayores.

Palabras clave: *estilo de vida, sintomatología ansiosa y depresiva, confinamiento domiciliario, adultos mayores*

Summary

One of the most outstanding concerns in recent years has been the inconsistency in health care for the national population, especially the elderly. In the face of a worldwide health emergency, such as the COVID-19 pandemic, health problems are magnified, diminishing people's quality of life. In addition to the above, home confinement due to the COVID-19 pandemic has had a great impact on the lifestyle of the elderly, bringing with it physical, psychological, and social consequences. Although previous health emergencies have led to various conclusions about the impact on physical health, little research has been done on the mental health effects of those in home confinement and their lifestyle during it. In this sense, it is necessary to determine the association between lifestyle and anxious and depressive symptomatology in older adults in home confinement, so that this work may constitute a useful tool in the formulation of measures that better favor the mental health of the elderly.

Keywords: *lifestyle, anxious and depressive symptomatology, home confinement, older adults*

Introducción

En los últimos años, un aumento progresivo de la esperanza de vida y una disminución creciente en la tasa de natalidad ha provocado un incremento significativo en el porcentaje de personas de mayor edad (Ochoa-Vázquez et al., 2018). Tal incremento, ha resultado consecutivamente en un amplio número de enfermedades crónicas asociadas al envejecimiento y a un descenso gradual de las capacidades físicas y psicosociales en esta población. Entre estos padecimientos, los trastornos afectivos como la ansiedad, caracterizada por una respuesta ante preocupaciones y miedos excesivos, y la depresión, manifestada principalmente por tristeza persistente y disminución del interés por actividades placenteras, son los más frecuentes en personas mayores (Sotelo et al., 2012).

Dada la alta prevalencia de estos trastornos y su impacto en diferentes áreas, se consideran como un problema de salud pública (Calderón, 2018). Es así como la prevención y promoción de la salud surgen como estrategias que permiten a las personas tener control sobre su propia salud y mejorarla (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1986), procurando que ciertos factores psicológicos, conductuales y sociales protejan la salud mental, en vez de perjudicarla. El conjunto de estos factores se agrupa en lo que conocemos como estilos de vida, definido propiamente como patrones conductuales o hábitos que pueden beneficiar o poner en riesgo la salud (Moreno y Vallejo, 2011).

La importancia del estilo de vida está dada por su interrelación con la salud mental, puesto que al emplear estrategias dirigidas a manejar las reacciones anímicas, al mismo tiempo se promoverá un estilo de vida saludable, y viceversa (Arora y Grey, 2020). Por tanto, el alcance de los hallazgos que deriven de este estudio fundamentará la promoción de un estilo de vida saludable como elemento central en una propuesta de intervención psicológica.

Ante esta información, el presente trabajo tiene como objetivo conocer las asociaciones entre los hábitos que conforman el estilo de vida, y la sintomatología ansiosa y depresiva en personas mayores que se encuentran en confinamiento domiciliario durante la emergencia sanitaria por COVID-19.

Capítulo 1. El envejecimiento y la sintomatología afectiva de la persona mayor

1.1 Definición, modelos y estadísticas del envejecimiento

En el sentido más amplio, el envejecimiento puede definirse como un proceso continuo, heterogéneo, universal, irreversible y multifactorial que determina una serie de transformaciones o cambios estructurales, funcionales y químicos, relacionadas directamente por factores ambientales, psicológicos y socioculturales (Pinillos y Quintero, 2017), y que propicia la redefinición de uno mismo y de las habilidades propias (Alvarado y Salazar, 2014). Sin embargo, la comprensión del envejecimiento puede realizarse desde un gran número de modelos que, al analizarlos, se observan marcadas diferencias (Gutiérrez, 1999). Por ello, es necesario explicar la trayectoria por la cual este fenómeno ha transitado hasta la actualidad.

En primer lugar, puede señalarse que los cambios pueden abordarse de acuerdo con Gutiérrez (1999):

- a) cronológico, que implica estudiar los cambios según el paso del tiempo;
- b) biológico, que intenta explicar los cambios desde el grado de deterioro de los órganos y sistemas del cuerpo humano;
- c) psicológico, integrado por la esfera cognoscitiva, con el pensamiento y las capacidades cognitivas, y la esfera psicoafectiva, que incide en la personalidad y la afectividad;
- d) social, que comprende los cambios desde los roles sociales, el modo de interacción y de adaptación a las condiciones sociales y culturales;
- e) fenomenológico, referido por la percepción subjetiva de los cambios que acontecen;
- f) funcional, el cual constituye el indicador de los cambios y limitaciones que el individuo presenta en su quehacer cotidiano.

Lo anteriormente enunciado permite asumir que el envejecimiento es el resultado de la suma de todos los cambios que influyen en una diversidad de aspectos que se experimentan en esta etapa; el estudio del envejecimiento concurre en una concepción holística, compleja y multifactorial.

A pesar de que actualmente se tiene tal visión del envejecimiento, en un principio, se describieron los cambios asociados como “pérdidas”, lo cual continúa causando confusión cuando se trata de especificar lo que se entiende por tal y, por ende, puede dirigir erróneamente la teoría y práctica que del estudio del envejecimiento se derive. Con base en esta perspectiva, surge un primer modelo que explica al envejecimiento en un declive progresivo hasta llegar a la muerte del individuo (Triadó y Villar, 1997). Es así como surge el modelo de “U invertida”, en el que se identifica primeramente una etapa representada por crecimiento y desarrollo, una etapa intermedia caracterizada por el equilibrio en el funcionamiento del organismo, y una etapa final marcada por pérdidas acumuladas que terminan con la muerte.

Dado que dicho modelo retoma únicamente los cambios biológicos como definitorios del envejecimiento, en respuesta a esto, a finales de 1970 se propone la orientación del ciclo vital (*life-span*). En éste, más allá de cuestionar la perspectiva de declive, se enfatiza la influencia que pueden tener factores relacionados con el entorno social e histórico con experiencias vitales no normativas (Santiago-Baena et al., 2013; Triadó y Villar, 1997). Cabe mencionar que tal modelo también reconoce la presencia de pérdidas y ganancias, sin embargo, se percibe como un modelo más optimista (Santiago-Baena et al., 2013).

Hasta este punto, ambos modelos descritos hacen preguntarse cuáles son los condicionantes para envejecer de manera óptima, por lo que, en ese sentido, Rowe y Kahn en 1987 proponen distinguir en el envejecimiento “normal” dos categorías: el envejecimiento usual y el envejecimiento con éxito. El objetivo principal era compensar la tendencia de distinguir entre envejecimiento patológico y no patológico, es decir, entre las personas con discapacidades o enfermedades y las que no las padecen, de manera que pueda estudiarse cómo actúan y sobre qué variables intervenir para reducir los factores de riesgo (Petretto et al., 2016).

Según esta distinción, el envejecimiento exitoso hace referencia a la habilidad de mantenerse en bajo riesgo de enfermar, con un alto nivel de actividad física y cognitiva, y un alto nivel de compromiso con la vida, mientras que en el envejecimiento usual estarían aquellos individuos no patológicos pero que tienen alto riesgo de desarrollar enfermedades (Petretto et al., 2016; Alvarado y Salazar, 2014).

A partir de esta distinción, es posible visibilizar otras alternativas teóricas que complementan y actualizan el conocimiento sobre los procesos involucrados en el envejecimiento activo. Así, puede mencionarse el modelo de selección, optimización y compensación (SOC) de Baltes y Baltes (1990), cuyos tres componentes pueden describirse de acuerdo con Petretto et al. (2016) a grandes rasgos como: a) selección, que consistiría en centrarse en las habilidades o dominios que generan mayor satisfacción; b) optimización, que se refiere a mejorar en aquellos dominios seleccionados; c) compensación de las pérdidas a través de otras capacidades no afectadas.

Ante el avance mostrado, los organismos internacionales, a finales del siglo XX, formulan y promueven dos principales términos: el envejecimiento saludable y el envejecimiento activo. El envejecimiento saludable, puede definirse como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez, entendiendo a la capacidad funcional como la combinación final entre la persona y su entorno, y la interacción entre ambos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

Por otro lado, el envejecimiento activo, cuya primera definición puede señalarse en el año 1960 por Havighurst, se retoma para sustituir el concepto de envejecimiento saludable y considerar, no solamente los indicadores de salud, sino también aspectos psicológicos, sociales y económicos. De esta forma, puede mencionarse que el envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas que transitan por el envejecimiento (OMS, 2015).

A manera de síntesis, es evidente que la conceptualización del envejecimiento ha transitado por varios modelos explicativos, por lo que, para tener una visión más completa, es imprescindible el conocimiento de los postulados de los diferentes modelos, así como para promover la implementación de programas que permitan lograr el máximo de salud, bienestar y calidad de vida de las personas mayores.

Estadísticas del envejecimiento poblacional

El envejecimiento demográfico o envejecimiento de la población puede definirse como el proceso de cambio en la estructura por edad de la población, caracterizada por el aumento en número y proporción de personas de 60 años y más (Ochoa-Vázquez et al., 2018). Este fenómeno se analiza desde lo que se conoce como transición demográfica, concepto que es utilizado para describir las características del cambio demográfico que atraviesan varios países.

De acuerdo con Chackiel y Martínez (1993), pueden identificarse cuatro etapas de la transición demográfica, a saber: 1) se presentan tasas igualmente altas de fecundidad y mortalidad; 2) se presenta descenso en la mortalidad, mientras que la natalidad se mantiene; 3) la mortalidad sigue disminuyendo y se observa una declinación de la fecundidad; 4) finalmente, tanto la fecundidad y la mortalidad presentan descensos significativos. Si bien estas etapas marcan las pautas de la transformación sociodemográfica, debe señalarse que, aunque casi siempre es un proceso similar, existen diferencias según las circunstancias económicas, políticas y socioculturales de cada país.

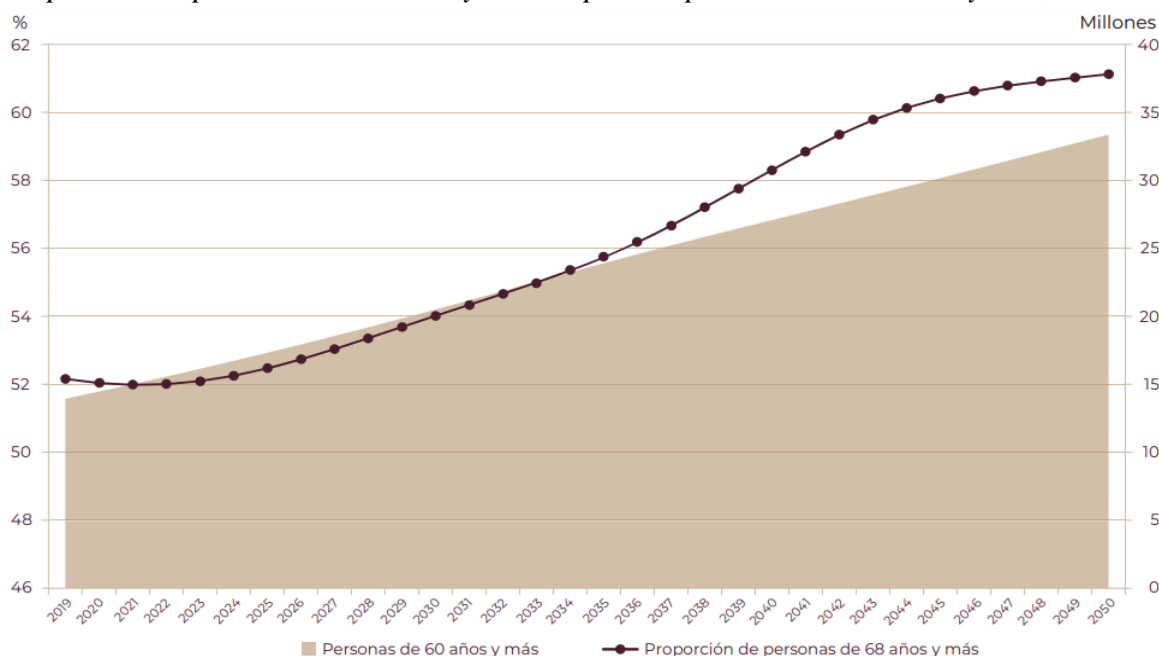
En el caso de México, el envejecimiento demográfico comenzó a observarse durante 1930 a 1970 con importantes descensos de la mortalidad y un aumento en la esperanza de vida de 36 a 62 años. Después, entre 1970 al 2000, se identificó la tercera etapa con una reducción significativa de la fecundidad, pasando de un promedio de 5 a 2.4 hijos por mujer (Presidencia de la República, 2001). Se prevé que la última fase de transición se observe en las próximas décadas y concluya en 2050 (Presidencia de la República, 2001; Reyes, 2006).

Hasta este punto, la trayectoria de transición sigue el curso antes mencionado, lo que puede corroborarse por lo que reporta el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2019) mediante la Encuesta Nacional de la Dinámica Geográfica 2018, dado que el número total de personas de 60 años y más en 2018 es de aproximadamente 15.4 millones, es decir, 12.3% de la población mexicana. Con este ritmo, como se observa en la Figura 1, se espera que la tasa de crecimiento incremente un 4% entre 2025 y 2030, y decaiga a un 2.1% entre 2049 y 2050 (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2019).

Otro dato por resaltar es el crecimiento del grupo de 68 años y más con respecto a las personas de 60 años y más en las próximas décadas (Figura 1), lo que sugiere destaca la enorme importancia de fortalecer los servicios de salud que puedan hacer frente al envejecimiento demográfico y al consecuente incremento de enfermedades, tanto físicas como psicológicas, que puedan generar dependencia funcional en personas mayores.

Figura 1

Proporción de personas de 68 años y más respecto a población de 60 años y más, 2019-2050



Nota: Elaborado con base en las *Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050*. Tomado de *La Situación demográfica de México*, por CONAPO, 2019, p. 28.

1.2 Sintomatología afectiva en el adulto mayor

La salud mental, considerada como el estado de equilibrio que debe existir entre las personas y el entorno socio-cultural que los rodea, incluye el bienestar psíquico, emocional y social, e influye en cómo piensa, siente y actúa una persona ante diferentes situaciones. No obstante, es muy frecuente que el personal de salud no considere importante la sintomatología afectiva de las personas adultas mayores, debido a que se piensa que es un proceso normal del envejecimiento. En ese sentido, es importante conocer los problemas de salud mental que puedan dificultar enormemente el desempeño en las actividades cotidianas.

1.2.1 Prevalencia, síntomas e impacto de la sintomatología depresiva

Como se mencionaba, con el avance del envejecimiento demográfico, algunas capacidades físicas se deterioran y los problemas de la salud mental aumentan. Entre los más frecuentes se encuentra la depresión (Iribarne et al., 2020), la cual se considera un trastorno mental caracterizado por una alteración en el estado de ánimo acompañado de un conjunto de síntomas de intensidad y duración variables (González, 2009), logrando ser una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial según la OMS (2006).

Dada la variabilidad de síntomas de la depresión, éstos pueden agruparse en tres componentes principales (Ritterband y Spielberger, 1996): a) el afectivo, que incluiría sentimientos de tristeza, abatimiento e inutilidad; b) el cognitivo, presentando dificultades cognoscitivas de pensamiento y concentración; y c) conductual, que incorpora problemas de sueño, de alimentación y de interacción social. No obstante, pese a esta división, es necesario integrar cada uno de estos componentes, pues sólo así podrá abordarse este padecimiento.

A pesar de la complejidad y carácter multifactorial de la depresión, se ha logrado identificar presentaciones clínicas diferentes entre sí, con base en el número, intensidad y duración de los síntomas, logrando así establecer criterios y manuales diagnósticos utilizados frecuentemente en el campo psiquiátrico. Uno de ellos, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales o DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013), distingue varios tipos de trastornos depresivos, entre ellos: el trastorno depresivo mayor, el trastorno depresivo recurrente, la distimia, por mencionar algunos.

Sin especificar el tipo de trastorno depresivo, las estadísticas mundiales señalan que el número total de personas con depresión en 2015 fue de aproximadamente 322 millones (4.4% de la población mundial). Estos datos muestran variaciones por grupo de edad, siendo los adultos mayores, especialmente las mujeres, quienes presentan mayor prevalencia en comparación con niños y adolescentes menores de 15 años (OMS, 2017). En México, los datos de prevalencia varían entre 5 y 15% para el trastorno depresivo mayor según el ámbito clínico y los instrumentos empleados para evaluarla (Sotelo et al., 2012).

Con respecto a esto último, cabe mencionar que existe un gran número de escalas e instrumentos de evaluación del estado anímico que se utilizan frecuentemente en el contexto clínico. Su importancia radica en que permiten conocer la gravedad de la sintomatología y orientar al profesional en salud para elegir la estrategia más adecuada en padecimientos de esta naturaleza. Uno de ellos, el Cuestionario de Depresión Geriátrica (Yesavage y Sheikh, 1986), se ha convertido, probablemente, en el instrumento de tamizaje más utilizado para identificar síntomas de depresión en población adulta mayor.

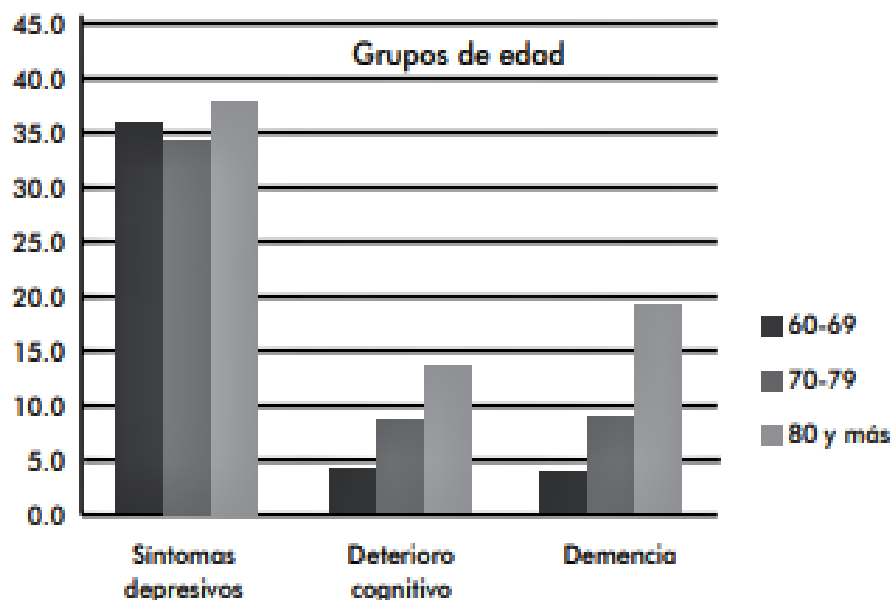
No obstante, a pesar de los avances en el conocimiento de los síntomas y la evaluación de la depresión, su diagnóstico aún continúa planteando múltiples desafíos tanto conceptuales como clínicos, lo que implica que muchas veces pase desapercibido y sus manifestaciones no sean diagnosticados correctamente o sean subtratados (Tello et al., 2016), y, como consecuencia, impactar negativamente en aspectos de índole físico, cognitiva, social y funcional. En este punto, cabe mencionar que, desde el aspecto cognitivo, la depresión suele ser comórbida con el trastorno neurocognitivo mayor (Figura 2), o también conocidos como demencias, lo que dificulta aún más el diagnóstico diferencial (Iribarne et al., 2020).

Dado los múltiples desafíos que su diagnóstico presenta, se ha propuesto prestar atención a aquellos primeros síntomas que causan malestar o deterioro significativo en el individuo, pero que no cumplen los criterios establecidos en los diferentes manuales diagnósticos. De esta manera, la depresión se entendería como un continuo que inicia con síntomas subclínicos con probabilidad de evolucionar a depresiones menores o a un trastorno depresivo mayor (Ayuso-Mateos et al., 2010; Agudelo et al., 2007). A este conjunto de síntomas puede denominarse depresión subclínica, cuya primera definición (Judd et al., 1994) señala que deben presentarse dos o más síntomas de depresión casi o todo el tiempo en al menos dos semanas.

El estudio de la depresión subclínica se encuentra fundamentada por investigaciones sobre los predictores clínicos, la cronicidad de las manifestaciones depresivas y de otros factores que pueden participar para desarrollar un trastorno depresivo (de la Torre-Luque y Ayuso-Mateos, 2020).

Figura 2

Condiciones de salud mental y cognitiva por grupo de edad



Nota: La frecuencia de deterioro cognitivo, demencia y sintomatología depresiva clínicamente significativa fueron tomados de la ENASUT 2012. Tomado de *Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud*, por Instituto Nacional de Geriátría [INGER], 2013, p. 33.

Además, esta denominación resulta adecuada si se enfatiza que las personas que presentan síntomas depresivos subclínicos tienen mayor probabilidad de presentar enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias (Berenzon et al., 2013). De igual importancia, en la población adulta mayor, tan solo la presencia de sintomatología depresiva está asociada a una mayor demanda de servicios de salud y de urgencias, visitas al médico, uso de fármacos y un alto impacto económico (Aguilar-Navarro y Ávila-Funes, 2006).

Al momento, se desconocen las tasas de prevalencia de la depresión subclínica, debido principalmente a la falta de consenso sobre este mismo. Sin embargo, las estadísticas hasta ahora reportadas (Figura 2) apuntan que 35.6% de los adultos mayores presentan sintomatología depresiva (Sosa-Ortíz et al., 2015; INGER, 2013). Más recientemente, mediante la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México 2018, el INEGI (2019) señala que, de la población de 50 años y más, 30.6% reportaron 5 o más síntomas depresivos, siendo las mujeres

quienes presentan un porcentaje mayor (37.1%); no se encontraron diferencias significativas entre 2012 y 2018.

Aunque estos datos ponen de relieve la depresión como problema de salud pública, los avances en el conocimiento sobre esta enfermedad no dejan duda del alto impacto que ésta tiene. Por ello, es primordial resaltar el impacto que tiene la sintomatología depresiva en la población adulta mayor.

1.2.2 Prevalencia, síntomas e impacto de la sintomatología ansiosa

La ansiedad, caracterizada por ser una respuesta ante preocupaciones excesivas, miedos o situaciones estresantes (Granados-Ramos et al., 2019), es considerada un problema frecuente entre las personas mayores, causando afectaciones disruptivas clínicamente significativas, incrementando la discapacidad, mortalidad y riesgo de enfermar, y disminuyendo la sensación de bienestar y satisfacción subjetiva (Cabrera y Montorio, 2009).

Al hablar de la sintomatología ansiosa, es fundamental precisar su carácter multidimensional, dado que suele presentarse un patrón de respuestas en el que se da la interacción de 3 sistemas (Cisneros y Austín, 2019): a) cognitivo, que incluiría los pensamientos e imágenes mentales de contenido amenazante; b) motor/conductual, que comprende los comportamientos de huida y evitación; y c) fisiológico, que hace referencia al conjunto de reacciones corporales como sudoración, taquicardia, tensión muscular, entre otros, siendo estos últimos los más predominantes (Antón et al., 2006).

Dada esta diversidad en la presentación de las manifestaciones ansiosas, el DSM-V (APA, 2014) ha logrado enlistar diferentes trastornos. Como señala Antón et al. (2006), por orden de frecuencia en la persona mayor se encuentra: el trastorno de ansiedad generalizada, trastorno fóbico, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático, entre otros. El impacto general de los trastornos de ansiedad puede verse reflejada en su tasa de prevalencia, la cual estima que 3.6%, es decir, aproximadamente 264 millones a nivel mundial presentan algún trastorno, sin variación significativa entre grupos de edad y observando una tendencia de menor

prevalencia entre adultos mayores (OMS, 2017). En México, se sugiere que la prevalencia aproximada en adultos mayores alcanza un 13% (Granados-Ramos et al., 2019).

No obstante, al igual que los trastornos depresivos, los trastornos ansiosos presentan dificultades en cuanto a su conceptualización y diagnóstico (Cisneros y Austín, 2019). Esto da pie a que, en los años recientes, se formule y muestre aceptación el término de ansiedad subclínica, el cual puede causar consecuencias igualmente altas en el sueño, afectando el funcionamiento diario, incrementando el uso de servicios de salud y el consumo de medicamentos (Grenier y Richer, 2021). A pesar de ello, la literatura sobre la ansiedad subclínica no ha recibido la misma atención que la depresión subclínica (Witlox et al., 2020).

Otras dificultades de gran interés en cuanto a la formulación de su diagnóstico, es su asociación con enfermedades somáticas, el deterioro cognitivo, el delirium y la depresión, lo que ha llevado a considerarlos como factores de riesgo para éstos y otros padecimientos (Antón et al., 2006). En consecuencia, se han establecido diversas formas de evaluar la sintomatología ansiosa, de manera que se obtenga una impresión más clara y precisa del individuo. Así pues, el uso de instrumentos y escalas en el contexto clínico han sido especialmente diseñados con el fin de identificar la severidad de la sintomatología. Entre la amplia gama de instrumentos, el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck et al., 1988), es una de las herramientas que se emplean con mayor frecuencia, tanto en la investigación psicológica como en el contexto clínico, por su sencilla aplicación e interpretación (Robles et al., 2001).

Dada la importancia de la sintomatología ansiosa y depresiva en la población adulta mayor, es primordial contar con profesionistas que respondan a las necesidades de esta población, de manera que se preserven sus capacidades y maximicen sus potenciales (Ochoa-Vázquez et al., 2018). Desde el campo de la psicología, es preciso una formación profesional enfocada en, primeramente, comprender los cambios, principalmente afectivos, en el envejecimiento, y, seguidamente, emplear adecuadamente estrategias y técnicas de intervención.

De todo el anterior, puede concluirse que el envejecimiento es pues un fenómeno que provoca preocupación entre la sociedad, los sistemas de salud y gobiernos, e impone un análisis y abordaje trans y multidisciplinar a favor de un envejecimiento saludable.

Capítulo 2. El estilo de vida y su relación con la salud física y mental

2.1 Definición del estilo y hábitos de vida

El interés por el estilo de vida no es un objeto de estudio nuevo (Pastor et al., 1998). A partir de la primera definición aportada por Lalonde (1974), quien la delimita como “el conjunto de decisiones que adoptan las personas para cuidar su salud”, se pueden detectar tres aproximaciones al concepto de estilo de vida (Oblitas, 2010). En primer lugar, desde una perspectiva genérica, se le conceptualiza como una moral saludable que cae bajo la responsabilidad del individuo. Desde esta conceptualización, se han propuesto dos principales estilos de vida:

- a) Estilo de vida saludable: con dos dimensiones, sobriedad, definida por comportamientos que implican no fumar, tomar alimentos saludables, abstinencia del alcohol, y actividad, definida por la participación en deportes y ejercicio regular, mantenimiento de un bajo índice de masa corporal, entre otros.
- b) Estilo de vida libre: caracterizado por comportamientos totalmente contrarios al anterior: consumo de alcohol, toma de alimentos no saludables y despreocupación por la apariencia física.

En este punto de vista, se engloba el trabajo de la OMS cuyo objetivo principal es la promoción de estilos de vida saludables. Sin embargo, la desventaja inherente a esta perspectiva es su excesiva concentración sobre la responsabilidad individual y la desconsideración de las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales que pudieran estar manteniendo estilos de vida insalubres (Guerrero y León, 2010; Oblitas, 2010).

Como respuesta a esta crítica, una alternativa incluiría la forma en que las sociedades organizan el acceso a la información, a la cultura y a la educación. Esto es, un estilo de vida socializado (Gil Roales, 1998) establece que el nivel de control sobre el propio estilo de vida incide sobre la interacción entre responsabilidad individual y sociopolítica. No obstante, el problema de esta conceptualización reside en la dificultad de operacionalizar un concepto tan amplio y el posible enfoque a efectos de intervención (Oblitas, 2010).

Por último, una tercera aproximación, desde un enfoque pragmático, se centra en ciertas pautas de comportamiento cuyo efecto sea la promoción de la salud o la potenciación de riesgos (Oblitas, 2010). Una definición, desde esta perspectiva, la aporta Gamarra et al. (2010), quien señala el estilo de vida como una estructura multidimensional de rasgos individuales que las personas desarrollan en interacción con el ambiente y se manifiestan a través de conductas promotoras de salud. Asimismo, este punto de vista se caracteriza por intentar fijar empíricamente los componentes del estilo de vida relevantes para la salud, aspecto en el que no se ha llegado a un acuerdo unánime sobre cuáles son las conductas que la promueven (Oblitas, 2010; Velásquez et al., 2006).

Con esta información presente, pueden identificarse dos categorías (Guerrero y León, 2010): conductas promotoras de salud, como una dieta balanceada, la actividad física, estrategias de afrontamiento de estrés y de autocuidado, entre otros, y, por otro lado, las conductas de riesgo, como el sedentarismo, el consumo excesivo de alcohol y tabaco, niveles altos de estrés, por mencionar algunos. Por tanto, la pronta adopción y mantenimiento de comportamientos que promuevan la salud logrará resultados de salud significativos y mejorará la calidad de vida de los individuos (Gardner y Rebar, 2019).

La aproximaciones y definiciones hasta ahora mencionadas han logrado consolidar un marco conceptual y políticas públicas que proporcionan diversas explicaciones y estrategias en favor de la salud física y mental de las personas mayores.

2.1.1 Antecedentes del estudio del estilo de vida

Al cuestionarse por qué motivos las personas adoptan conductas promotoras de salud, es necesario abordar algunos de los antecedentes principales. En su recorrido histórico, se observa que su estudio tuvo su punto más álgido al formularse estrategias propuestas para fortalecer los servicios de salud pública ante el incremento e impacto progresivo de enfermedades crónicas no infecciosas en las últimas décadas, y cuyos esfuerzos han resultado en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud a lo largo del curso de vida.

Para comenzar, es conveniente señalar que la conceptualización de salud ha tenido diversas modificaciones, transitando desde la definición de la OMS (1948) como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, hasta la definición proporcionada por Barriga et al. (2004) como la capacidad para realizar el propio potencial y responder positivamente a los retos del ambiente. Partiendo de esta última definición, la salud, como De La Guardia y Ruvalcaba (2020) señala, abarcaría aspectos subjetivos (bienestar físico, mental y social), objetivos (capacidad de funcionamiento) y aspectos sociales (adaptación y trabajo socialmente productivo).

Dicho lo anterior, se evidencia la influencia de múltiples e interrelacionados factores que determinan el estado de salud deseado de los individuos, y que, en conjunto, son conocidos como determinantes de la salud. De acuerdo con Lalonde (1974), estos determinantes pueden ordenarse en cuatro grupos: 1) la biología humana, que engloba los factores internos del individuo; 2) el medio ambiente, representado por los factores del entorno natural y social que inciden en la salud; 3) los estilos y hábitos de vida, que considera los comportamientos que condicionan la salud y sobre los cuáles puede ejercerse algún tipo de control; y 4) el sistema sanitario, referido por el conjunto de recursos disponibles para la prestación de servicios de salud.

Para un mayor conocimiento de los determinantes de la salud, la promoción de la salud interviene e instrumenta las acciones necesarias para incidir sobre ellos. Siendo así, la promoción de la salud puede definirse como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre la propia salud para mejorarla (OMS, 1986).

Pese a que, a menudo, la prevención y la promoción de la salud se utilizan indistintamente, resulta útil esclarecer sus diferencias y alcances. Tanto la promoción de la salud como la prevención de la enfermedad tienen por objetivo capacitar a los individuos y a la comunidad para controlar los determinantes de la salud (Barriga et al., 2004). Con respecto a la prevención, ésta abarca medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida (OMS, 1998), mientras que la promoción instauro

o aumenta aquellos comportamientos asociados, de forma positiva, con la salud (Barriga et al., 2004).

Como se señaló, en estos últimos años se ha producido un cambio radical en la concepción de la salud y de la enfermedad. El modelo actual, tratando de superar el modelo biomédico, reconoce la complejidad de estos constructos, pues acepta que los factores psicosociales afectan los sistemas corporales, lo cual altera la vulnerabilidad del individuo ante los procesos patológicos. El paradigma actual en este campo señala que la calidad del bienestar psicológico y físico depende, principalmente, de nuestros hábitos de vida (Oblitas, 2010).

Entre los modelos explicativos que intentan dar cuenta de las relaciones entre la conducta y la salud de los individuos, se encuentran aquellos que establecen su estructura y dinámica basada en la expectativa-valor o en la autorregulación del comportamiento de salud (Medina y León, 2004). Los modelos basados en la expectativa-valor tienen la premisa que las actitudes y creencias son los principales determinantes del comportamiento, mientras que los modelos basados en la autorregulación del comportamiento de salud, se plantea la autoeficacia percibida como elemento central para lograr el estado de salud deseado.

Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender

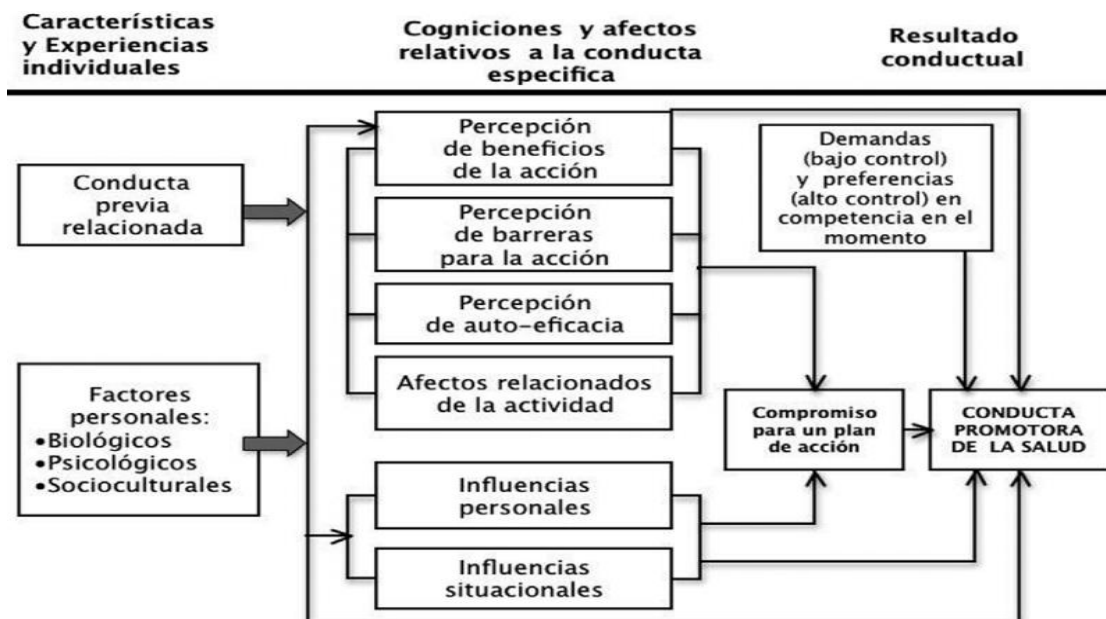
Como resultado de la integración teórica, surge el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, modelo ampliamente utilizado en el campo de la enfermería. Su surgimiento y aplicación tiene como trasfondo diversos modelos que lo sustentan, entre ellos, la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana (Khoshnood et al., 2020; Aristizábal et al., 2011).

Este modelo integral y multifacético proporciona un marco teórico para estudiar los factores que afectan las conductas promotoras de salud y es una guía para explicar los procesos complejos que llevan a los individuos, en su interacción con el entorno, a alcanzar el estado deseado de salud (Castro, 2019; Aristizábal *et al.*, 2011). Dentro de este modelo, tres grupos de factores influyen directa e indirectamente el comportamiento de los individuos.

Estos factores incluyen características y experiencias personales, percepciones y afectos específicos, y resultados conductuales que llevan al individuo a comprometerse en un plan de acción y así, participar o no en comportamientos promotores de la salud (Figura 3).

Figura 3

Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender



Tomado de *El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: una reflexión en torno a su comprensión*, por G.P., Aristizábal, D.M., Blanco, A., Sánchez, R.M., Ostiguín, 2011, p. 18.

Dentro de las características y experiencias personales, los aspectos de la conducta previa relacionada se proponen como un elemento que efectúa, directa o indirectamente, una probabilidad de comprometerse a nuevas conductas promotoras de salud debido a la formación de un hábito (García y Guerra, 2000). Por otra parte, las características biológicas (edad, sexo, fuerza, equilibrio, etc.), psicológicas (autoestima, automotivación, competencia personal, etc.) y socioculturales (raza, etnicidad, educación, etc.), son factores que, al ser incluidos, deben delimitarse para la explicación o predicción de una conducta en particular.

Por otro lado, la categoría que comprende las cogniciones y afectos relativos a la conducta específica, constituyen un “centro crítico” para la intervención (García y Guerra, 2000). En dicha categoría se incluyen los siguientes elementos (Castro, 2019):

- Los beneficios de la acción percibidos o los resultados esperados, proporcionan motivación para adquirir una conducta de promoción de la salud.
- Las barreras para la acción percibidas permitirán reconocer las dificultades y diseñar los mecanismos que permitan cambiar o disminuir una conducta de riesgo.
- La percepción de autoeficacia provee mecanismos de referencia que permiten comprender, regular y evaluar la conducta, dotando a los individuos de una capacidad autorreguladora sobre sus propios pensamientos, sentimientos y acciones.
- Los afectos relacionados de la actividad desempeñan un papel fundamental, pues cuando las emociones positivas están asociadas con una conducta, se incrementa la probabilidad de comportamiento y acción.
- Las influencias interpersonales y situacionales son fuentes importantes de motivación pueden actuar positivamente generando un sentimiento de apoyo y aceptación, lo que brinda confianza a sus habilidades, sin embargo, en el caso contrario, cuando el entorno familiar o social es adverso y nocivo, crea dificultades para adoptar dicha conducta.

La aplicación del Modelo de Promoción de la Salud de Pender, en un marco integrador que valora el comportamiento de las personas, de su estilo de vida, del examen físico y de la historia clínica, ayuda a que las intervenciones sean pertinentes y efectivas, y que la información obtenida refleje los hábitos de vida de las personas en el cuidado de su salud.

Por último, cabe mencionar que la Psicología de la Salud retoma la mayor parte de los modelos anteriormente mencionados, con motivo de dirigir la investigación y la práctica a un mejor entendimiento de los factores psicológicos y su influencia en la salud de los individuos. Por ello, es importante reconocer la gran labor que esta rama de la psicología ha logrado y sus avances en la comprensión del proceso salud-enfermedad.

2.2 Componentes del estilo de vida

Dado su carácter multidimensional, es fundamental definir la metodología de evaluación que mejor contempla a los hábitos que componen el estilo de vida. Sin embargo, las investigaciones al respecto consideran uno o algunos de los hábitos, lo que dificulta la medición

directa y objetiva (Velásquez et al., 2006). En general, se reconoce que la actividad física, la alimentación y el sueño son pilares tradicionales del estilo de vida (Firth et al., 2019). Sin desestimar la visión propuesta del estilo de vida, se resume a continuación las características de los tres principales hábitos mencionados.

2.2.1 Actividad física/Ejercicio

Con respecto a la actividad física, en primera resulta necesario diferenciarla del ejercicio, entendiéndola como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exige un mayor gasto de energía que estar en reposo (Bonvecchio et al., 2015; OMS, 2010). Esto implica que cualquier individuo puede mantenerse físicamente activos mediante actividades recreativas y de ocio, tareas domésticas o desplazamientos (Bonvecchio et al., 2015). Por otra parte, el ejercicio es una variedad de 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 (OMS, 2010).

La relevancia de la actividad física regular se manifiesta por la reducción del riesgo de enfermedad, obteniendo mayores beneficios en la salud a medida que se aumenta la intensidad, frecuencia y/o duración (Bonvecchio et al., 2015). Con base en lo anterior, es necesario mencionar que la actividad física puede clasificarse según su intensidad, en ligera, moderada e intensa, o bien, según la capacidad aeróbica o anaeróbica. Con esta información presente, la mayoría de las sugerencias apuntan que las personas adultas mayores necesitan dedicar entre 150 a 300 minutos semanales de actividad física moderada aeróbica, o bien de 75 a 150 minutos semanales de actividad física aeróbica intensa (OMS, 2010).

Pese a todo lo anterior, en la actualidad se reconoce que el 60% de las personas mayores alrededor del mundo son personas inactivas (Kim y Lee, 2019), debido principalmente al ritmo de vida que tiende a limitar la práctica diaria de actividad física sugerida. Por tal razón, la OMS (2010) considera que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas a nivel mundial).

En consecuencia, se ha desarrollado un especial interés en cómo la inactividad física, o sedentarismo, afecta el bienestar de las personas (Velásquez et al., 2006), y en cómo poner en marcha un programa de entrenamiento adecuado a las condiciones de vida de las personas adultas mayores con el objetivo de mejorar diversos aspectos que giran en torno a la salud de este grupo poblacional (Langhammer et al., 2018).

2.2.2 Alimentación/Nutrición

De igual manera, la alimentación es una de las claves del estado de salud de la población, pues mantener una correcta alimentación influye en el bienestar individual y el funcionamiento social. La alimentación, más allá de comer, es un proceso complejo que implica la selección, conocimiento, preparación y consumo de alimentos (Laguado y Gómez, 2014) que puedan aportar todos los nutrientes esenciales para cubrir sus necesidades y retrasar la aparición de enfermedades o el desarrollo de complicaciones (Roldán, 2016).

En general, las recomendaciones proponen ingerir agua natural con regularidad, mantener una ingesta calórica equilibrada con el gasto energético, comer de dos a tres veces al día, entre otras sugerencias. Además de ello, una alimentación saludable, de acuerdo con Zayas et al. (2017) consistirá en: a) completa, que incluya todos los grupos de alimentos en las comidas principales; b) equilibrada, que los nutrientes mantengan una proporción entre sí; c) inocua, que el consumo habitual no implique riesgos para la salud ya sea por exceso o carencia; d) y suficiente, cubriendo las necesidades de todos los nutrientes y preserve la masa muscular.

No obstante, la composición exacta de una dieta basada en la alimentación saludable dependerá de las características de cada persona, el contexto cultural, los alimentos disponibles, entre otros factores (OMS, 2003). En el caso específico de las personas mayores, una serie de sugerencias específicas deben tomarse en cuenta (OMS, 2003):

- La ingesta energética limitada procedente de las grasas, la sustitución de las grasas saturadas y los ácidos grasos trans por grasas insaturadas.
- El consumo de frutas y hortalizas, así como de legumbres, cereales integrales y nueces.

- Limitar la ingesta de azúcares libres.
- Limitar la ingesta de sal (sodio) de toda procedencia, consumir sal yodada.

Pese a estas recomendaciones, la dieta típica en muchos países desarrollados se caracteriza por un consumo excesivo de alimentos hipercalóricos, grasas, azúcares y sal/sodio, mientras que el consumo de frutas, verdura y fibra dietética no es suficiente (OMS, 2003). Por ello, la promoción de hábitos saludables de alimentación será una herramienta que fortalezca la nutrición y la correcta alimentación en personas mayores.

2.2.3 Sueño

Podría decirse que el sueño y el descanso diario ha sido reconocido como algo tan importante a la propia salud como la actividad física y la nutrición, puesto que se considera un proceso fisiológico vital que tiene un papel fundamental en la recuperación física, la salud mental, la concentración y la memoria (Mocanu et al., 2020).

Conforme la edad avanza, ocurren cambios importantes en la estructura del sueño, caracterizados principalmente por un avance de fase en el ciclo circadiano normal, lo que da como resultado una propensión a iniciar el sueño más temprano, acompañado de un despertar más temprano (Mander et al., 2017; Wolkove et al., 2007), mayor latencia del inicio del sueño, menor duración general, mayor fragmentación y fragilidad del sueño, entre otros (Mander et al., 2017).

Cuando estos cambios se acompañan ya sea por una condición física, psicológica, o bien, por un efecto secundario a la medicación, suelen presentarse trastornos del sueño que afectan notablemente la cantidad y calidad de éste. El insomnio, calificado como la dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, es uno de los problemas más frecuentes en las personas mayores (Wolkove et al., 2007), asociado principalmente a cambios en el estilo de vida y a condiciones socioeconómicas diversas (D'Hyver de las Deses, 2018).

Todo esto crea la necesidad de ofrecer alternativas de tratamiento, teniendo en cuenta el gran número de factores que contribuyen a su presentación. Además del tratamiento farmacológico, las medidas de higiene del sueño facilitan el comienzo o mantenimiento del sueño, basándose en una serie de recomendaciones que las personas con problemas de insomnio pueden adoptar para que les ayuden a minimizar la incidencia de su problema y favorecer un sueño normal (Estrella y Torres, 2015). Entre las medidas pueden encontrarse: establecer un horario para ir a dormir y para despertar, usar ropa cómoda y acogedora, evitar la cafeína 6 horas antes de acostarse, evitar alimentos pesados, picantes o azucarados, entre otras recomendaciones.

Por último, es necesario enfatizar que cada persona es diferente, y que, además de la edad y el metabolismo, las actividades que realiza a lo largo del día influyen directa e indirectamente en el sueño.

2.3 Asociación entre el estilo de vida y sintomatología afectiva en las personas mayores

Hasta ahora, el abordaje realizado del estilo de vida ha sugerido con mayor magnitud que la importancia de adoptar y mantener hábitos saludables únicamente se traduce en términos de salud física. Sin embargo, en los últimos años, la asociación entre el estilo de vida y la salud mental ha logrado establecer conclusiones a favor de adoptar un estilo de vida saludable (Firth et al., 2020).

Dados estos avances, se han llevado a cabo investigaciones utilizando diversas formas de evaluar el estilo de vida relacionado con la salud, exhibiendo así discusiones por la falta de consenso sobre los elementos que lo componen y los instrumentos que representen el estilo de vida en su concepción integral (Velázquez et al., 2006). Aunado a ello, las intervenciones psiquiátricas y farmacológicas permanecen como los tratamientos más comunes para las alteraciones anímicas más frecuentes, como la depresión y la ansiedad, restando así importancia a intervenciones no farmacológicas y psicosociales.

Con respecto a la depresión, las conclusiones hasta ahora elaboradas muestran que la asociación entre ésta y el estilo de vida, y en específico con la alimentación, el sueño y el

ejercicio, son elementos que juegan un papel fundamental en la etiología, progresión y tratamiento de la depresión (Lopresti et al., 2013).

En el caso de las personas mayores, se ha reportado que los programas de intervención que incluyen el ejercicio como componente principal son las más aceptadas y efectivas en pacientes con depresión clínica (Piotrowski et al., 2021; Parker y Crawford, 2007). Algunas explicaciones señalan que la relación positiva entre actividad física y salud psicológica se da mediante mecanismos fisiológicos o neurofisiológicos, en términos de liberación de hormonas y neurotransmisores que repercuten en el mejoramiento psicológico, o bien, mediante explicaciones psicológicas, en el que se alcanza una forma de relajación, diversión y evasión de pensamientos, emociones y conductas desagradables (Oblitas, 2010).

Por otra parte, acerca de la asociación entre la ansiedad y el estilo de vida en personas mayores, aunque menos estudiada, se ha señalado una asociación entre un menor número de síntomas de ansiedad y la actividad física regular (McDowell et al., 2018; Mochcovitch et al., 2016; Sarris et al., 2012), así como con técnicas de meditación de atención plena y la minimización de la cafeína (Sarris et al., 2012).

En la Tabla 1, se registran investigaciones realizadas en México que reportan una asociación significativa entre la actividad física, nutrición, sueño y apoyo social, con sintomatología ansiosa y/o depresiva en personas mayores. Cabe mencionar que los estudios que integran esta revisión son escasos, lo que es de esperarse, pues, hasta hace apenas unos años, comienza a reportarse que un mejor uso de la teoría del cambio comportamental lograría que las intervenciones dirigidas a favorecer comportamientos saludables sean más eficaces (Walters et al., 2020).

Pese a que persiste una falta de comprensión de los fenómenos, así como carencias de servicios y especialistas, es momento de considerar propuestas complementarias con las cuales se logren efectos más favorables para la salud de las personas mayores, mediante el trabajo multi e interdisciplinario con otras áreas de la salud, que con intervenciones convencionales o unimodales.

Tabla 1*Revisión sobre hábitos del estilo de vida y el estado anímico de las personas adultas mayores en México*

	Autores	Objetivos	Diseño	Participantes	Instrumentos	Resultados
<i>Actividad física</i>	Mejía et al., 2020	Determinar la actividad física y su asociación con el estado emocional en adultos de 60 a 70 años con obesidad.	Transversal	n = 275 personas adultas de 60 a 70 años con algún grado de obesidad.	Cuestionario sociodemográfico (peso, altura y circunferencia abdominal) Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA)	Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre variables de la actividad física y el estado emocional (p = 0.012).
<i>Nutrición</i>	Pérez et al., 2014	Describir la prevalencia y relación de la desnutrición y depresión en población geriátrica que acude a la consulta externa.	Transversal	n = 96 personas ≥ 65 años de la consulta externa de hospital público de México.	Cuestionario sociodemográfico, Mini Examen del Estado Mental e Índice de Katz. Medidas antropométricas, Evaluación Mínima Nutricional, bioquímica de albúmina sérica, cuenta de linfocitos y colesterol. Escala de Depresión Geriátrica	Existe una asociación estadísticamente significativa de la depresión como factor de riesgo para desnutrición con una RM de 2.4 (IC 95%; 0.79-7.38).

<i>Sueño</i>	Téllez et al., 2016	Analizar las diferencias de las variables de sueño con base en la sintomatología de depresión en adultos mayores.	Transversal	n = 313 adultos mayores con un rango de edad de 60 a 98 años.	Cuestionario de Trastornos de Sueño Monterrey (CTSM) Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (ICSP) Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage	Parte de los resultados indican que las personas del grupo con síntomas de depresión mostraron más frecuencia de insomnio, excesiva somnolencia diurna, indicadores de apnea y parálisis del sueño.
<i>Apoyo social</i>	Thiyagarajan, Prince & Webber, 2014	Este estudio tiene como objetivo evaluar la validez de constructo de la topología de la red de apoyo social Wenger en países de ingresos bajos y medios.	Transversal	n = 17, 031 residentes de 65 años o más en ocho países de ingresos bajos y medios (Cuba, Venezuela, México, Puerto Rico, Perú, República Dominicana, India y China).	Cuestionario sociodemográfico Geriatric Mental State Examination (GMS) Practitioner Assessment of Network Type (PANT) Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la OMS	Los tipos de redes no integradas se asociaron con soledad, depresión, infelicidad autoinformada, mala salud autoevaluada, mayor discapacidad y mayores necesidades de atención.

Capítulo 3. Crisis y situaciones de emergencia sanitarias

3.1 Brotes epidémicos en la historia

A lo largo de la historia, las enfermedades infecciosas han figurado como uno de los mayores desafíos que atentan severamente contra la salud, cuyas consecuencias han definido el futuro de las sociedades y el devenir de la humanidad. A causa de estas enfermedades, y los subsecuentes brotes epidémicos, pueden presentarse cambios notables en la organización económica, política, social y cultural en un gran número de países (Carrillo, 2020). Por otro lado, así como pueden presentarse estos cambios, las enfermedades han contribuido en buena medida a proponer nuevas formas psicosociales de convivir bajo el contexto de la emergencia e impactar en el estado psicológico de las personas, grupos y sociedades (Cuadra-Martínez et al., 2020).

Para entender en su totalidad el cambio comportamental y psicológico de las generaciones que vivieron o viven con alguna de estas enfermedades, es fundamental revisar brevemente algunos de los brotes más importantes que se convirtieron en epidemias y pandemias, y cómo cada una de éstas ofrecen lecciones sustanciales que pueden ayudar a prepararnos y enfrentar futuras emergencias sanitarias (Parihar et al., 2021).

Desde su origen, el ser humano ha sido víctima de graves infecciones y pandemias que, a través del tiempo, han constituido unas de las principales causas de muerte (Escudero et al., 2020). De este modo, encontramos en primera instancia a la tuberculosis como una de las enfermedades más antiguas. Ésta afecta potencialmente los pulmones, pero también puede afectar otros órganos. A pesar de que actualmente es una enfermedad curable y prevenible, la tuberculosis aún continúa afectando a millones de personas, de los cuales, más del 70% pueden contagiarla (OMS, 2019; Moreno-Sánchez et al., 2018).

Así como la tuberculosis, la viruela es reconocida por el alto riesgo de infección y de transmisión en personas que entran en contacto con saliva, piel, e incluso ropa y sábanas de quienes la padecen. El origen de este virus es desconocido, pero se reconoce que la enfermedad se fue diseminando tanto al oriente como al occidente, logrando llegar a varios países del mundo. A medida que se entendieron los síntomas de la viruela, y gracias a los esfuerzos científicos, se

inició por primera vez el primer programa de vacunación en el mundo. Su implementación llevó a la OMS a declarar su erradicación en 1980, sin embargo, la creciente resistencia a los múltiples antibióticos ha llevado a considerarla como la enfermedad infecciosa más prevalente (Moreno-Sánchez et al., 2018).

La peste bubónica, o peste negra como se le conoció en la Edad Media en referencia a que causaba gangrena en ciertas partes del cuerpo, es causada por una bacteria que es transmitida por picaduras de pulgas o animales infectados, así como por estar en contacto con gotas de salivas de personas con esta enfermedad. Esta enfermedad causó estragos y dejó tras de sí un número considerable de fallecimientos (aproximadamente 200 millones de personas) (Moreno-Sánchez et al., 2018), pero, con el paso del tiempo, se identificó el agente biológico y con ello, su susceptibilidad a antibióticos. Lo más destacable fue que, en el tiempo que duró esta enfermedad, se aplicaron las primeras medidas cuarentenarias internacionales (Carrillo, 2020).

Otra mortal enfermedad, conocida como la gripe española, que surge entre 1918 y 1919, es considerada una de las pandemias más devastadoras de la historia humana (Parihar et al., 2021). Dado que no había disponibilidad de antibióticos o antivirales, la mayoría de las medidas para frenar los brotes fueron la cuarentena, el cierre de instituciones, restricciones a las reuniones públicas y el uso de mascarillas. Sin embargo, debido a la falta de criterios para llevar de manera correcta las medidas, éstas no fueron efectivas y, por tanto, solo tuvieron un impacto moderado sobre la mortalidad (Parihar et al., 2021; Bootsma y Ferguso, 2007).

Años después, con el inicio del nuevo siglo y cambios rápidos en la urbanización, las pandemias de enfermedades infecciosas se volvieron más frecuentes y complejas (Yuan et al., 2021). A partir de entonces, la OMS ha declarado cinco emergencias de salud pública de interés internacional, a saber: la pandemia por virus de influenza H1N1 (2009), el resurgimiento del poliovirus salvaje (2014), el brote del virus del ébola en África Occidental (2014), el brote del virus del Zika (2018) y, recientemente, la COVID-19 (2020).

Sin restar importancia al impacto de otras enfermedades infecciosas, es importante centrarse en el virus de la influenza, cuyo origen se puede reconocer desde la gripe española y

cuya evolución resulta impredecible dada la mutación de este virus, convirtiéndola así en una amenaza latente. En 2009 apareció una nueva cepa del virus de la gripe (AH1N1) que alcanzó niveles de pandemia, iniciando una alerta epidemiológica en México. Su impacto fue importante por tratarse de un nuevo subtipo del virus, especialmente por la gravedad de los síntomas y el número de muertes, lo que obligó a tomar medidas de higiene y aislamiento social. Entre las consecuencias psicológicas, puede señalarse que la fuente de estrés más frecuentemente identificada entre el personal sanitario es la falta de información para mantener su competencia profesional (Carmona et al., 2016).

Al igual que la influenza, el virus SARS, primeramente identificado en el 2002 al sur de China, fue de suma importancia para la salud pública por su potencial pandemiogénico. Pese a que la epidemia se propagó principalmente dentro de los hospitales y en gran medida se limitó dentro de ellas, las tasas de letalidad fueron más altas que las del virus de la influenza (Parihar et al., 2021). Las consecuencias psicológicas también comenzaron a ser evidentes, pues, durante la pandemia (Yu et al., 2005) y un año después del brote, los sobrevivientes de SARS tenían niveles elevados de estrés y de angustia psicológica (Lee et al., 2007).

Una década posterior a la epidemia por SARS, el síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS) se identificó en Arabia Saudita en 2012 y en Corea del Sur en 2015. Igualmente caracterizada por su rápida propagación, el MERS se asoció con una tasa de mortalidad aún más alta que el SARS (Parihar et al., 2021). Con respecto a la sintomatología anímica durante esta epidemia, Jeong et al. (2016) evaluaron la salud mental de las personas que permanecieron en cuarentena, encontrando que la presencia de síntomas relacionados con el MERS, la falta de suministros, el aumento de actividad en redes sociales, el historial de enfermedades psiquiátricas y las pérdidas financieras, fueron determinantes para experimentar sintomatología ansiosa y sentimientos de rabia.

Este breve recorrido por las diferentes enfermedades causantes de brotes epidémicos ha impulsado el desarrollo de políticas de aislamiento, el desarrollo de nuevas vacunas, una organización más completa de los servicios sanitarios internacionales (Carrillo, 2020) y, en los

últimos años, dar mayor prioridad a los problemas de la salud mental que aquejan a población vulnerable.

3.2 Enfermedad por el virus de Sars-Cov-2 (COVID-19)

A finales de 2019, una nueva enfermedad de origen viral causado por el coronavirus Sars-CoV-2 fue detectado por primera vez en la ciudad de Wuhan, China. Los datos indican que este virus puede transmitirse por medio de gotas respiratorias entre personas que están en contacto cercano, pues presenta un índice de contagio alto, lo que hace que una persona infectada pueda contagiar de 2 a 5 personas (Escudero et al., 2020; Sanche et al., 2020). Asimismo, puede permanecer en superficies de plástico o metal de 24 a 72 horas.

La información que se dispone sobre las características clínicas varía considerablemente según el estado inmunológico de la persona. De acuerdo con Cortés-Meda (2021), este virus puede provocar síntomas como fiebre ($\geq 90\%$), tos seca (70%) y dificultad respiratoria (37%). Asimismo, hay presentación variable de otros síntomas como fatiga (38-69%), cefalea, dolor muscular, o, raramente, diarrea. En los casos más graves, las personas infectadas pueden desarrollar un síndrome respiratorio agudo grave cuyo desenlace puede culminar en el fallecimiento del individuo.

Debido a la poca información con la que se cuenta y la escasa evidencia de un tratamiento eficaz en contra del SARS-CoV-2, las autoridades internacionales han sugerido establecer medidas de prevención urgentes con el fin de proteger a la población y frenar el avance de la enfermedad. Para detener su propagación, se decidieron implementar medidas sanitarias como el lavado frecuente de manos, el uso de mascarillas, la desinfección de espacios, así como medidas de distanciamiento y de confinamiento social; estas medidas se han considerado debido a su relativa utilidad en epidemias previas (Wilder-Smith et al., 2020).

Sin embargo, a pesar de que el confinamiento social, concebido como el hecho de separar, aislar o recluirse en un espacio físico y limitado durante un periodo indeterminado (Shalev, 2014), supone un control en el número de contagios, al mismo tiempo, afecta la salud mental, en específico: aumenta la percepción de riesgo de la integridad física y psicológica propia o familiar,

y la alteración del ciclo vital de las personas que rompen con su rutina cotidiana (Cuadra-Martínez et al., 2020).

En México, el primer caso de COVID-19 fue confirmado el 28 de febrero de 2020 y el primer fallecimiento el 18 de marzo de 2020. Días después, las autoridades mexicanas declaran emergencia sanitaria por COVID-19, con lo que se establecieron medidas más estrictas de distanciamiento, confinamiento social, y suspensión de actividades no esenciales. Sin embargo, con el ascenso en la curva de contagios, el país pasó a un sistema de alerta con medidas que varían según el riesgo epidémico estimado (Instituto de Ciencias de la Salud Global, 2021).

3.2.1 Estadísticas a nivel nacional

A casi más de dos años de la identificación de los primeros casos de infección por el virus Sars-Cov-2, continúan los esfuerzos por estimar la carga de esta enfermedad en la población mundial y nacional. Sin embargo, debido a que los sistemas de vigilancia epidemiológica no estaban preparados para monitorear los vertiginosos cambios demográficos causados por la pandemia, se han implementado diferentes estrategias para estimar su impacto en la salud (Palacio-Mejía et al., 2021).

Primeramente, para explicar la evolución de la pandemia por COVID-19 en México deben tomarse en consideración los aspectos de salud de la población previas a la pandemia, caracterizadas por una alta prevalencia de enfermedades crónicas, la existencia de regiones y grupos sociales altamente vulnerables por su condición socioeconómica, y la capacidad de la respuesta institucional para el cuidado de la salud, durante la pandemia y antes de ésta (Hernández, 2020).

De esta manera, Orozco-Rocha y González-González (2021) analizan las vulnerabilidades en salud y en la economía de las personas adultas mayores previas a la pandemia, y las complicaciones que pudieran tener si fueran diagnosticadas con COVID-19. Los resultados señalan que 12% presenta vulnerabilidad en salud, 30.8% vulnerabilidad económica y un 46.3% ambas vulnerabilidades, porcentajes que muy probablemente se agudicen durante la pandemia.

Para confirmar esta aseveración, es fundamental dimensionar la repercusión demográfica y social de la pandemia mediante indicadores de incidencia que permitan analizar la situación en México. Dada la rapidez y la gravedad de la enfermedad, se sugiere emplear diferentes indicadores de diversas instituciones que sumen al análisis y permitan tener una impresión más precisa de la situación de la pandemia, tanto por las dificultades al comparar entre unidades como por la imprecisión de las conclusiones (Hernández, 2020).

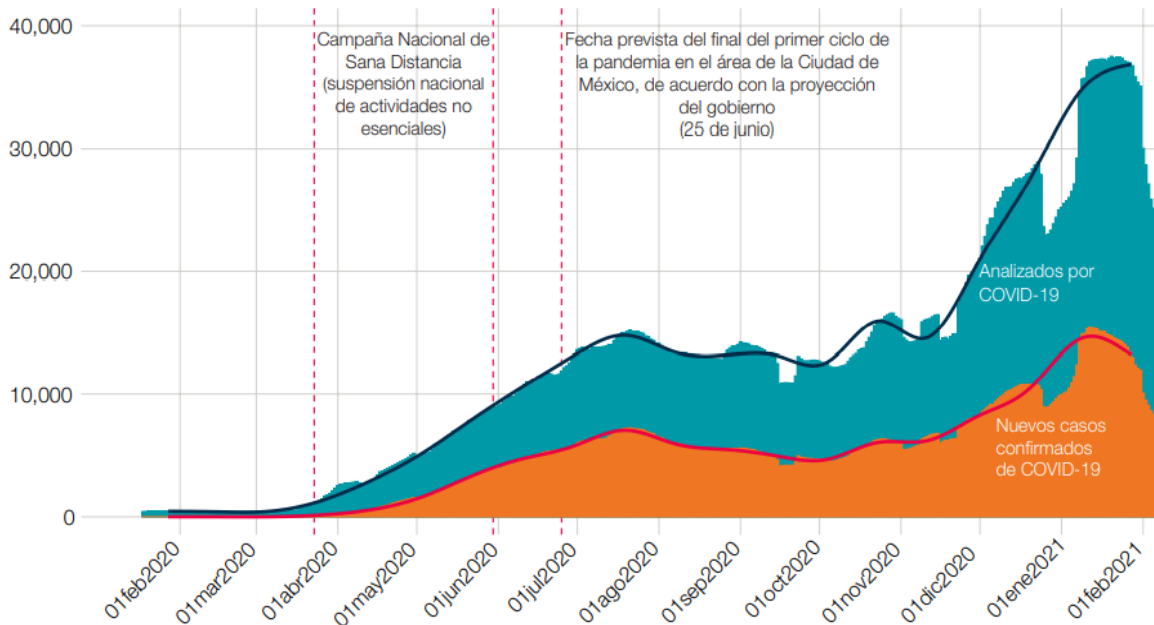
De esta manera, Hernández (2020) presenta las definiciones y ciertas consideraciones en el uso de diferentes indicadores:

- Tasa de mortalidad (número de muertes por COVID-19 por cada 100.000 habitantes): si bien existen algunos cálculos sobre esta cifra, por el momento no es posible conocer el monto real del subregistro.
- Tasa de contagio (número de contagios por cada 100.000 habitantes): este indicador está fuertemente influido por la cantidad de pruebas realizadas. En el territorio nacional tiene gran variabilidad y depende de la frecuencia de la aparición de síntomas o de los recursos y la infraestructura disponible en las distintas regiones.
- Letalidad (número de defunciones por cada 100 positivos de COVID-19): se encuentra significativamente influido por el número de contagios, y este, a su vez, por el número de pruebas de diagnóstico llevadas a cabo. En México, la realización de pruebas de detección del COVID-19 ha sido selectiva en favor de las zonas más urbanizadas y con mayores recursos e infraestructura sanitaria.
- Positividad: indica el número de casos positivos por cada 100 pruebas realizadas.

Así pues, desde el inicio de la pandemia hasta el mes de Febrero 2021 como fecha de corte, el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica reporta que más dos millones de personas han sido contagiadas por COVID-19 (Instituto de Ciencias de la Salud Global, 2021). Como puede observarse en la Figura 4, la curva epidémica muestra dos picos de infección, el primero a mediados de julio de 2020 y el segundo a principios y mediados de enero de 2021, los cuales no empataron con las proyecciones epidemiológicas y con el periodo de cierres a nivel nacional (Instituto de Ciencias de la Salud Global, 2021).

Figura 4

Nuevos casos diarios analizados y confirmados de COVID-19 en México



Nota. Elaborado con base en la información de la Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud. Tomado de *La respuesta de México al COVID-19: Estudio de caso*, por Instituto de Ciencias de la Salud Global, 2021, p. 14.

Respecto a la mortalidad, el país registró 48.1 muertes por cada 100.000 habitantes, y el COVID-19 se posicionaba como la tercera causa de muerte sólo detrás de la diabetes y las enfermedades cardiovasculares (Hernández, 2020). La relación estadística entre la mortalidad y la letalidad es débil, ya que las entidades con mayor letalidad realizan más pruebas de detección y con ello, detectan más casos positivos, por lo que su índice de letalidad se reduce (Hernández, 2020). No obstante, se menciona que la letalidad de los casos confirmados es de 6.6% en menores de 60 años y hasta 24% en mayores de 60 años (Escudero et al., 2020).

Por otro lado, cabe destacar que la positividad es del 54% a nivel nacional y en la mayoría de las entidades federativas es superior al 40%, ambos porcentajes rebasan el 5% de positividad recomendado por la OMS (2020). Cabe mencionar que los datos utilizados en este análisis están sujetos a problemas en la cobertura, oportunidad y calidad en el registro. Las limitaciones

encontradas hacen necesaria la reestructuración del sistema de información, con el fin de hacerlo más integral y oportuno (Palacio-Mejía et al., 2021).

Población vulnerable y principales factores de riesgo

Con base en estos datos preliminares, se ha logrado detectar la población que mayor riesgo tiene de contagio y de presentar síntomas cuyo desenlace sea la hospitalización o el fallecimiento. Así pues, en el primer año de la pandemia, el mayor número de casos positivos se encuentra entre personas de 55 a 74 años, siendo el grupo de 65-74 años el que registró un mayor número absoluto de fallecimientos (Palacio-Mejía et al., 2021). El escenario se complica si se considera la alta prevalencia de comorbilidades en pacientes contagiados y fallecidos, como la hipertensión (17%), la obesidad (15%) y la diabetes (13%), los cuales suelen ser padecimientos frecuentes en la población adulta mayor (OMS, 2015).

Respecto al sexo, se encuentra una distribución de casos positivos relativamente homogénea, sin embargo, en la mortalidad esta proporción es diferente, ya que fallecen dos hombres por cada mujer (Cortés-Meda y Ponciano-Rodríguez, 2021; Palacio-Mejía et al., 2021). Esto podría ser explicado principalmente por la necesidad de la población masculina de salir en busca del sustento económico, por diferencias en la respuesta inmunológica entre sexos (Palacio-Mejía et al., 2021), o por la menor presencia de medidas de autocuidado en esta población.

Otras de las variables de suma importancia en la presentación de síntomas severos que marcan diferencias muy importantes en la forma en que se enfrenta la pandemia son el lugar de residencia, la desigualdad económica y social, y el limitado acceso a los servicios sanitarios (Cortés-Meda y Ponciano-Rodríguez, 2021).

Para resumir, la información epidemiológica mediante sus diferentes indicadores y la identificación de factores de riesgo apuntan a que la población adulta mayor es la más predispuesta a presentar la enfermedad. Para prevenir la infección, las investigaciones han logrado la elaboración de vacunas en contra del COVID-19, las cuales han sido aplicadas a nivel mundial y han permitido disminuir la tasa de muerte. No obstante, esta emergencia sanitaria ha modificado notablemente el estilo de vida de las personas que la transitan, por lo que es necesario informar sobre las consecuencias que por el confinamiento social sobresalen.

3.2.2 Impacto del confinamiento social por COVID-19 en la persona adulta mayor

Sin duda, la pandemia mundial por COVID-19 y las medidas implementadas durante ésta, han generado un impacto global en la salud y el bienestar de las personas (González et al., 2020). No obstante, los esfuerzos sanitarios han puesto especial atención a la salud física, abandonando con ello la importancia de la salud mental, pese a que algunos autores señalan que emplear adecuadamente estrategias de afrontamiento beneficia a las personas a manejar eventos estresantes y reducir las emociones negativas que puedan presentarse (Ramos-Lira et al., 2020).

Entre las consecuencias principales, se reconoce en general que las pandemias y otros brotes de enfermedades infecciosas provocan estresores psicológicos y cambios negativos en el comportamiento (Morganstein et al., 2017). Estos cambios son predecibles si se revisa la historia del comportamiento psicológico en contexto de pandemia, pues una de las consecuencias más importantes es el surgimiento o aumento de emociones negativas como miedo, inseguridad, incertidumbre y preocupación (Cuadra-Martínez et al., 2020; Medina-Mora, 2020). En México, estudios recientes indican afectaciones emocionales durante la pandemia por COVID-19, siendo las mujeres quienes presentaron puntuaciones altas en síntomas de ansiedad y depresión, así como de preocupación, temor y tristeza (González et al., 2020; Ramos-Lira et al., 2020).

Como se señalaba, entre otra de las consecuencias del confinamiento social, se reconoce que hay una disminución o abandono de actividades que previo a la pandemia se realizaban. Por ejemplo, Villaseñor et al. (2021) evaluaron las prácticas de estilo de vida en adultos mexicanos durante el confinamiento por COVID-19, concluyendo que las mujeres, a diferencia de los hombres, incrementaron el consumo de alimentos azucarados. Asimismo, Guzmán-Olea et al. (2020) señalan que 32.8% de las personas adultas mayores presentan riesgo de malnutrición y 4.1% malnutrición establecida durante la pandemia.

Por el otro lado, Terán-Pérez et al. (2021) señalan que el grupo más joven mostró latencias de sueño más largas, una duración del sueño de menos de 5 horas, una calidad de sueño mala o muy mala, una baja eficiencia del sueño (<65%), y una mayor frecuencia de trastornos del

sueño una o dos veces por semana, mientras que en el grupo de mayor edad hay un alto porcentaje de participantes que consumían medicamentos varias veces durante el día.

En otro aspecto, se ha señalado que los niveles de actividad física tienden a disminuir a causa del confinamiento social y se incrementa el tiempo destinado a comportamientos sedentarios, siendo las personas adultas mayores la población más vulnerable al resultarles más difícil implementar actividades dentro del hogar (Zamarripa et al., 2021).

En emergencias sanitarias previas, como la epidemia de Sars-CoV de 2002-2003 o la pandemia de gripe A (H1N1) de 2009-2010, no existen antecedentes de tal asociación. Sin embargo, pueden encontrarse investigaciones que señalan consecuencias psicológicas y efectos en la salud mental durante la epidemia de SARS (Tam, 2004) y la de AH1N1 (Goodwin et al., 2009). Por otro lado, se encuentran estudios que destacan el importante papel del estilo de vida en la respuesta inmunológica al momento de la infección o posterior a la vacunación de la influenza AH1N1 (Choi et al., 2014; Kohut et al., 2002; Woods et al., 2009).

Después de todo lo antes mencionado, no es de sorprender que en la pandemia por COVID-19, el consumo de alimentos saludables y mantener o desarrollar una dieta balanceada esté asociada a un bienestar mental (Kilani et al., 2020), a un ánimo positivo (Ingram et al., 2020), y a no desarrollar problemas de alimentación por razones emocionales (López-Moreno et al., 2020). De igual manera, una calidad pobre del sueño se ha asociado a sintomatología ansiosa y depresiva (Ernsten y Havnen, 2020; Franceschini et al., 2020) y a un pobre bienestar mental (Kilani et al., 2020).

En relación con la actividad física, se ha encontrado que las personas que reportaron una disminución en la realización de actividad física durante la pandemia por COVID-19 está asociado a una mala salud mental en comparación a personas que incrementaron o no reportaron un cambio (Faulkner et al., 2021; Ingram et al., 2020; Meyer et al., 2020, Stanton et al., 2020). Sumado a lo previamente mencionado, estos resultados fortalecen que la actividad física es el componente principal que disminuye la carga de los problemas de salud mental desarrollados por el confinamiento social (Caputo y Reichert, 2020).

Asimismo, otros aspectos que pueden considerarse como elementos imprescindibles tanto de un estilo de vida como de un estado anímico saludable, han sido estudiadas en su asociación. En ese sentido, puede señalarse que tener niveles más altos de apoyo social y más conexiones con organizaciones comunitarias tienen más probabilidades de estar preparadas para situaciones de emergencia relacionadas con desastres (Kim y Zakour, 2017), y, en la pandemia por COVID-19, el apoyo social puede desempeñar un papel importante como estrategia de afrontamiento (Saltzman et al., 2020)

3.3 Programas de intervención a favor de la salud de las personas adultas mayores

Como respuesta a estos cambios en el estilo de vida y en el ánimo de las personas adultas mayores, se ha optado por realizar aportaciones multidisciplinarias que busquen contrarrestar el gran impacto que el confinamiento social por emergencias sanitarias ha tenido en tal población.

Este objetivo puede ser posible gracias a investigaciones previas que han resaltado el uso y efectividad de propuestas no convencionales. Por ejemplo, Chacón et al. (2012) ha evaluado el impacto de una intervención educativa en el estilo de vida y el nivel de conocimientos sobre el autocuidado de la salud en hombres mexicanos, encontrando cambios significativos en: responsabilidad en salud, actividad física, nutrición, desarrollo espiritual, relaciones interpersonales y manejo de estrés. A su vez, otras investigaciones resaltan la importancia de promover un envejecimiento activo mediante la actividad física, la nutrición y el funcionamiento cognitivo (Mendoza-Ruvalcaba y Arias-Merino, 2015).

Pese a estas favorables conclusiones, es fundamental tener presente las condiciones bajo las cuales se pueden realizar tales intervenciones y adaptarlas en todo momento de manera que resulten adecuadas y de fácil acceso para las personas mayores. De esta manera, el uso de nuevas tecnologías ha tenido un impulso en las propuestas de intervención dirigidas a promover el bienestar mental de las personas mayores (Forsman et al., 2017).

Durante la pandemia por COVID-19, Navarro et al. (2020), conjetura que un programa de promoción de un estilo de vida saludable usando tecnologías de la información, mostrará una

mayor adherencia a la intervención convencional y, por consiguiente, una mejoría en personas mayores con depresión resistente al tratamiento. De igual forma, las intervenciones que incluyen componentes cognitivos y educativos, y que facilitan la comunicación entre pares, son consideradas las más efectivas para reducir el aislamiento social y los sentimientos de soledad durante el confinamiento social por la pandemia por COVID-19 (Williams et al., 2021).

En conclusión, tener clara cómo se asocia un estilo de vida, usando una escala multidimensional que aporte criterios para catalogarlos como saludables o no saludables, con el estado anímico de las personas adultas mayores en confinamiento social por la pandemia de COVID-19, permitirá diseñar y planificar intervenciones que sean adecuadas y de interés, y, con ellas, alcanzar beneficios de igual o mayor trascendencia durante futuras emergencias sanitarias.

Método

Justificación

Las medidas tomadas para controlar la propagación del COVID-19 han producido efectos drásticos en el estilo de vida y el estado emocional de las personas adultas mayores. Por tanto, la mejor descripción de la relación que guardan estos dos factores puede facilitar la selección del curso de acción más apropiado para contrarrestar los problemas de salud que esta población desarrolla a causa de un confinamiento social. Cabe enfatizar que el estilo de vida ha adoptado un amplio rango de comportamientos que difieren en su evaluación y, por ende, en su conceptualización. Por tal razón, este estudio busca aportar un abordaje integral del estilo de vida, incluyendo aspectos más ligados a la salud mental, como la conexión social o el manejo de estrés.

Además de ello, es conveniente subrayar que no hay precedentes de la actual crisis socio-sanitaria que aporte información concluyente sobre las estrategias que pueden implementarse a favor de la salud física y emocional de las personas mayores. En ese sentido, se pretende que la información obtenida en este trabajo adecue las propuestas de intervención a las condiciones epidemiológicas de ésta y futuras emergencias sanitarias, tomando en consideración el limitado acceso a los sistemas de salud y el reto que representa buscar y aprender nuevas formas de recibir el apoyo y la atención que esta población requiere.

En definitiva, es necesario construir y fortalecer la perspectiva que reconoce el enorme potencial que tiene la promoción de comportamientos saludables y de la salud mental en las personas adultas mayores durante un confinamiento social por una emergencia sanitaria.

Objetivo general

Determinar la asociación entre el estilo de vida y la sintomatología ansiosa y depresiva en personas adultas mayores en confinamiento domiciliario durante la pandemia por COVID-19.

Objetivos específicos

- a) Conocer el nivel de estilo de vida y los hábitos personales de personas adultas mayores en confinamiento domiciliario durante la pandemia por COVID-19.

- b) Identificar la gravedad de la sintomatología ansiosa y depresiva en personas adultas mayores en confinamiento domiciliario durante la pandemia por COVID-19.
- c) Conocer si existe asociación entre los hábitos personales y la sintomatología emocional de personas adultas mayores que se encuentran en confinamiento domiciliario durante la pandemia por COVID-19.

Hipótesis

Hipótesis de trabajo

- a) Existirán asociaciones significativas entre los hábitos personales que conforman el estilo de vida y la sintomatología ansiosa y depresiva en personas adultas mayores en confinamiento domiciliario por la pandemia de COVID-19.
- b) Las personas adultas mayores en confinamiento domiciliario durante la pandemia por COVID-19 tendrán alto porcentaje de hábitos personales y un estilo de vida no saludable.
- c) Se encontrará alta prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en personas adultas mayores en confinamiento domiciliario durante la emergencia sanitaria por COVID-19.

Hipótesis nulas

- a) No existirá asociación alguna entre los elementos que conforman el estilo de vida y la sintomatología afectiva en personas adultas mayores en confinamiento domiciliario durante la emergencia sanitaria de COVID-19.
- b) Las personas adultas mayores en confinamiento domiciliario durante la pandemia por COVID-19 tendrán hábitos personales y un estilo de vida saludable.
- c) Existirá una baja prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en personas adultas mayores en confinamiento domiciliario por la pandemia de COVID-19.

Preguntas de investigación

¿Qué tipo de estilo de vida y cuáles son los hábitos personales que predominan en personas adultas mayores que se encuentran en confinamiento domiciliario durante la pandemia por COVID-19?

¿Cuál es la prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en personas adultas mayores en confinamiento domiciliario durante la pandemia por COVID-19?

¿Qué hábitos personales del estilo de vida se asocian con la sintomatología ansiosa y depresiva en personas adultas mayores en confinamiento domiciliario por la pandemia de COVID-19?

Definición de variables

Estilo de vida

Definición conceptual. Se define como una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales (OMS, 1986).

Definición operacional. Evaluada por medio del nivel de estilo de vida y de los hábitos personales dados por la puntuación total y la puntuación de cada una de las subescalas, respectivamente, del Cuestionario de Perfil de Estilo de vida (PEPS-I) de Nola Pender (1996) (Anexo 1).

Sintomatología ansiosa

Definición conceptual. Es un conjunto de respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales que se activan cuando el organismo anticipa hechos imprevisibles e incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales (Clark y Beck, 2012).

Definición operacional. Corresponde al nivel de sintomatología ansiosa evaluada a través de la puntuación total del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck et al., 1988) (Anexo 2).

Sintomatología depresiva

Definición conceptual. Se considera como un grupo de síntomas emocionales, cognitivos, conductuales y somáticos entre los que se encuentran un estado de ánimo abatido o

decaído, irritabilidad, pensamientos y sentimientos de culpa, pérdida del interés y placer, aislamiento social, entre otros (Alberdi et al., 2006).

Definición operacional. La sintomatología depresiva se define por la puntuación total de la Escala de Depresión Geriátrica en su versión de 15 ítems (GDS; Yesavage y Sheik, 1986) (Anexo 3).

Diseño

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, derivado del proyecto de investigación titulado “*Impacto de un programa piloto multidisciplinario a distancia para mitigar los efectos psicológicos y cognitivos de la emergencia sanitaria por COVID-19 en adultos mayores*” financiado por el CONACYT (Acuerdo PP F002 4/XVI/2020) y realizado en el Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra.

Muestra

La muestra, seleccionada de manera no probabilística por conveniencia, estuvo comprendida por 62 personas adultas mayores a 60 años que se encontraban en confinamiento domiciliario durante la pandemia por COVID-19. La edad de los participantes oscilaba entre los 60 y 89 años ($M = 69.08$; $DE = 7.54$), siendo en su mayoría del sexo femenino (66.1 %). Además de ello, se observa que el tiempo de confinamiento oscilaba entre los 5 y 7 meses ($M = 5.75$) desde el inicio de la pandemia. Para más información respecto a las características de la muestra, revisar la Tabla 3 en el apartado de Resultados.

Asimismo, para ser incluidos en el estudio, se consideraron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Adultos mayores de 60 años de cualquier sexo.
- Contar con buen estado de salud general o enfermedades crónicas controladas.
- Agudeza visual y/o auditiva conservadas o corregidas que permitan la aplicación de los instrumentos de evaluación.

- Tener un índice de funcionalidad en la escala de Barthel igual o mayor de 60.
- Presentar marcha autónoma o asistida con bastón.
- Contar con un familiar o cuidador que pueda apoyo al paciente.
- Contar con computadora o tableta con acceso a internet.

Criterios de exclusión

- Presentar una condición médica en descontrol (distiroidismo, hipertensión, dislipidemia, niveles alterados de vitamina B12, ácido fólico, vitamina D, depresión mayor sin tratamiento, trastorno de sueño) al momento de la valoración para su ingreso al protocolo.
- Presentar alguna condición de salud (obesidad mórbida IV, insuficiencia cardiaca, respiratoria, uso de oxígeno suplementario, vértigo, lesión muscular, fractura o amputación de alguna extremidad) que impida la realización de actividad física.
- Condiciones sensoriales o cognitivas severas que impidan la aplicación de los instrumentos de evaluación.
- Que actualmente se encuentre participando en otro estudio de investigación.
- Ausencia de familiar o cuidador que asista al paciente.
- Carecer de la computadora o acceso a internet.

Es preciso enfatizar que los criterios de inclusión y exclusión enlistados son los propuestos para el proyecto de investigación del cual se deriva este estudio, por lo que se realizó una selección puntual de los criterios que mejor se adecuen a los objetivos establecidos para el desarrollo de este trabajo.

Procedimiento

Se publicó, a través de medios sociales del INRLGII, una invitación para que adultos mayores que residan en México participaran en la investigación de la cual se desprende este estudio. A las personas interesadas que cumplieran con los criterios mencionados se les envió por medio electrónico el consentimiento informado en el que, además de comunicar los objetivos y el

procedimiento de la investigación, se puntualizaba que su participación sería completamente voluntaria y que los datos obtenidos serían utilizados con estricta confidencialidad. Todas las dudas fueron resueltas por los investigadores.

Si la persona interesada consideraba que había comprendido la información contenida en el consentimiento informado y aceptaba participar en el protocolo, se solicitaba firmarlo de manera digital y enviarlo a los investigadores. Una vez firmado el consentimiento informado, se enviaba el enlace de acceso para el llenado de datos sociodemográficos y de los respectivos instrumentos de evaluación utilizando formularios en línea. En caso de que los participantes requirieran de apoyo para contestar, se concertaba una cita para responderlos a través de llamadas telefónicas o plataformas de videoconferencia.

Al completar los instrumentos de evaluación, se enviaba a los participantes la información respecto a las sesiones de intervención a las que podían acceder. Dado que para este estudio únicamente se retoma las respuestas de la evaluación inicial, no se describen más detalles del proyecto de investigación original. No obstante, es importante señalar que, por fines éticos, los resultados de los participantes fueron entregados posterior a la evaluación final.

Instrumentos

Cuestionario de Perfil de Estilo de vida (PEPS-I; Pender 1996).

El PEPS-I es un instrumento que proporciona un perfil del estilo de vida por medio de 48 reactivos tipo Likert, con opciones de respuesta que van del 1 (Nunca) al 4 (Rutinariamente), y cuya suma determina el nivel general del estilo de vida. Asimismo, los reactivos se subdividen en 6 subescalas (Tabla 2) que corresponden a los hábitos personales. Para considerar al estilo de vida saludable, se utilizó un punto de corte superior a 120 (Anexo 1). Se reportó un coeficiente de confiabilidad ($\alpha = .93$) para la escala total y para las subescalas oscilaron entre .70 a .87 (Walker et al., 1990).

Tabla 2*Definiciones de las subescalas del Cuestionario de Perfil de Estilo de vida (PEPS-I)*

Subescalas	Definición conceptual
Nutrición	Selección y consumo informado de alimentos para el bienestar y salud.
Ejercicio	Participación constante en actividades ligeras, moderadas o vigorosas, organizadas dentro de la vida diaria o el ocio.
Responsabilidad en salud	Supone un sentido activo de responsabilidad por el propio bienestar.
Manejo del estrés	Identificar y movilizar recursos (físicos y psicológicos) para reducir y controlar los efectos tenses.
Soporte interpersonal	Uso de la comunicación verbal y no verbal para generar cercanía e intimidad significativa, a fin de compartir y expresar pensamientos y sentimientos.
Autoactualización	Exploración de las propias capacidades, límites y potenciales.

Tomado de *Efectos de los estilos de vida saludables en las habilidades sociales en jóvenes*, por J.E., Otáñez, 2017, p. 7.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck et al., 1988).

Este instrumento autoadministrado valora la gravedad de la sintomatología ansiosa mediante 21 reactivos tipo Likert, con cuatro opciones de respuesta desde “Poco o nada” a “Severamente”. El criterio para considerar los síntomas ansiosos como clínicamente relevantes es obtener 16 puntos o más. Igualmente, pueden utilizarse las siguientes normas de calificación: ansiedad mínima (0-5 puntos), leve (6-15 puntos), moderada (16-30 puntos) y severa (30-63 puntos). La validación en población mexicana (Robles et al., 2001) señala una alta consistencia interna ($\alpha = .83$) y un elevado coeficiente de confiabilidad ($r = .75$).

Cuestionario de Depresión Geriátrica (GDS-15; Yesavage y Sheikh, 1986).

Se trata de un instrumento de detección que indaga la presencia de síntomas depresivos exclusivamente en población adulta mayor. Esta versión consta de 15 reactivos con opciones de respuesta dicotómica, que, al sumar, refieren mayor nivel de depresión, y según la puntuación obtenida es posible identificar ningún síntoma depresivo (0-4 puntos), síntomas leves (5-8 puntos), moderados (9-11 puntos), y graves (12-15 puntos). Asimismo, un resultado igual o superior a 10 puntos revela síntomas depresivos clínicamente significativos. Dada su consistencia

interna ($\alpha = .87$), validez ($r = .70$) y confiabilidad ($r = .88$), el GDS-15 se ha convertido en uno de los instrumentos autoadministrables más reconocidos en la evaluación clínica geriátrica.

Análisis de resultados

Se utilizó el programa estadístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*). Para determinar si los datos siguen una distribución normal y el tipo de pruebas estadísticas a utilizar, se aplicó la prueba Kolmogórov-Smirnov ($n \geq 50$). Se consideró significativo un valor de alfa menor a 0.05. Dado que se presume una distribución heterogénea, se optó por aplicar pruebas no paramétricas.

El análisis descriptivo de las características sociodemográficas y psicológicas (edad, sexo, estado civil, años de escolaridad, grado máximo de estudios, sintomatología ansiosa y depresiva) se llevó a cabo mediante frecuencias y porcentajes, y medidas de tendencia central y de dispersión. En este punto se realizó un análisis de diferencias entre personas adultas mayores con un estilo de vida saludable y no saludable mediante la prueba U de Mann Whitney o la prueba de chi cuadrada (χ^2), según el tipo de variable a evaluar.

Posteriormente, se realizó un análisis de frecuencias de los hábitos del estilo de vida y de la gravedad de la sintomatología ansiosa y depresiva. En suma al análisis de frecuencia, se consideró hacer un análisis de diferencias entre grupos con una prueba U de Mann Whitney. Por último, para describir las asociaciones entre los hábitos que constituyen el estilo de vida y la sintomatología ansiosa y depresiva, se llevó a cabo un análisis de correlación con la prueba de Spearman, entre el puntaje total y de cada subescala del PEPS-I y el puntaje del BAI y del GDS.

Resultados

Características de la muestra

Se realizaron dos grupos de acuerdo con el puntaje del estilo de vida (saludable y no saludable) y se analizaron sus diferencias en las características sociodemográficas y anímicas (Tabla 3). Se encontraron resultados estadísticamente significativos para el estado civil ($p=.028$) y para la evaluación afectiva (GDS: $p=.001$; BAI: $p=.007$), siendo menor el puntaje total en el grupo con un estilo de vida saludable (GDS: 2.75, DE=2.27; BAI: 6.77, DE=6.92).

Tabla 3

Características sociodemográficas y anímicas de los participantes con un estilo de vida saludable y no saludable

	PEPS-I			p
	Total (n = 62)	Saludable (n = 44)	No saludable (n = 18)	
Edad, media (DE)	69.15 (7.58)	68.14 (6.79)	71.61 (8.97)	.187
Sexo, n (%)				
Mujer	41 (66.1)	28 (63.6)	13 (72.2)	.517
Hombre	21 (33.9)	16 (36.4)	5 (27.8)	
Años de escolaridad, media (DE)	12.61 (4.64)	13.18 (4.41)	11.22 (5.03)	.125
Grado de estudios, n (%)				.342
Sabe leer y escribir	32 (3.2)	1 (2.3)	1 (5.6)	
Primaria	10 (16.1)	5 (11.4)	5 (27.8)	
Secundaria	6 (9.7)	5 (11.4)	1 (5.6)	
Preparatoria	4 (6.5)	32 (4.5)	32 (11.1)	
Carrera técnica	11 (17.7)	9 (20.5)	32 (11.1)	
Licenciatura	18 (29)	12 (27.3)	6 (33.3)	
Posgrado	11 (17.7)	10 (22.7)	1 (5.6)	
Estado civil, n (%)				.028*
Casado(a)/Unión libre	37 (59.7)	28 (63.6)	7 (38.9)	
Soltero(a)	8 (12.9)	6 (13.6)	32 (11.1)	
Viudez	14 (22.6)	8 (18.2)	6 (33.3)	
Divorcio	32 (4.8)	0 (0)	32 (16.7)	
GDS-puntaje total, media (DE)	3.60 (2.99)	2.75 (2.27)	5.67 (3.56)	.001**
BAI-puntaje total, media (DE)	9.06 (9.40)	6.77 (6.92)	14.67 (12.21)	.007**

Nota. DE = desviación estándar; PEPS-I = Cuestionario de Perfil de Estilo de vida; GDS = Escala de Depresión Geriátrica; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck.

El análisis de diferencias entre grupos se realizó mediante la prueba U de Mann Whitney y χ^2

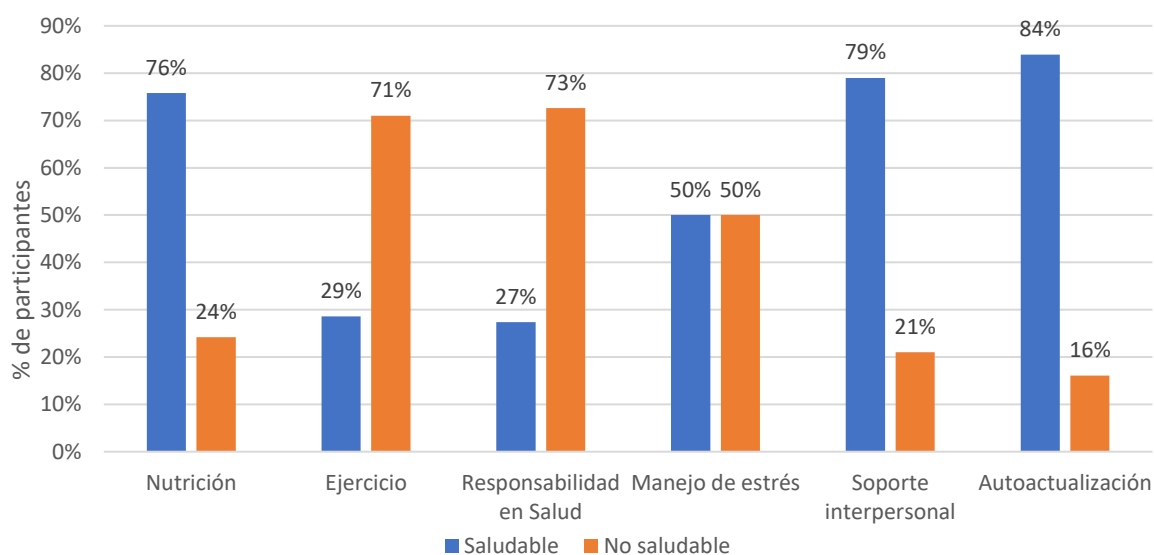
* $p < .05$; ** $p < .01$

Estilo de vida

Para conocer el estilo de vida en la muestra total, se realizó un análisis de frecuencias de los hábitos personales saludables y no saludables (Figura 5). Se encontró que hay más personas mayores con hábitos saludables de nutrición (Saludable:76% vs No saludable:24%), de soporte interpersonal (Saludable:79% vs No saludable:21%) y de autoactualización (Saludable:84% vs No saludable:16%), por mencionar algunos.

Figura 5

Frecuencia de hábitos saludables y no saludables en la muestra total



Nota. La gráfica muestra el análisis de frecuencias de los hábitos personales. Elaboración propia.

Para analizar el puntaje obtenido de los hábitos personales entre grupos, se procedió a realizar un análisis de diferencias (Tabla 4) de los puntajes obtenidos en cada subescala, encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($p=.000$) para todas las subescalas, lo que concuerda con los puntos de corte ofrecidos por el instrumento del estilo de vida para considerar los hábitos en saludable o no saludables (Anexo 1).

Tabla 4*Hábitos personales del estilo de vida entre grupos*

	Estilo de vida			p
	Total de la muestra	Saludable (n = 44)	No saludable (n = 18)	
Nutrición	18.15 (3.47)	19.41 (2.92)	15.06 (2.73)	.000
Ejercicio	11.21 (3.93)	12.68 (3.47)	7.61 (2.35)	.000
Responsabilidad en salud	22.87 (4.35)	24.59 (3.50)	18.67 (3.25)	.000
Manejo del estrés	17.16 (4.26)	18.93 (3.35)	12.83 (2.99)	.000
Soporte interpersonal	20.82 (3.75)	22.32 (2.93)	17.17 (2.97)	.000
Autoactualización	40.29 (6.77)	43.34 (4.52)	32.83 (5.45)	.000

Nota. Los datos se presentan como medias y desviaciones estándar. El análisis muestra las diferencias entre grupos empleando la prueba U de Mann Whitney.

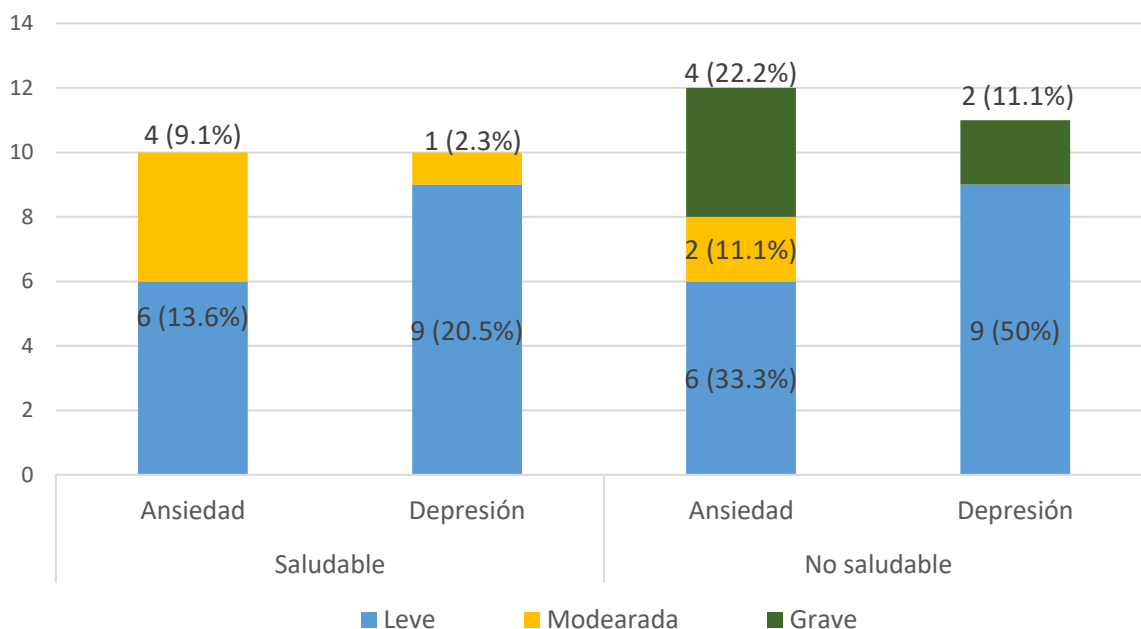
Sintomatología afectiva

Con respecto a la prevalencia de sintomatología afectiva, mediante un análisis de frecuencias (Figura 6), se muestra que, en el grupo con un estilo de vida saludable, hay un mayor porcentaje de participantes con sintomatología leve de ansiedad (13.6%) y depresión (20.5%), sin identificarse participantes con sintomatología grave. Por otra parte, en el grupo con un estilo de vida no saludable, se logra reconocer sintomatología grave de ansiedad (22.2%) y depresión (11.1%).

Cabe mencionar que el análisis de diferencias entre grupos indica que el nivel de ansiedad ($U=-3.18$; $p=.001$) y de depresión ($U=-2.69$; $p=.007$) es diferente entre personas adultas mayores con un estilo de vida saludable (GDS: 2.75, DE=2.27; BAI: 6.77, DE=6.92) y no saludable (GDS: 5.67, DE=3.56; BAI: 14.67, DE=12.21), siendo en este último grupo donde se observa un mayor puntaje en las evaluaciones de ansiedad y depresión (Tabla 3).

Figura 6

Prevalencia de sintomatología afectiva entre grupos



Nota. La gráfica muestra el análisis de frecuencias de la sintomatología afectiva entre grupos. Elaboración propia.

Estilo de vida y sintomatología afectiva

Se realizó un análisis correlacional para conocer la asociación entre el estilo de vida y la sintomatología afectiva (Tabla 5). Se identificaron correlaciones negativamente débiles y estadísticamente significativas entre el nivel de ansiedad y los puntajes de la nutrición ($r = -.303$, $p = .017$), ejercicio ($r = -.373$, $p = .003$), manejo del estrés ($r = -.468$, $p = .000$), autoactualización ($r = -.559$, $p = .000$) y el estilo de vida ($r = -.473$, $p = .000$).

También se encontraron correlaciones negativamente débiles y estadísticamente significativas entre el nivel de depresión y todas las subescalas del estilo de vida, a excepción de responsabilidad en salud (Nutrición: $-.273$, $p = .032$; Ejercicio: $-.370$, $p = .003$; Manejo de estrés: $-.358$, $p = .004$; Soporte interpersonal: $-.286$, $p = .024$; Autoactualización: $-.596$, $p = .000$; Total: $-.477$, $p = .000$).

Tabla 5

Valores de correlación entre los hábitos personales y sintomatología afectiva para el total de la muestra

	PEPS-I						
	N	E	RS	ME	SI	A	Total
BAI	-.303**	-.373**	-.217	-.468**	-.203	-.559**	-.473**
GDS	-.273*	-.370**	-.209	-.358**	-.286*	-.596**	-.477**

Nota: N = Nutrición; E = Ejercicio; RS = Responsabilidad en salud; ME = Manejo de estrés; SI = Soporte interpersonal; A = Autoactualización. PEPS-I = Cuestionario de Perfil de Estilo de vida. GDS = Escala de Depresión Geriátrica; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck.

Correlación empleando la prueba p de Spearman.

* $p < .05$; ** $p < .01$.

Posteriormente, se procedió a analizar las correlaciones entre los grupos (Tabla 6), hallando correlaciones negativamente débiles y estadísticamente significativos en el grupo con un estilo de vida saludable entre el nivel de ansiedad y el ejercicio ($r = -.296$, $p = .05$), manejo de estrés ($r = -.388$, $p = .01$), autoactualización ($r = -.465$, $p = .001$) y el total del PEPS-I ($r = -.389$, $p = .009$), y entre el nivel de depresión con la autoactualización ($r = -.460$, $p = .002$). En el grupo con un estilo de vida no saludable únicamente se encontró una correlación negativamente débil y estadísticamente significativa entre la autoactualización y la sintomatología depresiva ($r = -.558$, $p = .016$).

Tabla 6

Valores de correlación entre los hábitos del estilo de vida y la sintomatología afectiva entre grupos

	PEPS-I													
	Saludable (n = 44)							No saludable (n = 18)						
	N	E	RS	ME	SI	A	Total	N	E	RS	ME	SI	A	Total
BAI	-.115	-.296*	-.079	-.385**	.149	-.465**	-.389**	-.118	-.071	.240	-.047	.168	-.380	-.218
GDS	-.002	-.165	-.030	-.124	-.031	-.460**	-.250	-.082	-.305	.122	-.001	-.023	-.558*	-.400

Nota: N = Nutrición; E = Ejercicio; RS = Responsabilidad en salud; ME = Manejo de estrés; SI = Soporte interpersonal; A = Autoactualización. PEPS-I = Cuestionario de Perfil de Estilo de vida; GDS = Escala de Depresión Geriátrica; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck.

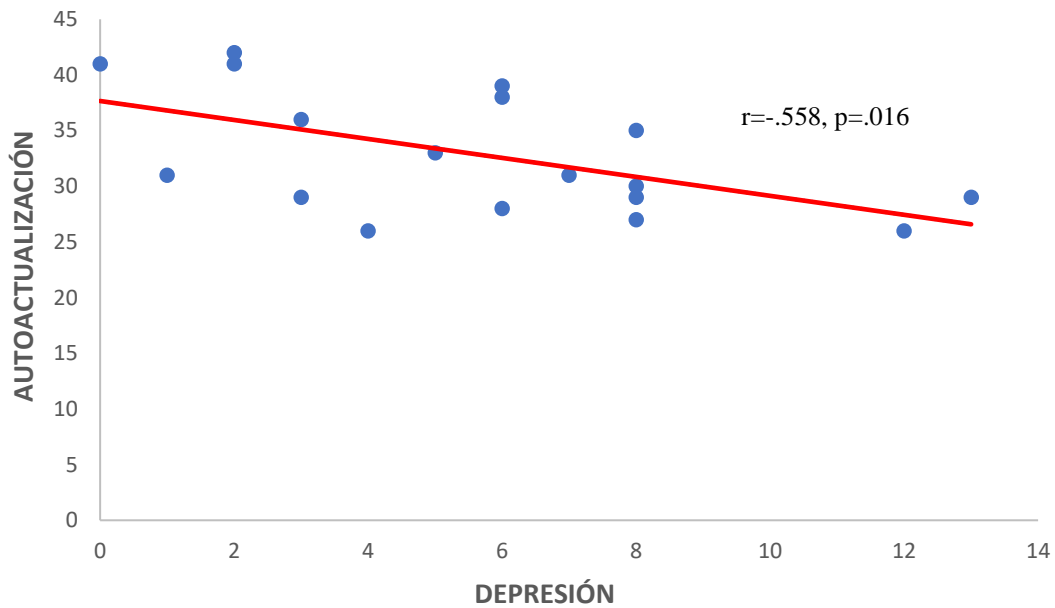
Correlación empleando la prueba p de Spearman.

* $p < .05$; ** $p < .01$.

Asimismo, se muestran las gráficas de correlación que resultaron estadísticamente significativas para el grupo con un estilo de vida no saludable (Figura 7) y para el grupo con un estilo de vida saludable (Figura 8).

Figura 7

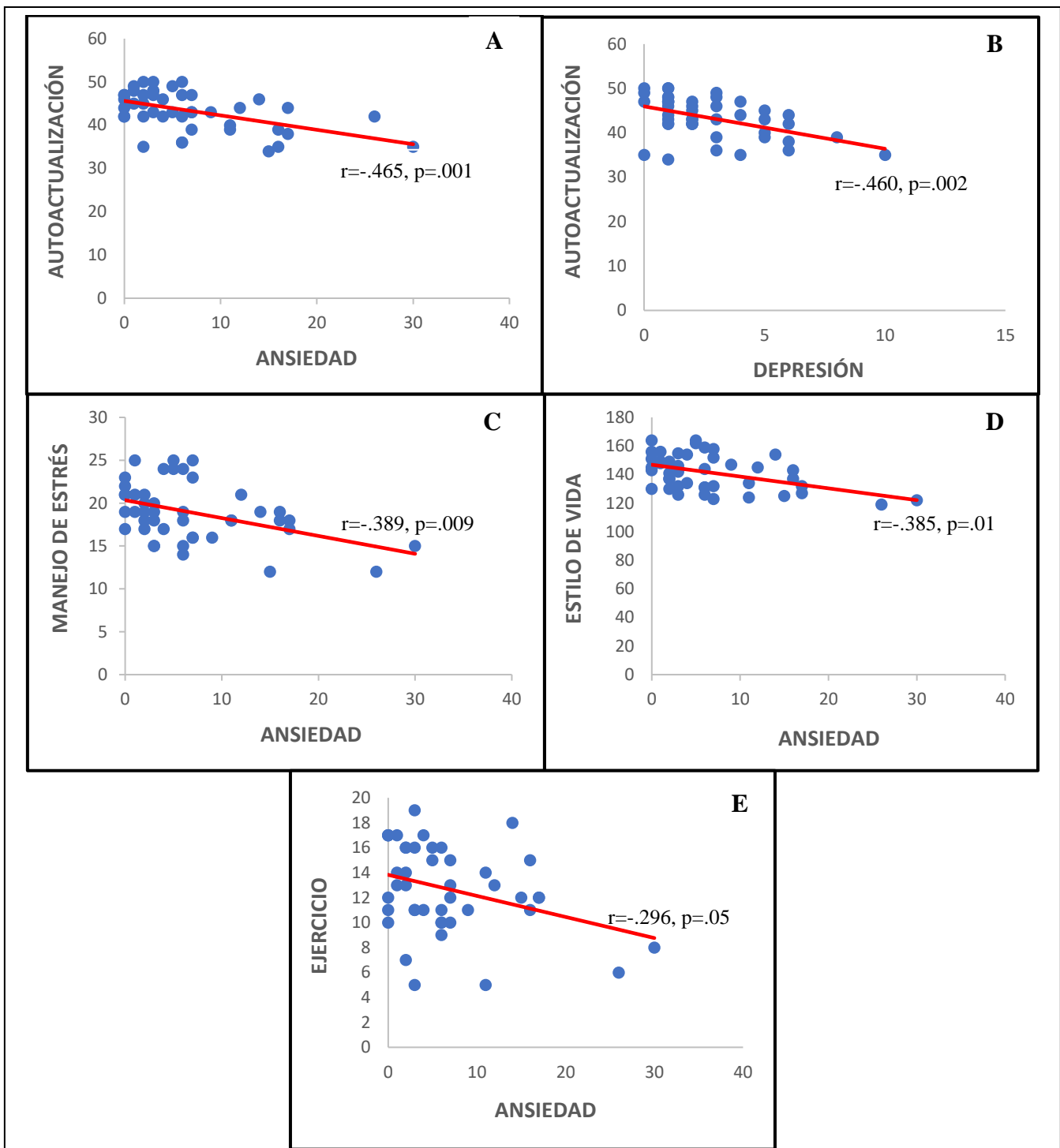
Correlación entre depresión y autoactualización en el grupo no saludable



Nota. La figura muestra la correlación entre el nivel de depresión y autoactualización para el grupo no saludable. Elaboración propia.

Figura 8

Gráficas de correlaciones significativas para el grupo con un estilo de vida saludable



Nota. Se muestran las gráficas de correlaciones entre el nivel de ansiedad y autoactualización (A), manejo de estrés (C), el estilo de vida (D) y el ejercicio (E), y entre el nivel de depresión y la autoactualización (B) para el grupo saludable. Elaboración propia.

Discusión

Dentro del ámbito de la salud se ha generado mayor interés en el estudio del estilo de vida, logrando que organismos internacionales apuesten por políticas que engloben los programas y estrategias que promuevan un estilo de vida saludable (OMS, 1986). No obstante, dado que su conceptualización implica un conjunto indeterminado de elementos (Velásquez et al., 2006), la discusión actual impide un consenso sobre qué componentes lo representan en su totalidad y la manera en que puede integrarse en futuras propuestas para mayor beneficio de las personas.

En el caso específico de las personas adultas mayores, éstas se encuentran en una posición vulnerable, pues las condiciones socioeconómicas, así como el limitado acceso a los servicios de salud, se interponen en impulsar su desarrollo individual y en sociedad (Cortés-Meda y Ponciano-Rodríguez, 2021). Aunado a ello, encontrarse bajo un contexto como lo es la actual emergencia sanitaria por COVID-19, que modifica notablemente el ritmo de vida y que afecta la salud física y mental (González et al., 2020), trae consigo consideraciones que merecen la pena analizar.

Por tanto, el objetivo de esta investigación consistió en determinar la asociación entre el estilo de vida y la sintomatología ansiosa y depresiva en personas adultas mayores que se encontraron en confinamiento domiciliario por la emergencia sanitaria por COVID-19.

Respecto a las características de la muestra total, se identificó una edad media de 69 años, un mayor número de participantes del sexo femenino, un nivel educativo alto y un mayor número de participantes casados, en unión libre y/o divorciados. El tiempo de confinamiento domiciliario fue entre 5 a 7 meses desde el inicio de la pandemia por COVID-19.

Además de ello, se encontró que los participantes no presentaban síntomas depresivos, sin embargo, se identificaron síntomas leves de ansiedad. Este hallazgo es importante destacar, ya que, acorde a lo reportado en la literatura, se han observado cambios en la salud mental debido a la actual pandemia, no sólo en la población en general (Salari et al., 2020; Xiong et al., 2020), sino también en poblaciones de riesgo como lo son los adultos mayores (González-González et al., 2020),

Entre otros hallazgos, de la muestra total se identificó que las personas adultas mayores perciben sus hábitos de nutrición, soporte interpersonal y autoactualización como saludables, mientras que los hábitos de ejercicio, responsabilidad en salud y manejo de estrés se identifican como no saludables. A pesar de ello, de acuerdo con su percepción, hay un mayor número de participantes con un estilo de vida saludable en comparación con adultos mayores con un estilo de vida no saludable.

A raíz de esto, es importante destacar que, pese a las adversidades originadas por el confinamiento social y el alto impacto que implica para los adultos mayores (Arora y Grey, 2020), los participantes en este estudio percibieron tener un estilo de vida saludable, lo cual de inicio puede señalar que las personas adultas mayores tienen la capacidad de modificar hábitos y comportamientos que consideren no saludables (Tala et al., 2020). No obstante, en este estudio no se cuenta con evidencia para establecer que los participantes poseían un estilo de vida auténticamente saludable ni para determinar si se estableció a partir del confinamiento o ya se presentaba previamente.

A partir de la agrupación de los participantes de acuerdo con su estilo de vida en dos grupos: los que perciben un estilo de vida saludable respecto a los que lo perciben no saludable, puede mencionarse que existen diferencias en sus características anímicas, siendo las personas adultas mayores con un estilo de vida saludable quienes presentan síntomas de ansiedad y depresión con menor severidad que aquellos con un estilo de vida no saludable. Esto concuerda con lo reportado por Dale et al. (2014), quienes señalan que las intervenciones de cambio comportamental a un estilo de vida saludable parecen tener beneficios para la salud mental tanto en poblaciones sanas como en aquellas con problemas de salud física o mental.

Respecto a las correlaciones, se identificó que en el grupo con un estilo de vida saludable ante mayores puntajes en los componentes de ejercicio, manejo de estrés y autoactualización, menores niveles de ansiedad. Como previamente se mencionaba, la realización de actividad física se ha mostrado consistentemente como un hábito asociado con la salud mental (da Cruz et al., 2021; León-Zarceño et al., 2021). Por tanto, es de esperarse una asociación inversamente

proporcional entre la actividad física y la sintomatología ansiosa en el contexto de la pandemia por COVID-19.

Por otra parte, la realización de técnicas para el manejo de estrés y la disminución de sintomatología ansiosas se ha estudiado previamente mediante programas para aprender a emplear técnicas basadas en la terapia cognitivo-conductual que reduzcan el estrés y la ansiedad (de Abreu et al., 2019), incluso a través de intervenciones computarizadas o a distancia (Heber et al., 2017). Por ello, los resultados identificados eran esperados pues, como Bystritsky y Kronemyer (2014) señalan, el estrés y ansiedad comparten componentes fisiológicos, psicológicos y/o comportamentales, siendo parte de un mismo continuo.

En otro aspecto, se identificó que el hecho de explorar las propias capacidades y límites se asocia con menor sintomatología ansiosa. Este resultado puede explicarse por lo que señala del Castillo (2021), quien menciona que, al perseguir la autorrealización, los individuos se conducen a sí mismos hacia un bienestar positivo, especialmente en personas con depresión u otras enfermedades mentales. Cabe mencionar que el estudio de la autoactualización ha sido poco analizado debido a su poco uso en la investigación, con lo cual, se sugiere considerar su relevancia tanto conceptualmente como clínicamente.

Como parte de los alcances del estudio, este estudio remarca la necesidad de acercar las nuevas tecnologías a las personas adultas mayores, quienes constantemente se han sentido excluidos por las dificultades para acceder y manejar diferentes dispositivos tecnológicos en comparación con adultos jóvenes (Seifert et al., 2018). Sin embargo, en los últimos años, las personas mayores han ido adquiriendo las capacidades tecnológicas para mantenerse comunicados, participar en actividades sociales y en programas que les permitan gestionar su propia salud (Czaja y Lee, 2019; Czaja, 2014). Además de ello, estas capacidades se han perfeccionado durante la pandemia por COVID-19 para aminorar el aislamiento social y sentimientos de soledad (Saltzman et al., 2020).

Cabe mencionar que esta investigación refuerza la nueva perspectiva e interés académico y clínico en amplificar el modo en que tradicionalmente se conceptualiza el estilo de vida,

asociándolo no solo con salud física, sino también con la salud mental y el bienestar psicológico. De este modo, han surgido propuestas en las que se señala que actividades como la jardinería, las redes sociales y el uso de teléfonos inteligentes, o ser dueños de una mascota, juegan un papel importante en el desarrollo y tratamiento de la ansiedad y depresión (Piotrowski et al., 2021; Tala et al., 2020).

En definitiva, de acuerdo con el presente estudio, adoptar o mantener un estilo de vida saludable, especialmente durante una emergencia sanitaria, puede promover un mayor beneficio a la salud mental de las personas mayores.

Conclusiones

El presente estudio permitió analizar las asociaciones entre el estilo de vida y la sintomatología ansiosa y depresiva en adultos mayores que se encontraban en confinamiento domiciliario por COVID-19.

De esta manera, a partir de este estudio, se puede concluir que en la muestra total hay síntomas leves de ansiedad y, en menor medida, de depresión. El grupo con un estilo de vida no saludable, a diferencia del grupo con un estilo de vida saludable, presenta mayores niveles de sintomatología ansiosa y depresiva, llegando a presentarse en grado grave.

Las personas mayores estudiadas perciben sus hábitos de nutrición, soporte interpersonal y autoactualización como saludables. El grupo autopercebido como saludable presenta mayores puntajes en todas las esferas de estilo de vida respecto al grupo que se percibe poco saludable.

Las asociaciones entre la sintomatología afectiva y el estilo de vida en sus múltiples dimensiones permiten considerar un mayor número de beneficios anímicos para el grupo con un estilo de vida saludable, de manera que realizar actividad física, manejar adecuadamente el estrés, y potenciar los saberes y capacidades, se asocia con menor sintomatología ansiosa y depresiva.

Dadas estas conclusiones, deben considerarse ciertas limitaciones que se presentaron durante la realización de esta investigación. Una de ellas implica que el hecho de reclutar participantes con acceso a servicios tecnológicos y con una persona que les brinda apoyo para contestar los cuestionarios, pudo sesgar la selección de la muestra, optándose por aquellos adultos mayores que tenían más recursos y posiblemente mayor escolaridad, y excluyendo a aquellos con mayores efectos en su estilo de vida y salud mental por la pandemia de COVID-19.

Con respecto a lo anterior, es fundamental considerar el tamaño de la muestra, pues al disponer de pocos participantes se dificulta la generalización de los resultados. No obstante, esta consideración es comprensible dado que este estudio buscaba generar una respuesta de los factores que se asocian durante la crisis sanitaria por COVID-19, más no consistía en producir un

análisis exhaustivo. Por tanto, se sugiere que para próximas investigaciones se amplie el número de participantes reclutados. Como otra sugerencia, se recomienda extender este estudio a otras poblaciones, por ejemplo, en personas sobrevivientes de la enfermedad por COVID-19 para observar si existen diferencias en cuanto a los resultados.

Como parte de las sugerencias, se propone que, en lo sucesivo, se considere un abordaje integral en la que la psicología tenga un rol principal, pues el uso de estrategias y herramientas apropiadas pueden permitir que las personas logren afrontar los cambios emocionales que, como se identificó, suelen presentarse en una emergencia sanitaria. Esta conclusión se apoya en lo que Bauer (2021) señala: la investigación sobre la salud mental basada en evidencia científica debería tener un papel importante en la elaboración de respuestas específicas, integradas y a largo plazo.

En razón de lo anterior, recientemente se ha estructurado un marco conceptual y una clasificación preliminar de intervenciones basadas en lo que se conoce como salud pública digital, la cual se enfoca en el desarrollo, aplicación e interés del conocimiento en salud pública y, por ende, en la prevención, promoción de la salud de las ciencias básicas afines (Wiener et al, 2022). Esta propuesta empata con el énfasis puesto en este estudio, haciendo referencia a la importancia que merece las intervenciones digitales y los grandes beneficios que pueden traer, ya sea en una emergencia sanitaria o bien en cualquier otro contexto.

De este modo, puede concluirse que el poner a disposición esta información a organismos nacionales e internacionales permitirá consolidar la investigación sobre salud mental y las estrategias de intervención más adecuadas en futuras emergencias sanitarias, resaltando la relevancia de mantener un estilo de vida y hábitos saludables en beneficio de la salud mental de las personas adultas mayores.

Referencias

- Agudelo, D., Spielberg, C.D., y Buena-Casal, G. (2007). La depresión: ¿un trastorno dimensional o categorial?. *Salud Mental*, 30(3), 20-28.
- Aguilar-Navarro, S., y Ávila-Funes, J.A. (2006). La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gac Med Mex*, 143(2), 141-148.
- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C., Vázquez, C. (2006). Depresión. *Guías clínicas*, 6(11), 1-6.
- Alvarado, A.M., y Salazar, A.M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. doi: [10.4321/S1134-928X2014000200002](https://doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002).
- Antón, M., Gálvez, N., y Esteban, R. (2006). Cap. 23 Depresión y ansiedad. En *Tratado de geriatría para residentes* (pp. 243-249). Madrid, España: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.
- Aristizábal, G.P., Blanco, D.M., Sánchez, A., y Ostiguín, R.M. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 8(8), 16-23.
- Arora, T., y Grey, I. (2020). Health behaviour changes during COVID-19 and the potential consequences: A mini review. *Journal of health psychology*, 25(9), 1155–1163. <https://doi.org/10.1177/1359105320937053>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Washington, DC.
- Ayuso-Mateos, J.L., Nuevo, R., Verdes, E., Naidoo, N., y Chatterji, S. (2010). From depressive symptoms to depressive disorders: the relevance of thresholds. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 365–371. doi: 10.1192/bjp.bp.109.071191.
- Baltes, P.B., y Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. En *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1–34). Cambridge University Press.

- Bauer, A. (2021). COVID-19 and Mental Health and Wellbeing Research: Informing Targeted, Integrated, and Long-Term Responses to Health Emergencies. *LSE Public Policy Review*, 2(2), 1–8. <https://doi.org/10.31389/lseppr.45>
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., y Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Bonvecchio, A., Fernández-Gaxiola, A.C, Plazas, M., Kaufer- Horwitz, M., Pérez, A.B., Rivera, J.A. (2015). *Guías alimentarias y de actividad física en contexto de sobrepeso y obesidad en la población mexicana*. México.
- Bootsma, M.C., y Ferguson, N.M. (2007). The effect of public health measures on the 1918 influenza pandemic in U.S. cities. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 104(18), 7588–7593. <https://doi.org/10.1073/pnas.0611071104>
- Bystritsky, A., y Kronemyer, D. (2014). Stress and anxiety: Counterpart elements of the stress/anxiety complex. *Psychiatric Clinics of North America*, 37(4), 489–518. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.08.002>
- Cabrera, I., y Montorio, I. (2009). Ansiedad y envejecimiento. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 44(2), 106-111. doi: [10.1016/j.regg.2009.01.001](https://doi.org/10.1016/j.regg.2009.01.001)
- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 29(3), 182-191. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>
- Caputo, E.L., y Reichert, F.F. (2020). Studies of physical activity and COVID-19 during the pandemic: a scoping review. *Journal of physical activity & health*, 17(12), 1275–1284. <https://doi.org/10.1123/jpah.2020-0406>
- Carmona, F., Nieto, D., Meléndez, J., y Martínez, A. (2016). Acute stress among healthcare staff during a public health emergency in México. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 18(1), 747– 752. <https://doi.org/10.4172/1522-4821.1000312>
- Carrillo, A.M. (2020). Las pandemias en la historia y la salud pública nacional e internacional. *Salud pública y Epidemiología*, 1(10), 3-5.

- Chackiel, J., y Martínez, J. (1993). Transición demográfica en América Latina y El Caribe desde 1950”, in IV Conferencia Latinoamericana de Población. La transición demográfica en América Latina y El Caribe, vol. I. Abep/Celade/Iussp/Prolap/Somede. Mexico
- Choi, S. M., Jeong, Y. J., Park, J. S., Kang, H. J., Lee, Y. J., Park, S. S., Lim, H. J., Chung, H. S., & Lee, C. H. (2014). The impact of lifestyle behaviors on the acquisition of pandemic (H1N1) influenza infection: a case-control study. *Yonsei medical journal*, 55(2), 422–427. <https://doi.org/10.3349/ymj.2014.55.2.422>
- Cisneros, G.E., y Austín, B. (2019). Prevalencia de los trastornos de ansiedad en las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 54(1), 34-48.
- Consejo Nacional de Población. (2019). *La situación demográfica de México*. México.
- Cortés-Meda, A., y Ponciano-Rodríguez, G. (2021). Impacto de los determinantes sociales de la COVID-19 en México. *Salud pública y Epidemiología*, 2(17), 1-13.
- Cuadra-Martínez, D., Castro-Carrasco, P.J., Sandoval-Díaz, J., Pérez-Zapata, D., y Mora, D. (2020). COVID-19 y comportamiento psicológico: revisión sistemática de los efectos psicológicos de las pandemias del siglo XXI. *Rev Med Chile*, 148, 1139-1154.
- Dale, H., Brassington, L. y King, K. (2014). The impact of healthy lifestyle interventions on mental health and wellbeing: a systematic review. *Mental Health Review Journal*, 19(1), 1-26. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-05-2013-0016>
- D’Hyver de las Deses, C. (2018). Alteraciones del sueño en personas adultas mayores. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 61(1), 33-45.
- de Abreu Costa, M., D’Alò de Oliveira, G.S., Tatton-Ramos, T. *et al.* (2019). Anxiety and Stress-Related Disorders and Mindfulness-Based Interventions: a Systematic Review and Multilevel Meta-analysis and Meta-Regression of Multiple Outcomes. *Mindfulness*, 10, 996–1005. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1058-1>
- de La Guardia, M.A., y Ruvalcaba, J.C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *JONNPR*, 5(1), 81-90.

- de la Torre-Luque, A., y Ayuso-Mateos, J.L. (2020). The course of depression in late life: a longitudinal perspective. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, 1–4.
<https://doi.org/10.1017/S204579602000058X>
- Ernsten, L., y Havnen, A. (2020). Mental health and sleep disturbances in physically active adults during the COVID-19 lockdown in Norway: does change in physical activity level matter? *Sleep Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.08.030>.
- Escudero, X., Guarner, J., Galindo-Fraga, A., Escudero-Salamanca, M., Alcocer-Gamba, M.A., y del Río, C. (2020). La pandemia de Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19): Situación actual e implicaciones para México. *Archivos de cardiología de México*, 90(1), 7-14.
<https://doi.org/10.24875/acm.m20000064>
- Estrella, I.M., y Torres, M.T. (2015). La higiene del sueño en el anciano, una labor cercana a la enfermería. *Gerokomos*, 26(4), 123-126.
- Faulkner, J., O'Brien, W. J., McGrane, B., Wadsworth, D., Batten, J., Askew, C. D., Badenhorst, C., et al. (2021). Physical activity, mental health, and well-being of adults during initial COVID-19 containment strategies: A multi-country cross-sectional analysis. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 24, 320-326.
- Firth, J., Ward, P.B., y Stubbs, B. (2019). Editorial: Lifestyle Psychiatry. *Front Psychiatry*, 10(597). <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2019.00597>.
- Firth, J., Solmi, M., Wootton, R. E., Vancampfort, D., Schuch, F. B., Hoare, E., ... y Stubbs, B. (2020). A meta-review of “lifestyle psychiatry”: the role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. *World Psychiatry*, 19(3), 360-380.
- Forsman, A. K., Nordmyr, J., Matosevic, T., Wahlbeck, K., y McDaid, D. (2017). Promoting mental well-being among older people: An evidence review of technology-based interventions. *Innovation in Aging*, 1(1), 1185-1186.
- Franceschini, C., Musetti, A., Zenesini, C., Palagini, L., Scarpelli, S., Quattropiani, M. C., et al. (2020). Poor Sleep Quality and Its Consequences on Mental Health During the COVID-19 Lockdown in Italy. *Front. Psychol.*, 11, 574475. doi: 10.3389/fpsyg.2020.574475

- Gardner, B., y Rebar, A.L. (2019). Habit formation and behavior change. *Oxford Research Encyclopedia of Psychology*. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190236557.013.129>
- González, A., Toledo, A., Romo, H., Reyes, E., y Betancourt, D. (2020). Psychological impact of sociodemographic factors and medical conditions in older adults during the COVID-19 pandemic in Mexico. *Salud Mental*, 43(6), 293-301.
- Goodwin, R., Haque, S., Neto, F., y Myers, L. B. (2009). Initial psychological responses to Influenza A, H1N1 ("Swine flu"). *BMC infectious diseases*, 9, 166. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-9-166>
- Granados-Ramos, D.E., Almanza-Colorado, L., López-Sánchez, J.D., Álvarez-Ramírez, M.M. (2019). Influencia de factores Psicosociales en depresión y ansiedad. Hacia El envejecimiento saludable. *Rev Enferm Neurol*, 18(2), 81-86.
- Grenier, S., y Richer, M.J. (2021). Cap. 4 Subthreshold Anxiety in Later Life. En *Anxiety in Older People: Clinical and Research Perspectives* (pp. 33-62). London: Cambridge University Press. doi: <https://doi.org/10.1017/9781139087469.004>.
- Gutiérrez, R.M. (1999). El proceso de envejecimiento humano: algunas implicaciones asistenciales y para la prevención. *Papeles de Población*, 19:125-47.
- Guzmán-Olea, E., Agis-Juárez, R.A., Bermúdez-Morales, V.H., Torres-Poveda, K., Madrid-Marina, V., López-Romero, D., y Maya-Pérez, E. (2020). Estado de salud y valoración gerontológica en adultos mayores mexicanos ante la pandemia por COVID-19. *Gaceta médica de México*, 156(5), 420-425. <https://doi.org/10.24875/gmm.20000459>
- Heber, E., Ebert, D. D., Lehr, D., Cuijpers, P., Berking, M., Nobis, S., y Riper, H. (2017). The benefit of web-and computer-based interventions for stress: a systematic review and meta-analysis. *Journal of medical Internet research*, 19(2), e5774.
- Ingram, J., Maciejewski, G., y Hand, C.J. (2020). Changes in Diet, Sleep, and Physical Activity Are Associated with Differences in Negative Mood During COVID-19 Lockdown. *Front. Psychol*, 11, 1-9.
- Instituto Nacional de Ciencias de la Salud Global. (2021). *La respuesta de México al COVID-19: Estudio de caso*. México.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019). *Encuesta Nacional de la Dinámica Geográfica, 2018*. México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019). *Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento, 2018*. México.
- Instituto Nacional de Geriátría. (2013). *Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud*. México.
- Iribarne, C., Renner, V., Pérez, C., y Ladrón, D. (2020). Trastornos del Ánimo y Demencia. Aspectos clínicos y estudios complementarios en el diagnóstico diferencial. *Rev Med Clin Condes*, 31(2), 150-162.
- Jeong, H., Yim, H. W., Song, Y. J., Ki, M., Min, J. A., Cho, J., & Chae, J. H. (2016). Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome. *Epidemiology and health*, 38, e2016048. <https://doi.org/10.4178/epih.e2016048>
- Judd, L.L., Rapaport, M.H., Paulus, M.P., y Brown, J.L. (1994). Subsyndromal symptomatic depression: a new mood disorder? *J Clin Psychiatry*, 55, 18–28.
- Kilani, H.A., Bataineh, M.F., Al-Nawayseh, A., Atiyat, K., Obeid, O., Abu-Hilal, M.M., et al. (2020) Healthy lifestyle behaviors are major predictors of mental wellbeing during COVID-19 pandemic confinement: A study on adult Arabs in higher educational institutions. *PLoS ONE*, 15(12), 1-15.
- Kim, H., y Zakour, M. (2017). Disaster Preparedness among Older Adults: Social Support, Community Participation, and Demographic Characteristics. *Journal of Social Service Research*, 43(4), 498-509. doi: [10.1080/01488376.2017.1321081](https://doi.org/10.1080/01488376.2017.1321081)
- Kohut, M.L., Cooper, M.M., Nickolaus, M.S., Russell, D.R, Cunnick, J.E. (2002). Exercise and Psychosocial Factors Modulate Immunity to Influenza Vaccine in Elderly Individuals. *The Journals of Gerontology: Series A*, 57(9), 557-562. <https://doi.org/10.1093/gerona/57.9.M557>
- Khoshnood, Z., Rayyani, M., y Tirgari, B. (2020). Theory analysis for Pender's health promotion model (HPM) by Barnum's criteria: a critical perspective. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 32(4), 20170160. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2017-0160>

- Langhammer, B., Bergland, A., y Rydwick, E. (2018). The importance of physical activity exercise among older people. *BioMed Research International*, 7856823.
<https://doi.org/10.1155/2018/7856823>
- León-Zarceño, E., Moreno-Tenas, A., Boix Vilella, S., García-Naveira, A., y Serrano-Rosa, M. A. (2021). Habits and Psychological Factors Associated with Changes in Physical Activity Due to COVID-19 Confinement. *Frontiers in psychology*, 12, 620745.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.620745>
- López-Moreno, M., López, M., Miguel, M., y Garcés-Rimón, M. (2020). Physical and Psychological Effects Related to Food Habits and Lifestyle Changes Derived from Covid-19 Home Confinement in the Spanish Population. *Nutrients*, 12(11), 3445.
<https://doi.org/10.3390/nu12113445>
- Lopresti, A.L., Hood, S.D., y Drummond, P.D. (2013). A review of lifestyle factors that contribute to important pathways associated with major depression: diet, sleep and exercise. *Journal of Affective Disorders*, 148(1), 12-27.
- Mander, B.A. Winer, J.R., y Walker, M.P. (2017). Sleep and human aging. *Neuron*, 94(1), 19-36.
doi: 10.1016/j.neuron.2017.02.004
- McDowell, C., Gordon, B., Andrews, K., MacDonncha, C., y, Herring, M. (2018). Associations of physical activity with anxiety symptoms and status: results from The Irish longitudinal study on ageing. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(4), 436-445.
doi:10.1017/S204579601800001X.
- Medina-Mora, M. (2020). COVID-19 and mental health: Challenges and opportunities. *Salud Mental*, 43(6), 241-242. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2020.033>
- Medina, S. y León, J.M. (2004). Modelos explicativos de la psicología de la salud. En *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- Mejía, U., Guerrero, A.L., Lorenzo, I., y Sosa, A.J. (2020). Actividad física y su asociación con el estado emocional en adultos mayores con obesidad. *Aten Fam*, 28(1), 4-9.

- Mendoza-Ruvalcaba, N.M., y Arias-Merino, E.D. (2015). "I am active": effects of a program to promote active aging. *Clinical interventions in aging*, 10, 829–837.
<https://doi.org/10.2147/CIA.S79511>
- Meyer, J., McDowell, C., Lansing, J., Brower, C., Smith, L., Tully, M., y Herring, M. (2020). Changes in physical activity and sedentary behavior in response to COVID-19 and their associations with mental health in 3052 US adults. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(18), 6469. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186469>
- Mochcovitch, M. D., Deslandes, A. C., Freire, R. C., Garcia, R. F., y Nardi, A. E. (2016). The effects of regular physical activity on anxiety symptoms in healthy older adults: a systematic review. *Revista brasileira de psiquiatria*, 38(3), 255–261.
<https://doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1893>
- Moreno, S.M., y Vallejo, I.A. (2011). Estilos de vida y educación para la salud. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Moreno-Sánchez, F., Coss, M.F., Alonso, M.T., y Elizondo, A. (2018). Las grandes epidemias que cambiaron al mundo. *An Med Asoc Med Hosp ABC*, 63(2), 151-156.
- Morganstein, J., Fullerton, C., Ursano, R., Donato, D., y Holloway, H. (2017). Cap. 18 Pandemics: Health Care Emergencies. En *Textbook of Disaster Psychiatry* (pp. 270-284). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/9781316481424.019
- Oblitas, L.A. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Cengage Learning.
- Ochoa-Vázquez, J., Cruz-Ortiz, M., Pérez-Rodríguez, M.C, y Cuevas-Guerrero, C.E. (2018). El envejecimiento: una mirada a la transición demográfica y sus implicaciones para el cuidado. *Rev Enferm IMSS*, 26(4), 273-280.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Ginebra, Suiza.

- Orozco-Rocha, K., y González-González, C. (2021). Vulnerabilidad de salud y económica de los adultos mayores en México antes de la COVID-19. *Novedades en Población*, 17(33), 61-84.
- Otáñez, J.E. (2017). Efectos de los estilos de vida saludables en las habilidades sociales en jóvenes. *Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 20(2), 5-11.
- Palacio-Mejía, L.S., Wheatley-Fernández, J.L., Ordóñez-Hernández, I., López-Ridadura, R., Gatell-Ramírez, H.L., Hernández-Ávila, M., y Hernández-Ávila, J.E. (2021). Estimación del exceso de mortalidad por todas las causas durante la pandemia del Covid-19 en México. *Salud pública de México*, 63(2), 211-224.
- Parihar, S., Kaur, R.J., y Singh, S. (2021). Flashback and lessons learnt from history of pandemics before COVID-19. *J Family Med Prim Care*, 10, 2441-9.
- Parker, G., y Crawford, J. (2007). Judged effectiveness of differing antidepressant strategies by those with clinical depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 32-37.
- Pastor, Y., Balaguer, I., y García-Merita, M.L. (1998). Una revisión sobre las variables de estilos de vida saludables. *Revista de Psicología de la Salud*, 10(1), 15-43.
- Pender, N. J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. Appleton & Lange
- Pérez, E., Lizárraga, D.C., Martínez, M.R. (2014). Asociación entre desnutrición y depresión en el adulto mayor. *Nutr Hosp*, 29(4), 901-906.
- Petretto, D.R., Pili, R., Gaviano, L., Matos, C., y Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista española de geriatría y gerontología*, 51(4), 229–241. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003>
- Pinillos, Y., y Quintero, M.V. (2017). Cap. 2 Envejecimiento y vejez: del concepto y la teoría a la funcionalidad del adulto mayor. En *Ejercicio físico para la condición física funcional en el adulto mayor: Estrategia de intervención* (pp. 31-49). Barranquilla: Ediciones Universidad Simón Bolívar.

- Piotrowski, M.C., Lunsford, J., y Gaynes, B.N. (2021). Lifestyle psychiatry for depression and anxiety: Beyond diet and exercise. *Lifestyle med*, 2(1), 1-12.
<https://doi.org/10.1002/lim2.21>
- Presidencia de la República. (2001). *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*. México.
- Ramos-Lira, L., Rafful, C., Flores-Celis, K., Mora, J., García-Andrade, C., Rascón, M. L., Bautista, N., y Cervantes, C. (2020). Emotional responses and coping strategies in adult Mexican population during the first lockdown of the COVID-19 pandemic: An exploratory study by sex. *Salud Mental*, 43(6), 243-251.
- Reyes, E. (2006). Análisis demográfico y socioeconómico de la población de Adultos Mayores de México 2006-2050. *Centro de documentación, información y análisis*.
- Ritterband, L.M., y Spielberger, C.D. (1996). Construct Validity of the Beck Depression Inventory as a measure of state and trait depression in nonclinical populations. *Depress Stress*, 2, 123-145.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218.
- Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R. et al. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health*, 16, 57. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
- Saltzman, L.Y., Hansel, T.C., y Bordnick, P.S. (2020). Loneliness, isolation, and social support factors in post-COVID-19 mental health. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S55–S57. <https://doi.org/10.1037/tra0000703>
- Sanche, S., Lin, Y. T., Xu, C., Romero-Severson, E., Hengartner, N., y Ke, R. (2020). High contagiousness and rapid spread of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2. *Emerging infectious diseases*, 26(7), 1470.
- Santiago-Baena, G., Ponce-Rosas, E.R., Chapa-Luque, T., Sánchez-Escobar, L.E., Jiménez-Galván, I. (2013). Percepciones sobre el modelo de envejecimiento life-span en una clínica de medicina familiar de la ciudad de México. *Aten Fam*, 20(2), 55-58.

- Sarris, J., Moylan, S., Camfield, D.A., Pase, M.P., Mischoulon, D., Berk, M., Jacka, F.N., y Schweitzer, I. (2012). Complementary medicine, exercise, meditation, diet, and lifestyle modification for anxiety disorders: a review of current evidence. *Evidence-based complementary and alternative medicine*. <https://doi.org/10.1155/2012/809653>
- Sarris, J., O'Neil, A., Coulson, C.E., Schweitzer, I., y Berk, M. (2014). Lifestyle medicine for depression. *BMC Psychiatry*, *14*(107). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-107>.
- Seifert, A., Hofer, M., y Rössel, J. (2018). Older adults' perceived sense of social exclusion from the digital world. *Educational Gerontology*, *44*(12), 775-785. <https://doi.org/10.1080/03601277.2019.1574415>
- Sosa-Ortíz, A., Castillo, I., y Salinas, A. (2015). Salud mental en adultos mayores mexicanos.
- Sotelo, I., Rojas, J.E., Sánchez, C., y Irigoyen, A. (2012). La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiología desde el primer nivel de atención. *Arch Med Fam*, *14*(1), 5-13.
- Stanton, R., To, Q.G., Khalesi, S., Williams, S.L., Alley, S.J., et al. (2020). Depression, Anxiety and Stress during COVID-19: Associations with changes in physical activity, sleep, tobacco and alcohol use in australian adults. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, *17*, 1-13.
- Tala, A., Vásquez, E., y Plaza, C. (2020). Estilos de vida saludables: una ampliación de la mirada y su potencial en el marco de la pandemia. *Revista médica de Chile*, *148*(8), 1189-1194. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000801189>
- Tam, C.W., Pang, E.P., Lam, L.C., y Chiu, H.F. (2004). Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong in 2003: stress and psychological impact among frontline healthcare workers. *Psychological medicine*, *34*(7), 1197–1204. <https://doi.org/10.1017/s0033291704002247>
- Téllez, A., Juárez-García, D.M., Jaime-Bernal, L., y García-Cadena, C. (2016). Prevalencia de trastornos de sueño en relación a factores sociodemográficos y depresión en adultos mayores de Monterrey, México. *Revista Colombiana de Psicología*, *25*(1), 95-106.

- Tello, T., Alarcón, R.D., Vizcarra, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 33(2), 342-350.
- Terán-Pérez, G., Portillo-Vásquez, A., Arana-Lechuga, Y., Sánchez-Escandón, O., Mercadillo-Caballero, R., González-Robles, R.O., Velázquez-Moctezuma, J. (2021). Sleep and Mental Health Disturbances Due to Social Isolation during the COVID-19 Pandemic in Mexico. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18(2804).
<https://doi.org/10.3390/ijerph18062804>
- Thiyagarajan, J. A., Prince, M., y Webber, M. (2014). Social support network typologies and health outcomes of older people in low and middle income countries--a 10/66 Dementia Research Group population-based study. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 26(4), 476–485. <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.925850>
- Triadó, C., y Villar, F. (1997). Modelos de envejecimiento y percepción de cambios en una muestra de personas mayores. *Anuario de Psicología*, 73, 43-55.
- Villaseñor, K., Jiménez, A.M., Ortega, A.E., Islas, L.M., González, O.A., y Silva, T.S. (2021). Cambios en el estilo de vida y nutrición durante el confinamiento por SARS-CoV-2 (COVID-19) en México: Un estudio observacional. *Rev Esp Nutr HumDiet*, 25(2), 1-21.
- Walker, S.N., Kerr, M.J., Pender, N.J., y Sechrist, K.R. (1990). A Spanish language version of the health-promoting lifestyle profile. *Nurs Res*, 39(6), 268-273.
- Walters, R., Leslie, S.J., Polson, R. *et al.* (2020). Establishing the efficacy of interventions to improve health literacy and health behaviors: a systematic review. *BMC Public Health*, 20, 1040. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08991-0>
- Wienert, J, Jahnel, T, y Maaß, L. (2022). What are Digital Public Health Interventions? First Steps Toward a Definition and an Intervention Classification Framework *J Med Internet Res*, 24(6).
- Williams, C., Townson, A. T., Kapur, M., Ferreira, A. F., Nunn, R., Galante, J., Phillips, V., Gentry, S., y Usher-Smith, J. A. (2021). Interventions to reduce social isolation and loneliness during COVID-19 physical distancing measures: A rapid systematic review. *PloS one*, 16(2), e0247139. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247139>

- Wilder-Smith, A., Chiew, C.J., Lee, V.J. (2020). Can we contain the COVID-19 outbreak with the same measures as for SARS? *Lancet Infect Dis*, 20(5), 102-107.
[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30129-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30129-8)
- Witlox, M., Garnefski, N., Kraaij, V., Simou, M., Dusseldorp, E., Bohlmeijer, E., y Spinhoven, P. (2020). Prevalence of Anxiety Disorders and Subthreshold Anxiety Throughout Later Life: Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychology and Aging*.
<http://dx.doi.org/10.1037/pag0000529>
- Wolkove, N., Elkholy, O., Baltzan, M., y Palayew, M. (2007). Sleep and aging: sleep disorders commonly found in older people. *CMAJ*, 176(9), 1299-1304.
- Woods, J. A., Keylock, K. T., Lowder, T., Vieira, V. J., Zelkovich, W., Dumich, S., Colantuano, K., et al. (2009). Cardiovascular exercise training extends influenza vaccine seroprotection in sedentary older adults: The immune function intervention trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(12), 2183-2191.
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., y McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 277, 55–64.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>
- Yesavage, J.A., y Sheikh, J.I. (1986). 9/ Geriatric Depression scale (GDS). *Clinical Gerontologist*, 5(1-2), 165-173, doi: 10.1300/J018v05n01_09
- Yuan, K., Gong, Y. M., Liu, L., Sun, Y. K., Tian, S. S., Wang, Y. J., Zhong, Y., Zhang, A. Y., Su, S. Z., Liu, X. X., Zhang, Y. X., Lin, X., Shi, L., Yan, W., Fazel, S., Vitiello, M. V., Bryant, R. A., Zhou, X. Y., Ran, M. S., Bao, Y. P., ... Lu, L. (2021). Prevalence of posttraumatic stress disorder after infectious disease pandemics in the twenty-first century, including COVID-19: a meta-analysis and systematic review. *Molecular psychiatry*, 26(9), 4982–4998. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01036-x>
- Zamarripa, J., Marroquín-Zepeda, S., Ceballos-Gurrola, O., Flores-Allende, G., y García-Gallegos, J. (2021). Nivel de actividad física y conductas sedentarias antes y durante el confinamiento a causa del COVID-19 en adultos mexicanos. *Retos*, 42, 898-905.
<https://doi.org/10.47197/retos.v42i0.87278>

Anexo 1.

Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I) Pender (1996)

Sexo: Masculino Femenino
Último

Año cursado: Primero

Fecha: _____

Instrucciones:

a) En este cuestionario se pregunta sobre el modo en que vives en relación a tus hábitos personales actuales.

b) No hay respuesta correcta o incorrecta, solo es tu forma de vivir. Favor de no dejar preguntas sin responder.

c) Marca con una X el número que corresponda a la respuesta que refleje mejor tu forma de vivir.

1 = Nunca 2 = A veces 3 = Frecuentemente 4 = Rutinariamente

1	Tomas algún alimento al levantarte por las mañanas	1	2	3	4
2	Relatas al médico cualquier síntoma extraño relacionado con tu salud	1	2	3	4
3	Te quieres a ti misma (o)	1	2	3	4
4	Realizas ejercicios para relajar tus músculos al menos 3 veces al día o por semana	1	2	3	4
5	Seleccionas comidas que no contienen ingredientes artificiales o químicos para conservarlos (sustancias que te eleven tu presión arterial)	1	2	3	4
6	Tomas tiempo cada día para el relajamiento	1	2	3	4
7	Conoces el nivel de colesterol en tu sangre (miligramos en sangre)	1	2	3	4
8	Eres entusiasta y optimista con referencia a tu vida	1	2	3	4
9	Crees que estas creciendo y cambiando personalmente en direcciones positivas	1	2	3	4
10	Discutes con personas cercanas tus preocupaciones y problemas personales	1	2	3	4
11	Eres consciente de las fuentes que producen tensión (comúnmente nervios) en tu vida	1	2	3	4
12	Te sientes feliz y contento(a)	1	2	3	4
13	Realizas ejercicio vigoroso por 20 o 30 minutos al menos tres veces a la semana	1	2	3	4
14	Comes tres comidas al día	1	2	3	4
15	Lees revistas o folletos sobre como cuidar tu salud	1	2	3	4
16	Eres consciente de tus capacidades y debilidades personales	1	2	3	4
17	Trabajas en apoyo de metas a largo plazo en tu vida	1	2	3	4
18	Elogias fácilmente a otras personas por sus éxitos	1	2	3	4
19	Lees las etiquetas de las comidas empaquetadas para identificar nutrientes (artificiales y/o naturales, colesterol, sodio o sal, conservadores)	1	2	3	4
20	Le preguntas a otro médico o buscas otra opción cuando no estas de acuerdo con lo que el tuyo te recomienda para cuidar tu salud	1	2	3	4
21	Miras hacia el futuro	1	2	3	4
22	Participas en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión	1	2	3	4
23	Eres consciente de lo que te importa en la vida	1	2	3	4
24	Te gusta expresar y que te expresen cariño personas cercanas a ti	1	2	3	4

25	Mantienes relaciones interpersonales que te dan satisfacción	1	2	3	4
26	Incluyes en tu dieta alimentos que contienen fibra (ejemplo: granos enteros, frutas crudas, verduras crudas)	1	2	3	4
27	Pasas de 15 a 20 minutos diariamente en relajamiento o meditación	1	2	3	4
28	Discutes con profesionales calificados tus inquietudes respecto al cuidado de tu salud	1	2	3	4
29	Respetas tus propios éxitos	1	2	3	4
30	Checas tu pulso durante el ejercicio físico	1	2	3	4

31	Pasas tiempo con amigos cercanos	1	2	3	4
32	Haces medir tu presión arterial y sabes el resultado	1	2	3	4
33	Asistes a programas educativos sobre el mejoramiento del medio ambiente en que vives	1	2	3	4
34	Ves cada día como interesante y desafiante	1	2	3	4
35	Planeas o escoges comidas que incluyan los cuatro grupos básicos de nutrientes cada día (proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas)	1	2	3	4
36	Relajas conscientemente tus músculos antes de dormir	1	2	3	4

37	Encuentras agradable y satisfecho el ambiente de tu vida	1	2	3	4
38	Realizas actividades físicas de recreo como caminar, nadar, jugar fútbol, ciclismo	1	2	3	4
39	Expresas fácilmente interés, amor y calor humano hacia otros	1	2	3	4
40	Te concentras en pensamientos agradables a la hora de dormir	1	2	3	4
41	Pides información a los profesionales para cuidar de tu salud	1	2	3	4
42	Encuentras maneras positivas para expresar tus sentimientos	1	2	3	4

43	Observas al menos cada mes tu cuerpo para ver cambios físicos o señas de peligro	1	2	3	4
44	Eres realista en las metas que te propones	1	2	3	4
45	Usas métodos específicos para controlar la tensión (nervios)	1	2	3	4
46	Asistes a programas educativos sobre el cuidado de la salud personal	1	2	3	4
47	Te gusta mostrar y que te muestren afecto con palmadas, abrazos y caricias, por personas que te importan (papás, familiares, profesores y amigos)	1	2	3	4
48	Creer que tu vida tiene un propósito	1	2	3	4

No.	Subescalas	No. Variables	Reactivos
1	Nutrición	6	1,5,14,19,26,35
2	Ejercicio	5	4,13,22,30,38
3	Responsabilidad en Salud	10	2,7,15,20,28,32,33,42,43,46,
4	Manejo del Estrés	7	6,11,27,36,40,41,45
5	Soporte Interpersonal	7	10,18,24,25,31,39,47
6	Autoactualización	13	3,8,9,12,16,17,21,23,29,34,37,44,48

DIMENSIONES

Nutrición	Saludable	16- 24
	No Saludable	6- 15
Ejercicio	Saludable	14 - 20
	No Saludable	5 -13
Responsabilidad en salud	Saludable	26 - 40
	No Saludable	10 - 25
Manejo del estrés	Saludable	18 - 28
	No Saludable	7 - 17
Soporte interpersonal	Saludable	18 - 28
	No Saludable	7 - 17
Autoactualización	Saludable	33 – 52
	No Saludable	13 - 32

Saludable	121 – 192
No Saludable	48 - 120

Anexo 2.

INVENTARIO DE BECK (BAI)

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____
OCUPACIÓN _____ EDO. CIVIL _____ FECHA _____

INSTRUCCIONES: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación. Indica cuánto te ha molestado cada síntoma **dura última semana**, inclusive hoy, marcado con una X según la intensidad de la molestia.

	Poco o nada	Mas o menos	Moderada- mente	Severa- mente
1. Entumecimiento hormigueo	_____	_____	_____	_____
2. Sentir oleadas de calor (bochorno)	_____	_____	_____	_____
3. Debilitamiento de las piernas	_____	_____	_____	_____
4. Dificultad para relajarse	_____	_____	_____	_____
5. Miedo a que pase lo peor	_____	_____	_____	_____
6. Sensación de mareo	_____	_____	_____	_____
7. Opresión en el pecho o latidos acelerados	_____	_____	_____	_____
8. Inseguridad	_____	_____	_____	_____
9. Terror	_____	_____	_____	_____
10. Nerviosismo	_____	_____	_____	_____
11. Sensación de ahogo	_____	_____	_____	_____
12. Manos temblorosas	_____	_____	_____	_____
13. Cuerpo tembloroso	_____	_____	_____	_____
14. Miedo a perder el control	_____	_____	_____	_____
15. Dificultad para respirar	_____	_____	_____	_____
16. Miedo a morir	_____	_____	_____	_____
17. Asustado	_____	_____	_____	_____
18. Indigestión o malestar estomacal	_____	_____	_____	_____
19. Debilidad	_____	_____	_____	_____
20. Ruborizarse, sonrojamiento	_____	_____	_____	_____
21. Sudoración (no debido al calor)	_____	_____	_____	_____

Anexo 3.

Escala de Depresión Geriátrica Geriatric Depression Scale (GDS)

Introducción.

La escala de depresión geriátrica fue creada por Jerome A. Yesavage y colaboradores, ha sido probada y utilizada extensamente en personas mayores. Durante su aplicación que toma alrededor de 5-7 minutos, se le pide a la persona a evaluar que responda con sí o no a las preguntas con respecto a cómo se ha sentido durante la última semana. Existen varias versiones desde 30 ítems; se revisará la versión de 15 ítems que se desarrolló en 1986; 10 ítems indican la presencia de síntomas depresivos si se responden afirmativamente, mientras que otros 5 ítems indican síntomas depresivos cuando se les da una respuesta negativa. La escala de depresión geriátrica, se ha probado en personas mayores por lo demás sanas, enfermas o con deterioro cognitivo leve a moderado; en distintos contextos como el comunitario, hospitalario y de cuidados prolongados.

Material requerido.

Cuestionario de la versión de 15 ítems de Escala de Depresión Geriátrica y una pluma.

Instrucciones:

Vea directamente a la persona, logre su atención y explíquelo:

*“Le voy a hacer algunas preguntas para evaluar su **estado de ánimo**, tome en cuenta únicamente como se ha sentido durante la **última semana**, por favor responda con **Si o No**”.*

Hágale a la persona las preguntas de la Escala de Depresión Geriátrica en el orden indicado a continuación:

1. ¿En general, está satisfecho(a) con su vida?	Sí (0)	No (1)
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Sí (1)	No (0)
3. ¿Siente que su vida está vacía?	Sí (1)	No (0)
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?	Sí (1)	No (0)
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí (0)	No (1)
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Sí (1)	No (0)
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí (0)	No (1)
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)?	Sí (1)	No (0)
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Sí (1)	No (0)
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Sí (1)	No (0)
11. ¿En estos momentos, piensa que es estúpido estar vivo(a)?	Sí (0)	No (1)
12. ¿Actualmente se siente un(a) inútil?	Sí (1)	No (0)
13. ¿Se siente lleno(a) de energía?	Sí (0)	No (1)
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Sí (1)	No (0)
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Sí (1)	No (0)