

ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA

BELÉN RIVERA-CORVALÁN^{1*}, RICARDO CARTES-VELÁSQUEZ²

1) Fundación Kimntrum, Chile

2) Universidad Andrés Bello Sede Concepción

Recibido: 21-05-2020

Aprobado para su publicación: 16-09-2020

Resumen

El objetivo general de este trabajo es describir los principales factores y/o mecanismos preventivos de la depresión geriátrica. Este fenómeno no sólo se constituye como una imposibilidad de desarrollar un envejecimiento satisfactorio, sino también representa una posible causa de mortalidad para la población adulta mayor. La revisión se organiza en dos grandes secciones de factores “Prevención psicosocial”, y “Prevención Física”. Dentro de la primera se encuentran los programas de salud comunitaria; el envejecimiento activo en el ámbito intelectual, el cual se subdivide en participación en voluntariados y la pedagogía gerontológica; y el modelo de ocio activo. En la segunda sección se engloban otros dos factores, siendo estos los hábitos alimenticios; y el desarrollo de la actividad física. En conclusión, el eje central de todos los factores preventivos de la depresión geriátrica se enmarca dentro de la adopción de un envejecimiento activo, entendiéndose este no sólo como la realización de nuevas o ya existentes actividades en la adultez mayor, sino que además estas se adecúan a las características, demandas, necesidades y contextos de cada sujeto.

Palabras clave: Depresión geriátrica, prevención, ocio.

STRATEGIES FOR THE PREVENTION OF GERIATRIC DEPRESSION

Abstract

The general objective of this work is to describe the main factors and / or preventive mechanisms of the geriatric depression. This phenomenon not only constitutes an inability to develop a satisfactory aging, but also represents a possible cause of mortality for the elderly population. The review is organized into two major sections of factors “Psychosocial prevention” and “Physical prevention”. Within the first one are the community health programs; Active aging in the intellectual sphere, which is subdivided into volunteer participation and gerontological pedagogy; and the active leisure model. In the second section two other factors are included, these being the eating habits; and the development of physical activity. In conclusion, the central axis of all preventive factors of the geriatric depression is part of the adoption of active aging, understood not only as the realization of new or existing activities in adulthood, but also these are adapted to the characteristics, demands, needs and contexts of each subject.

Keywords: Geriatric depression, prevention, leisure.

* briverac@kimntrum.org

Introducción

Según el “World Population Prospects”, se espera que para el año 2050 el número de personas adultas mayores duplique la cifra existente en el año 2017. Esto significará un aumento de 962 millones de personas a 2100 millones y para el año 2100 será de aproximadamente 3100 millones.¹⁻³

Junto al incremento tanto a nivel mundial como a nivel nacional, comienzan a visibilizarse una suma de nuevos fenómenos ligados al desarrollo íntegro de la adultez mayor, respondiendo estos a componentes físicos y psicosociales propios de la edad.⁴ Una de las grandes problemáticas existentes en esta población es la manifestación de la depresión geriátrica (DG), la cual en el año 2010 se espera que sea la segunda causa de mayor morbilidad y mortalidad entre los adultos mayores.⁵ Aun cuando la prevalencia de DG y sus síntomas asociados son altos, esta tiende a subvalorarse en los ámbitos de prevención y tratamiento, facilitando finalmente el incremento de este fenómeno.⁶

Un adecuado proceso de prevención o tratamiento de la DG, consta en primera instancia en identificar los factores de riesgo asociados, entre ellos: pertenecer al sexo femenino;⁷ el bajo nivel educativo;⁸ la falta de apoyo social⁹; la percepción de soledad;^{10,11} elevada existencia de duelos, tanto físicos como psicosociales;¹² síndrome de locomoción;¹³ dependencia, y por consiguiente la falta de autonomía;¹⁴ el deterioro o declive cognitivo;¹⁵ discapacidad visual;¹⁶ trayectoria o antecedentes clínicos previos de depresión o síntomas depresivos;¹⁷ entre otros.

El objetivo de este trabajo es describir las principales estrategias de prevención de la DG, cubriendo la “Prevención psicosocial” y la “Prevención Física”.

Prevención Psicosocial

Una primera estrategia corresponde a las **intervenciones comunitarias**. Estas tienen como objetivo aumentar las interacciones o participaciones sociales entre adultos mayores, otorgando mayor acceso al apoyo social, sentido a la vida actual, y mantenimiento de las funciones cognitivas mediante el incremento de la plasticidad neuronal.¹⁸

Un claro ejemplo de lo anterior se observa en los resultados del estudio realizado por Hikichi *et al.*¹⁹ en el cual se demostró que la participación de los sujetos se encuentra significativamente asociada a menores incidencias en el desarrollo de discapacidad funcional, sien-

do por lo tanto la participación comunitaria un elemento efectivo de prevención. Gleit *et al.*²⁰ establecieron que, dentro de las interacciones llevadas a cabo en la participación social, aquellas específicamente voluntarias, y que por ende que comprometan la proactividad de los sujetos, tienen mayor impacto en las funciones preventivas, en comparación a aquellas interacciones rutinarias llevadas a cabo en la cotidianidad con familiares o cercanos. Con respecto a esto último, Chou & Chi^{21,22} refieren un mayor detalle al rol de apoyo social otorgado por el sistema familiar, especificando que aquellos adultos mayores que tienden a recibir mayor apoyo social de miembros que no viven con ellos, tienden a reportar menos síntomas depresivos, pero asumiendo de igual forma que el apoyo social de miembros de la familia que viven con ancianos no se asocia a un predictor significativo de síntomas depresivos.

Sumado a la función de apoyo social, la conformación de los programas de salud con abordaje comunitario incluye intervenciones específicas hacia y desde instituciones de salud mental, en las cuales el principal incentivo es innovar en posibles estrategias de prevención acorde a la propia complejidad y características del contexto en el cual se ve inmerso cada sujeto. Si bien los abordajes de trabajo práctico son variados, la intervención comunitaria tiene como eje principal el aspecto relacional y participativo, observando por lo tanto a la propia comunidad como un sujeto activo de transformación social, el cual posee herramientas necesarias para abordar las problemáticas presentes en personas en situación de vulnerabilidad.²³

Una segunda estrategia de prevención psicosocial, es el desarrollo del **envejecimiento activo** en el ámbito intelectual, esta puede llevarse a cabo mediante dos principales áreas. Una de ellas es la participación voluntaria o voluntariado, la cual según resultados del estudio descriptivo-comparativo de Ferrada & Zavala,²⁴ otorga a los adultos mayores un mayor grado de bienestar psicológico, en comparación a aquellos adultos mayores no voluntarios. El permanecer activo en la vejez mediante actividades de voluntariado propicia ciertos beneficios individuales tales como el sentimiento de utilidad, alta autoestima, incremento de relaciones sociales, mejora en el estado de ánimo, mayor satisfacción vital y menos síntomas depresivos.^{25, 26}

Existen variadas actividades de voluntariado, siendo algunas de estas enfocadas a la conservación y transmisión de la memoria colectiva; la preservación de lazos

intergeneracionales extrafamiliares; aportaciones a las problemáticas sociales, políticas o económicas;²⁵ o las participaciones voluntarias escolares descrita por Parisi *et al.*,²⁷ en las que adultos mayores son entrenados como tutores y mentores de alumnos de diversas escuelas, en las áreas de literatura, matemática y habilidades de comportamiento social.

Por otra parte, la formación permanente es otra actividad dentro del envejecimiento activo, en ella se encuentran los Programas Universitarios de Mayores, lo cuales se plantean como instancias democráticas de conocimiento, en donde el sujeto puede descubrir nuevos ámbitos de interés, así como también seguir desarrollando capacidades hasta el momento olvidadas.²⁸ Esto último se enmarca dentro de una nueva subdisciplina dentro de la pedagogía, capaz de entregar oportunidades de aprendizaje a los adultos mayores, favoreciendo no sólo que estos sepan más, sino también otras herramientas acordes a sus demandas, deseos y necesidades. Este nuevo campo de la educación se denomina de diversas formas, siendo alguno de ellos “andragogía”, “pedagogía gerontológica”, “gerantagogía”, “gerontopedagogía”, entre otros.^{29, 30}

Una tercera estrategia de prevención psicosocial es el modelo de **ocio activo** en las personas mayores.³¹ En este se plantea la utilización del tiempo libre mediante actividades de turismo, en el cual además los sujetos puedan relacionarse satisfactoriamente en el descubrimiento de otros escenarios. Todo lo anterior surge como una forma preventiva específica hacia la valoración negativa que existe frente a la jubilación, proceso que al ser vivenciado como un duelo de los roles previamente establecidos se constituye como un factor de riesgo para DG.³³

En un estudio de carácter cuantitativo realizado por Cuenca & San Salvador,³⁴ se pretendió contrastar la importancia concedida al ocio para un envejecimiento satisfactorio, concluyendo que, a mayor importancia concedida al ocio, mayor es el nivel de participación en actividades recreativas de ocio, repercutiendo finalmente en una mayor sensación de bienestar general entre los adultos mayores participantes.

Existen ciertos elementos condicionantes para el óptimo desarrollo de actividades de ocio, siendo el principal de ellos el rol económico en la adecuación a las actividades de ocio. Adultos mayores con mayor estabilidad económica son más propensos a realizar más actividades de ocio, así como también a desarrollar estas en espacios más adecuados. Además, suelen disponer de

una red familiar y social amplia, buenas condiciones de salud, y buen nivel educativo.³⁵ Ahora bien, una de las características fundamentales del ocio es que no responde a ninguna obligación o fin en particular, es voluntario, y al llevarse a cabo causa gran satisfacción.³⁶ Por lo tanto, la realización o desarrollo exitoso de prácticas de ocio no necesariamente tendrían que verse sujetas al alcance socioeconómico de los sujetos, sino más bien al contexto en el cual se ve inmerso.³⁷

Ihle *et al.*³⁸ establecieron que aquellos adultos mayores que en su edad media, de aproximadamente 45 años, adoptaron un estilo de vida con prácticas de ocio activo, tenían mejores funcionamientos cognitivos en la vejez. Por lo tanto, este factor preventivo debe pertenecer a una trayectoria que lo anteceda.

Prevención Física

Existen dos caminos interrelacionados entre sí, los hábitos alimenticios y el desarrollo de la actividad física. Los **hábitos alimenticios** se enmarcan como una cuarta estrategia preventiva. Aquí se recalca la importancia a la adherencia a la dieta Mediterránea, la cual se basa en el consumo de aceite de oliva como principal fuente de grasa, pescado (Omega 3), frutas y verduras. En contraposición, dietas con alto consumo de azúcar, carnes procesadas, granos refinados y productos lácteos altos en grasa se asocian significativamente con síntomas depresivos en la adultez mayor.³⁹⁻⁴²

Dentro de los hábitos positivos, se incluye además el consumo de suplementos alimentarios o medicinas alternativas de carácter natural, las cuales pretenden complementar la utilización de medicamentos en la adultez mayor o dietas desbalanceadas. Algunos de los principales suplementos son StJohn'sWort (SJW) o Hypericum perforatum, la cual es una flor silvestre; S-adenosyl-L-methionine (SAME); Ginkgo Biloba; Huperzia Serrata, hierba china; Vitamina B; aceite de coco,⁴³ y el consumo e ingesta de vitamina D, la cual destaca mayoritariamente en su rol preventivo de la DG.⁴⁴

La quinta estrategia preventiva es el desarrollo de la **actividad física**. Almagro *et al.*⁴⁵ en su revisión sistemática indican que existe una relación inversa entre la práctica de actividad física y síntomas depresivos. Sumado a esto, la importancia no radica necesariamente en la intensidad de la práctica, sino en la frecuencia de la misma, siendo lo principal en el caso de la población adulta mayor la disminución del sedentarismo como estilo de vida. La práctica regular de ejercicios físicos dis-

minuye el riesgo de desarrollar discapacidades físicas y cognitivas, además de soslayar la dependencia funcional que se genera a partir de estas.⁴⁶ Además, García *et al.*⁴⁷ establecieron que la actividad física incide en la felicidad de las personas adultas mayores, siendo aún mayor el nivel de felicidad en aquellos que en algún momento de sus ciclos vitales, es decir en el pasado, presente o de manera continua, hayan desarrollado activamente ejercicios físicos.

La pérdida de fuerza, masa muscular y densidad ósea son factores presentes en el transcurso de la vejez, por tal razón existen ejercicios y formas específicas de desarrollo que se adecúan a los cambios físicos propios de la edad. A grandes rasgos, la actividad física en la adultez mayor se debe enfocar hacia los ámbitos de resistencia, flexibilidad, equilibrio y de protección cardiovascular,⁴⁸ los cuales se visualizan en el mejoramiento de actividades cotidianas tales como el pararse y levantarse, el desplazamiento expedito, y potenciamiento del ritmo y coordinación de la marcha. Para lo anterior existen además recomendaciones generales, tales como contar con espacios físicos seguros, implementos manipulables y conocidos, evitar cambios bruscos de temperatura, y no generar ejercicios extenuantes o que traigan consigo riesgo de caídas.⁴⁹

Con respecto a esto último, es importante recalcar que el desarrollo de la actividad física en la vejez se encuentra estrechamente relacionado con el espacio en el que se desarrolla, elemento que realzan los modelos ecológicos, quienes postulan que la planificación urbana, la arquitectura y el transporte público en los cuales se desenvuelve cada sujeto, influencia en los comportamientos de la actividad física.⁵⁰

Comentarios

El incremento poblacional de adultos mayores a nivel mundial, ha propiciado el surgimiento de fenómenos particulares a la vejez, siendo uno de los principales la DG.³ Frente a esto, la identificación de los principales factores de riesgo asociado al desarrollo de la depresión en la vejez brinda la oportunidad de anteponerse mediante mecanismos preventivos claves.

Al observar detalladamente la descripción de la mayoría de los factores, es posible deducir la fuerte interrelación existente entre estos. Por una parte, parece pertinente establecer que existen dos características u objetivos comunes a la hora de su intervención. Uno de ellos es el concepto de resiliencia, el cual enfatiza las fortalezas per-

sonales de los adultos mayores, en vez de las deficiencias o enfermedades que estos presenten en el transcurso de su vejez. Esto se relaciona con una aproximación positiva del envejecer, del encuentro armonioso del sentido y propósito de la vida.⁵¹ En sí la adopción de la resiliencia en las etapas tardías ha modificado las perspectivas anteriormente existentes, las cuales retrataban el envejecimiento como una fase de declive y vulnerabilidad.⁵²

El ejemplo más claro de lo anteriormente descrito son las funciones que se desprenden mayoritariamente del factor preventivo del envejecimiento activo en su ámbito intelectual. La participación en voluntariados, así como el desarrollo continuo de las capacidades de aprendizaje, propician esta nueva perspectiva de observar a la vejez como una instancia de valoración positiva del tiempo libre, otorgando finalmente un sentido y propósito de vida en los participantes.²⁴

Una segunda característica común a considerar en el desarrollo de las formas preventivas, es la contextualización de estas acorde a las necesidades particulares de cada sujeto. Pues programas preventivos generales que no se adecúan a las demandas de las personas no ofrecen un impacto notorio en la prevención de la DG.⁵³ En ese sentido, los programas de salud comunitaria, centrados en la comunidad propiamente tal, plantean tres maneras distintas de intervención. Una de ellas es potenciar los factores protectores ya existentes en los colectivos de personas, activando la participación de estos. Una segunda es capacitar a los sujetos como agentes intermediarios entre instituciones formales y la propia comunidad, pudiendo de esta forma generar redes de comunicación y contención. Y la tercera es ver a la comunidad como un espacio en la cual se desarrollan reflexiones, discursos y actitudes sociales específicas ante los fenómenos sociales.⁵⁴⁻⁵⁶ Estas tres formas de intervención deben estar en constante relación con las necesidades y demandas de la propia comunidad, así como también en diálogo directo con los propios intereses y condiciones de los sujetos que conforman el contexto de relación comunitaria. De esta forma, al generar intervenciones contextualizadas se incrementa la identificación de los sujetos participantes como importantes en la conformación de sus relaciones voluntarias, aumentando finalmente su autoestima y rol activo en la participación ejercida.⁵⁵ Sumado a esto, las redes de contención comunitaria se presentan como una vía hacia una sociedad más inclusiva, en la cual los adultos mayores en posible situación de vulnerabilidad puedan ser asistidos desde la propia comunidad.⁵⁶

Ahora bien, para la conformación propiamente tal de programas de salud comunitaria existen a su vez 3 vías o requisitos principales, siendo el primero de estos la generación de espacios de encuentro comunitario, en los cuales se intercambien las inquietudes compartidas acerca del proceso de salud-enfermedad. Segundo, que la información que se genere en los procesos de interacción sea de circulación clara y accesible para la comunidad. Y tercero, que quienes participen activamente tengan la posibilidad de incidir en las decisiones llevadas a cabo. Con todo lo anterior se pretende que la prevención de salud mental no sólo se encuentre centralizada en instituciones especializadas, sino que se genere un proceso de ampliación de redes participativas.⁵⁶ Por todo lo anterior, la participación comunitaria, tanto en población general como específicamente adulta mayor, resulta favorable frente a posibles fracasos de programas diseñados que no consideren las necesidades de la comunidad.

Mediante la participación de los sujetos se propician las condiciones ideales para la obtención de una mejor calidad de vida, convirtiéndose finalmente en sujetos políticos dentro de su propio contexto.⁵⁶ Las personas involucradas incorporan elementos subjetivos ligados a los sentimientos de integración y a la percepción de poder acudir a ayudar en caso de ser necesario; siendo por lo tanto la utilidad, la funcionalidad y la valoración que le otorgan los adultos mayores a la participación comunitaria los principales elementos protectores.⁵⁸

La adecuación a las necesidades de cada sujeto podría representar un desafío para profesionales y personas interesadas en el trabajo con población adulta mayor, los cuales deben tener en consideración que las propias herramientas que poseen deben adaptarse constantemente a las demandas y necesidades de los sujetos en cuestión. Un ejemplo práctico de este desafío sería la adecuación de factores tales como la dieta que cada adulto mayor

posee, la adopción de una vida no sedentaria y la realización de una amplia gama de actividades de ocio, las cuales podrían depender en gran medida del acceso y uso tanto de recursos materiales y/o económicos que cada sujeto posee, como también de las capacidades físicas y funcionales que estos posean en su vejez.⁵⁹

En la información encontrada es posible evidenciar que aún en la actualidad existen ciertos vacíos en torno a las condiciones necesarias para la realización correcta de los factores preventivos, pudiendo ser este escenario una oportunidad de futuras líneas de trabajo o investigación. Por ejemplo, no es claro si es un mayor grado de interacción social lo que propicia un mejor desarrollo funcional (físico y cognitivo) en la adultez mayor, o viceversa si son estas funciones las que permitirían una mayor o menor participación en los programas comunitarios. Ahora bien, acorde a las características inclusivas de las intervenciones comunitarias, no debiesen existir limitantes o requisitos de participación, propiciando por lo tanto la posibilidad de activismo aún en sujetos con dificultades funcionales.

Conclusión

Se establecieron cinco formas de prevención clave, agrupadas en psicosociales y físicas. En el primer grupo se encuentran los programas de salud comunitaria, el envejecimiento activo en el ámbito intelectual (participación en voluntariados y la pedagogía gerontológica) y el modelo de ocio activo. En el segundo grupo se incluyen hábitos alimenticios y el desarrollo de la actividad física. En términos generales, el eje central de todos los factores preventivos se enmarca dentro de la adopción de un envejecimiento activo, entendiéndose este no solo como la realización de ya existentes o nuevas actividades en la adultez mayor, sino, además, que éstas se adecúen a las características y contexto en el cual se ve inmerso cada sujeto.

Referencias

1. ONU. World Population Prospects. Disponible en https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf, 2017.
2. ENCAVIDAM. *Principales resultados de la Encuesta de Calidad de Vida del Adulto Mayor, e Impacto del Pilar Solidario*. Disponible en https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/download/estudios-previsionales/encuesta-de-proteccion-social/documentos-eps/documentos-eps-2018/encavidam_resultados_junio2018.pdf, 2018.
3. CASEN. *Adultos Mayores 2015*. Disponible en http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casemultidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_adultos_mayores.pdf, 2015.
4. Carmona Valdés SE. *La contribución de la vida social al bienestar en la vejez*. *Entreciencias* 3: 393-401, 2015.
5. OMS. *¿Qué repercusiones tiene el envejecimiento mundial en la salud pública?* Disponible en <http://www.who.int/features/qa/42/es/index.html>, 2011.

6. Steinman LE, Frederick JT, Prohaska T. y col. *Recommendations for treating depression in community-based older adults*. Am J Prev Med 33: 175-81, 2007.
7. Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, Gallegos-Carrillo K. y col. *Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México*. Salud Mental 35: 71-77, 2012.
8. Pontificia Universidad Católica de Chile y Caja los Andes. *10 años de la Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez. Chile y sus mayores*. Disponible en http://adultomayor.uc.cl/docs/Libro_CHILE_Y_SUS_MAYORES_2016.pdf, 2017.
9. Castellano Fuentes CL. *La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos*. Int J Psychol Psychological Ther 14: 365-77, 2014.
10. Alpass FM, Neville S. *Loneliness, health and depression in older males*. Aging Mental Health 7: 212-16, 2003.
11. Acosta Quiroz CO, Tánori Quintana J, García Flores R. y col. *Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos*. Rev Psicol Salud 27:179-88, 2017.
12. Kennedy GJ. *Geriatric depression: A clinical guide*. Guilford Publications; 2015.
13. Nakamura M, Hashizume H, Nomura S. y col. *The relationship between locomotive syndrome and depression in community-dwelling elderly people*. Curr Gerontol Geriatrics Res 2017: 1-6, 2017.
14. Urbina Torija JR, Flores Mayor JM, García Salazar MP. Y col. *Síntomas depresivos en personas mayores: Prevalencia y factores asociados*. Gac Sanit 21: 37-42, 2007.
15. Spyrou IM, Frantzidis C, Bratsas C. y col. *Geriatric depression symptoms coexisting with cognitive decline: A comparison of classification methodologies*. BSPC 25: 118-29, 2016.
16. Ribeiro MVMR, Júnior HR, Nogueira H. y col. *Association between visual impairment and depression in the elderly: a systematic review*. Arq Bras Oftalmol 78: 197-201, 2015.
17. Mahmoud M, Abdel-Fadeel N, Fadeel A. y col. *Geriatric Depression: prevalence, risk factors, and relationship to physical illness in a sample of medical clinic outpatients*. Middle East Curr Psychiatry 23: 93-8, 2016.
18. Kramer AF, Erickson KI, Colcombe SJ. *Exercise, cognition, and the aging brain*. J Appl Physiol 101: 1237-42, 2006.
19. Hikichi H, Kondo N, Kondo K. y col. *Effect of a community intervention programme promoting social interactions on functional disability prevention for older adults: propensity score matching and instrumental variable analyses, JAGES Taketoyo study*. J Epidemiol Community Health 69: 905-10, 2015.
20. Gleib DA, Landau DA, Goldman N. y col. *Participating in social activities helps preserve cognitive function: an analysis of a longitudinal, population-based study of the elderly*. Int J Epidemiol 34: 864-71, 2005.
21. Chou KL, Chi I. *Comparison between elderly Chinese living alone and those living with others*. J Gerontological Soc Work 3: 51-6, 2000.
23. Bang C. *Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas*. Psicoperspectivas 13: 109-20, 2014.
24. Ferrada Mundaca L, Zavala Gutiérrez M. *Bienestar psicológico: adultos mayores activos a través del voluntariado*. Cienc Enfermería 20: 123-30, 2014.
25. Tomás MSA, Tomás EA, Suárez JR. *Voluntariado para mayores: ejemplo de envejecimiento participativo y satisfactorio*. REIFOP 45: 107-28, 2002.
26. Schwingel A, Niti MM, Tang C, Ng TP. *Continued work employment and volunteerism and mental well-being of older adults: Singapore longitudinal ageing studies*. Age Ageing 38: 531-37, 2009.
27. Parisi JM, Rebok GW, Seeman TE. y col. *Lifestyle activities in sociodemographically at-risk urban, older adults prior to participation in the Baltimore Experience Corps® Trial*. Activ Adapt Aging 36: 242-60, 2012.
28. Ortiz-Colón AM. *Los programas universitarios de personas mayores y el envejecimiento activo*. CIT 8: 55-62.
29. Bermejo L. *Envejecimiento activo, pedagogía gerontológica y buenas prácticas socioeducativas con personas adultas mayores*. Educación social. Rev d' intervenció Socioeducativa 51: 27-44, 2012.
30. García LB. *Gerontología Educativa (eBook online): Cómo diseñar proyectos educativos con personas mayores (Colección gerontología social)*. Ed. Médica Panamericana; 2015.
31. Marín Sánchez M, García González AJ, Troyano Rodríguez Y. *Modelo de ocio activo en las personas mayores: Revisión desde una perspectiva psicosocial*. Rev Int Cienc Soc Hum Sociotam 16: 147-67, 2006.
32. Kennedy GJ. *Geriatric depression: A clinical guide*. Guilford Publications; 2015.
33. Cuenca-Amigo M, San Salvador del Valle Doistua R. *La importancia del ocio como base para un envejecimiento activo y satisfactorio*. Rev Psico Deporte 25: 79-84. 2016.
34. Monteagudo MA, Cuenca-Amigo J, San Salvador del Valle R. *Aportaciones del ocio al envejecimiento satisfactorio*. Bilbao: Universidad de Deusto; 2014.

35. Rodríguez-Rodríguez V, Rojo-Pérez F, Fernández-Mayorales G. y col. *Recursos económicos y calidad de vida en la población mayor*. RIS 69: 195-227, 2011.
36. Cabeza MC. *Pedagogía del ocio: modelos y propuestas*. Universidad de Deusto; 2004
37. Montero García I, Bedmar Moreno M. *Ocio, tiempo libre y voluntariado en personas mayores*. Rev Univ Bolivariana: 61-84, 2010.
38. Ihle A, Oris M, Fagot D. y col. *The association of leisure activities in middle adulthood with cognitive performance in old age: The moderating role of educational level*. Gerontol 61: 543-50, 2015.
39. Masana MF, Haro JM, Mariolis A. y col. *Mediterranean diet and depression among older individuals: The multinational MEDIS study*. Exp Gerontology 2018; 110: 67-72, 2018.
40. Hernández-Galiot A, Goñi I. *Adherence to the Mediterranean diet pattern, cognitive status and depressive symptoms in an elderly non-institutionalized population*. Nutr Hosp 34: 338-44, 2017.
41. Pagliai G, Sofi F, Vannetti F. y col. *Mediterranean Diet, Food Consumption and Risk of Late-Life Depression: The Mugello Study*. J Nutr Health Aging 22: 569-574, 2018.
42. Martínez-González MA, Sánchez-Villegas A. *Food patterns and the prevention of depression*. Proc Nutr Soc 75: 139-46, 2016.
43. Varteresian T, Lavretsky H. *Natural products and supplements for geriatric depression and cognitive disorders: an evaluation of the research*. Curr Psychiatry Rep 16: 456, 2014.
44. Okereke OI, Singh A. *The role of vitamin D in the prevention of late-life depression*. J Affect Disord 198: 1-14, 2016.
45. Almagro Valverde S, Dueñas Guzmán MA, Tercedor Sánchez P. *Actividad física y depresión: revisión sistemática*. Rev Int Med Cienc Act Fís Deporte 14: 377- 92, 2014.
46. Córdoba R, Camaralles F, Muñoz E. y col. *Recomendaciones sobre el estilo de vida*. At Prim 46: 16-23, 2014.
47. Bohórquez Gómez-Millán MR, Lorenzo Fernández M, García González AJ. *Actividad física como promotor del autoconcepto y la independencia personal en personas mayores*. Rev Iberoamer Psicol Ejercicio Deporte 9: 533-546, 2014.
48. Fiatarone Singh MA. *Benefits of exercise and dietary measures to optimize shifts in body composition with age*. Asia Pac J Clin Nutr 11: 642-52, 2002.
49. MINSAL. *Programa de Estimulación Funcional de los Adultos Mayores: Taller de Estimulación de Funciones Motoras y Prevención de Caídas. Recomendaciones de buenas prácticas*. Disponible en <http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Taller%20Estimulaci%C3%B3n%20de%20Funciones%20Motoras%20y%20Preveni%C3%B3n%20de%20Ca%C3%ADas.pdf>.
50. Moran M, Van Cauwenberg J, Hercky-Linnewiel R. y col. *Understanding the relationships between the physical environment and physical activity in older adults: a systematic review of qualitative studies* Int J Behav Nutr Phy 11: 79, 2014.
51. Eyre H, Baune B, Lavretsky H. *Clinical advances in geriatric psychiatry: a focus on prevention of mood and cognitive disorders*. Psych Clin 38: 495-514, 2015.
52. Arciniega JDDU. *Resiliencia y envejecimiento*. Eur J Inv 4: 67-77, 2014.
53. Almeida OP. *Prevention of depression in older age*. Maturitas 79: 136-41, 2014.
54. Saavedra J. *Cuatro argumentos sobre el concepto de intervención social*. Cinta Moebio 53: 135-46, 2015.
55. Rodríguez AM, Rodríguez EM, Lourido BP. *Estrategias de intervención en promoción de la salud*. Fisioterapia 30: 238-43, 2008.
56. Bang C. *Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas*. Psicoperspectivas 13: 109-20, 2014.
57. Bronfman M, Gleizer M. *Participación comunitaria: ¿necesidad, excusa o estrategia? O de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria*. Cad Saúde Pública 10: 111-22, 1994.
58. Herrera MS, Barros C, Fernández MB. *Predictors of Quality of Life in Old Age: A Multivariate Study in Chile*. J Popul Ageing 4: 121-39, 2011.
59. Hoeft TJ, Hinton L, Liu J, Unützer J. *Directions for effectiveness research to improve health services for late-life depression in the United States*. Am J Geriatr Psych 24: 18-30, 2016.