



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Carrera de Cultura Física

Efectos que genera el baile recreativo en adultos mayores de 60 a 70 años de edad, en relación a la depresión y baja autoestima. Revisión bibliográfica

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de: Licenciado en Ciencias de la Educación en Cultura Física.

Autores:

Gabriel Esteban Culcay Arévalo

0105943922

Estebitanculcayarevalo@hotmail.com

Ana Cristina García Pugo

0106459951

Anacrisg_123@hotmail.com

Directora:

Mgt. Elsa Leonor Tacuri Peláez

CI: 0103811931

Cuenca, Ecuador

30-junio-2021



Resumen: El presente trabajo de investigación es una revisión bibliográfica que tiene como objetivo Identificar los beneficios del baile recreativo en los adultos mayores y su influencia en la autoestima y depresión. Para la selección de artículos se utilizó cuatro bases digitales, se buscó estudios en español, inglés y portugués que hayan sido realizados a partir del año 2005 en adultos mayores de 60 años de edad en adelante. Aplicando los criterios de selección establecidos se seleccionaron un total de 11 documentos científicos. Los resultados obtenidos en esta revisión bibliográfica indicaron que la danza es una opción de tratamiento viable para mejorar la autoestima y disminuir la depresión en los adultos mayores, además tiene otros beneficios en mejora de la salud del adulto mayor. Sin embargo, algunos estudios mostraron poca mejoría de los síntomas depresivos, esto se puede asociar al tamaño de muestra. En conclusión, una intervención de danza controlada, y sistematizada que incluya a personal capacitado con formación adecuada en baile, puede influir positivamente en adultos mayores que presenten síntomas depresivos y baja autoestima, además puede contribuir en mejoras físicas, por lo que este tipo de actividad tiene una gran importancia en la salud de los adultos mayores.

Palabras claves: Danza. Baile recreativo. Depresión. Autoestima. Adulto mayor.



Abstract: This research work is a literature review that aims to identify the benefits of recreational dance in older adults and its influence on self-esteem and depression. For the selection of articles, four digital databases were used, and studies in Spanish, English and Portuguese that had been carried out since 2005 on adults over 60 years of age were searched. A total of 11 scientific papers were selected on the basis of the established selection criteria. The results obtained in this literature review indicated that dance is a viable treatment option to improve self-esteem and reduce depression in older adults, and also has other benefits in improving the health of older adults. However, some studies showed little improvement in depressive symptoms, which may be associated with sample size. In conclusion, a controlled and systematized dance intervention that includes trained personnel with adequate dance training can positively influence older adults with depressive symptoms and low self-esteem, and can also contribute to physical improvements, so this type of activity is of great importance in the health of older adults.

Keywords: Dance. Recreational dancing. Depression. Self-esteem. Older adult. Elderly.



ÍNDICE

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	14
1.1 Introducción	14
1.2 Planteamiento del problema	15
1.2.1 Contextualización	15
1.2.2 Formulación del problema	15
1.2.3 Interrogantes	16
1.3 Justificación	16
1.4 Objetivos	17
1.4.1 Objetivo General	17
1.4.2 Objetivos Específicos	18
CAPÍTULO II: ADULTO MAYOR Y DEPRESIÓN	18
2.1 Adulto Mayor	18
2.1.1 Generalidades	18
2.1.2 Teorías del Envejecimiento	19
2.1.3 Cambios Fisiológicos en el Adulto Mayor	21
2.1.4 Aspectos Psicológicos en el Adulto Mayor	23
2.2 Depresión	24
2.2.1 Generalidades	24
	4
Gabriel Esteban Culcay Arévalo Ana Cristina García Pugo	



2.2.2 Tipos de Depresión	26
2.2.3 Factores de riesgo de depresión	26
2.2.4 Fisiopatología de la depresión	27
2.2.5 Características clínicas generales de la depresión	27
2.2.6 Diagnóstico de la depresión	28
2.2.7 Instrumentos de evaluación de la depresión	29
2.3 Depresión Geriátrica	31
2.3.1 Generalidades	31
2.3.2 Datos epidemiológicos incidencia y prevalencia de depresión en adultos mayores	32
2.3.3 Etiología de la depresión en adultos mayores	33
2.3.4 Manifestaciones clínicas de depresión en adultos mayores	34
2.3.5 Síntomas físicos de la depresión en el adulto mayor	35
2.3.6 Diagnóstico de la depresión en el adulto mayor	37
2.3.7 Tratamiento de la depresión en el adulto mayor	38
2.3.8 Pronóstico	41
CAPÍTULO III: AUTOESTIMA Y BAILE RECREATIVO	41
3.1 Autoestima	41
3.1.1 Generalidades	41
3.1.2 Componentes de la autoestima	42
3.1.3 Importancia de la autoestima en el adulto mayor	42
3.1.4 Fisiopatología de la autoestima	43
3.1.5 Elementos de la autoestima	44
3.1.6 Relación entre el autoconcepto y autoestima	45
3.1.7 Alta y baja autoestima, características y factores vinculados	47
	5
Gabriel Esteban Culcay Arévalo	
Ana Cristina García Pugo	



3.1.8 La influencia de otras personas significativas en la autoestima	49
3.1.9 Distorsiones cognitivas	50
3.1.10 Instrumentos de evaluación de la autoestima	52
3.2 Baile	53
3.2.1 Generalidades	53
3.2.2 Baile Recreativo	54
3.2.3 Tiempo de duración recomendado	55
3.2.4 Beneficios del Baile Recreativo	55
3.2.5 Baile Terapéutico	56
3.2.6 Beneficios Físicos del Baile Terapéutico	57
3.2.7 Beneficios Psicológicos del Baile Terapéutico	58
3.2.8 Beneficios Sociales del Baile Terapéutico	58
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	58
4.1 Tipo de investigación	59
4.2 Procedimiento	60
4.3 Instrumentos	64
4.3.1 Bases Digitales	64
CAPÍTULO V: RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	66
5.1 Artículos recolectados	66
5.1.1 Reseña de los documentos Científicos recolectados	71
5.2 Resultados	71
	6
Gabriel Esteban Culcay Arévalo Ana Cristina García Pugo	



5.3 Discusión	75
5.4 Limitaciones en el estudio	77
5.5 Conclusiones	78
5.6 Recomendaciones	79
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Yo, **Gabriel Esteban Culcay Arevalo** en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "**Efectos que genera el baile recreativo en adultos mayores de 60 a 70 años de edad, en relación a la depresión y baja autoestima. Revisión bibliográfica**", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 30 de junio de 2021

Gabriel Esteban Culcay Arevalo

C.I: 0105943922



Cláusula de Propiedad Intelectual

Yo, **Gabriel Esteban Culcay Arevalo**, autor del trabajo de titulación “**Efectos que genera el baile recreativo en adultos mayores de 60 a 70 años de edad, en relación a la depresión y baja autoestima. Revisión bibliográfica**”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 30 de junio de 2021

Gabriel Culcay

Gabriel Esteban Culcay Arevalo

C.I: 0105943922



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Yo, **Ana Cristina García Pugo** en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación **“Efectos que genera el baile recreativo en adultos mayores de 60 a 70 años de edad, en relación a la depresión y baja autoestima. Revisión bibliográfica”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 30 de junio de 2021

Ana Cristina García Pugo

C.I: 0106459951



Cláusula de Propiedad Intelectual

Yo, **Ana Cristina Garcia Pugo**, autor del trabajo de titulación **“Efectos que genera el baile recreativo en adultos mayores de 60 a 70 años de edad, en relación a la depresión y baja autoestima. Revisión bibliográfica”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 30 de junio de 2021

Ana Cristina García Pugo

C.I: 0106459951



Dedicatoria

Agradezco a Dios por la vida, salud y por haberme brindado la capacidad de mantenerme firme antes las adversidades y llenarme de valor para alcanzar esta meta.

A mis padres, Fabián Enrique Culcay Bárcenas y en especial a mi madre Gladys Esperanza Arévalo Chasi quien estuvo siempre conmigo a lo largo de este proceso brindándome su apoyo y ha sido mi pilar fundamental a lo largo de mi vida. Ellos inculcaron la perseverancia que he necesitado y el respaldo para alcanzar mis sueños y metas.

A mi hermana Verónica Gabriela Culcay Arévalo que siempre fue mi mayor inspiración y motivación en este arduo camino.

Agradezco a cada una de las personas que siempre han estado conmigo y que fueron partícipes de esta meta cumplida: a mi directora de tesis, docentes, compañeros y familiares quienes estuvieron conmigo durante todo este proceso.

Esteban Culcay.



Dedicatoria

Agradezco a Dios por todas sus bendiciones, por la vida que me dio y sobre todo por siempre estar a mi lado, sujetando mi mano y no dejarme caer ante los problemas que se me han presentado a lo largo de mi vida.

A mis padres, y familia en general, en especial a mis abuelos, Segundo García y Angélica Córdova, los cuales fueron un pilar fundamental a lo largo de este proceso, brindándome su amor y apoyo incondicional. Una de las grandes cosas que me enseñaron es a ser perseverante, una mujer fuerte y luchadora que no se deja vencer ante las adversidades, esto me ha servido a lo largo de mi vida tanto personal como estudiantil, permitiendo alcanzar mis metas y sueños, todo lo que soy se lo debo a ellos.

Agradezco a cada una de las personas que me han acompañado a lo largo de este proceso: a mi directora de tesis, a cada uno de los docentes que aportaron en mi crecimiento tanto personal como educativo, al personal administrativo, compañeros y en especial a mis amigos, los cuales jugaron un papel muy importante dentro de mi etapa como estudiante.

Ana Cristina García.



Capítulo I: Introducción

1.1 Introducción

A lo largo de los años se puede evidenciar varios cambios tanto físicos como psicológicos conforme envejecen las personas, en un principio la parte física y mental eran considerados como temas separados, sin embargo, en la actualidad se les considera como dos aspectos interconectados, con relación a la salud del ser humano (OMS, 1977). La actividad física disminuye con la edad, lo cual genera una serie de problemas en el adulto mayor como la descoordinación, problemas de motricidad, equilibrio, mientras que la parte psicológica genera problemas de depresión y su salud mental se ve afectada. La actividad física para el adulto mayor es la de tipo recreativa en donde se produzca una liberación de tensiones. Una de las actividades recreativas es el baile, por medio de esta se da una relación entre la música y el cuerpo favoreciendo al estado emotivo debido a que eleva la producción de endorfinas, lo que conlleva a una reducción de la ansiedad, la depresión y puede elevar la autoestima (Arruza et al., 2004; Martinsen, 2004; Paffenbarger, Lee y Leung, 2004).

El presente trabajo de investigación se basa en una revisión bibliográfica, en donde se analizan estudios previamente realizados sobre los efectos que genera el baile en adultos mayores, su influencia sobre la autoestima y depresión. Para el desarrollo de esta investigación se cree necesario la conceptualización de las diferentes variables a analizar, esta revisión se la llevó a cabo por medio de un proceso de selección los cuales estarán comprendidos desde el año 2005 hasta la actualidad.



1.2 Planteamiento del problema

1.2.1 Contextualización

Se han encontrado que los bailes sociales tienen efectos positivos en la motivación hacia el ejercicio (Shen et al., 2003) y en el esfuerzo mantenido hacia la actividad de baile, en particular en practicantes de salsa (Hanrahan et al., 2009), es por eso que el baile tiene un aporte positivo en la salud para el adulto mayor. En el año 2010, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) determinó la existencia de alrededor 1156,117 personas en el Ecuador mayores de 60 años (8,08%). El 48.5% está en la Sierra, mientras que la siguiente mitad se encuentra en la Costa, y el 3.5 por ciento restantes en las regiones Amazónica e Insular. En Ecuador, la depresión y diabetes son “enfermedades comunes en edad avanzada; hasta un 20% de los 8 pacientes adultos mayores con diabetes cumplen criterios de estado emotivo” (INEC, 2015).

1.2.2 Formulación del problema

Durante la etapa de la vejez el adulto mayor experimenta varias situaciones como la pérdida de seres queridos, jubilación, enfermedades, situación económica, el pensamiento de que ya no son útiles para la sociedad, distanciamiento con seres queridos, el no poder llevar un estilo de vida más placentera, todos estos son factores que desencadenan en problemas sociales y psicológicos. Estos problemas conllevan a una mala calidad de vida del adulto mayor, estas circunstancias causan en los adultos mayores reacciones afectivas negativas, como la depresión y bajo autoestima. En el año 2010, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) determinó la existencia de alrededor 1156,117 personas en el Ecuador mayores de 60 años (8,08%). El 48.5% está en la Sierra, mientras que la siguiente mitad se encuentra en la Costa, y el 3.5% restantes en las regiones Amazónica e Insular. En Ecuador, la depresión es una enfermedad



común en edad avanzada; hasta un 20% de los 8 pacientes adultos mayores con diabetes cumplen criterios de estado emotivo o depresión” (INEC, 2015).

Estudios han demostrado que actividades recreativas como el baile en adultos mayores tienen efectos positivos sobre problemas físicos, psicológicos y sociales comunes en la vejez, dicha actividad recreativa puede ayudar a combatir la depresión y autoestima baja, que son dos de los trastornos más comunes padecidos por el adulto mayor.

1.2.3 Interrogantes

Se puede evidenciar que existe una relación entre actividad física, depresión y autoestima, sin embargo, existen pocas revisiones bibliográficas en donde se relaciona el baile recreativo y adulto mayor. ¿Qué efectos genera el baile con la autoestima en adultos mayores? ¿Existe diferencias con relación al autoestima y depresión en personas que practican el baile recreativo y los que no lo practican? ¿Existe una información variada de los efectos que se produce con respecto a las variables mencionadas? ¿El baile recreativo influye en la depresión del adulto mayor?

1.3 Justificación

Debido al desconocimiento que existe sobre los efectos que genera la Actividad Física en aspectos psicológicos como la autoestima y depresión en el adulto mayor se pretende dar a conocer por medio de una revisión bibliográfica los beneficios que genere el baile recreativo, con el fin de que el adulto mayor tenga una buena calidad de vida.

Por lo tanto, la práctica físico-deportiva tiene un efecto positivo sobre la salud física y mental debido a que produce liberación de endorfinas, lo que conlleva a una reducción de la ansiedad, la depresión y baja autoestima. En tanto que cualquier tipo de actividad física, ya sea



de bajo o alto impacto, liberan estas sustancias que actúan directamente sobre el cerebro produciendo sensación de bienestar y relajación inmediata. Además, inhiben las fibras nerviosas que transmiten el dolor, generando analgesia y sedación (Arruza et al., 2004; Martinsen, 2004; Paffenbarger, Lee y Leung, 2004).

El envejecimiento es considerado como una etapa del ciclo de vida que es irreversible, a esta época se le considera como un estado de descanso y de tranquilidad, sin embargo existen la presencia de factores tanto biológicos, como psicosociales, los cuales generan problemas para las personas adultas y provocan que ésta etapa sea menos placentera, en donde se puede evidenciar diferentes trastornos emocionales, uno de los más frecuentes es la depresión, que se ha convertido en un relevante problema de salud mundial en el adulto mayor (OMS,2017). En el campo del envejecimiento, la autoestima es un factor clave para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas adultas mayores (García, Marín y Bohórquez, 2012).

En esta etapa de vida se incrementan ciertos factores como son: Estrés biológico, psicológico y social, esto genera un aumento con relación a su vulnerabilidad mental. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión es una de las principales causas de problemas de salud e incapacidad en todo el mundo, más de 300 millones de personas viven con depresión y el porcentaje va en incremento en los últimos años, estos pacientes a corto tiempo pueden presentar pensamientos suicidas y de desvalorización, los cuales son un indicativo de bajo autoestima.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Identificar los beneficios del baile recreativo en los adultos mayores y su influencia en la autoestima y depresión.



1.4.2 Objetivos Específicos

- Fundamentar teóricamente los beneficios de realizar baile recreativo en el adulto mayor.
- Analizar e identificar la influencia y efectos del baile recreativo en el adulto mayor.

Capítulo II: Adulto Mayor y Depresión

2.1 Adulto Mayor

2.1.1 Generalidades

Estos términos reciben quienes pertenecen al grupo etario que comprende personas que tienen más de 65 años de edad. Por lo general, se considera este término de adulto mayor, solo por haber alcanzado este rango de edad y pertenecen al grupo conocido como tercera edad o ancianos, este grupo pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado. Generalmente este grupo de personas de la tercera edad dejan de trabajar a esta edad debido a que se jubilan, por esta razón su nivel de ingresos disminuye de forma considerable, esto sumado con los problemas de salud asociados a la edad pueden inferir en todos los ámbitos de su vida. (Claxton, 2010, p.17).

Con el pasar de los años las personas sufren de varias complicaciones como la disminución del tono muscular, amplitud articular y disminución de la coordinación motora, en especial de las capacidades respiratorias. El envejecimiento fisiológico de nuestro organismo se da a través de alteraciones irreversibles experimentadas por las personas como consecuencia del transcurso del tiempo, lo cual provoca una disminución progresiva de la capacidad funcional del organismo con la aparición de determinadas alteraciones de las funciones de los órganos. Una de las mayores dificultades del adulto mayor es la deficiencia de la psicomotricidad que es



una parte importante que debe ser recuperada, esta debe estar dirigida y supervisada por un profesional formado en la materia. A través de la danza podemos desarrollar los ejercicios necesarios para que la actividad motriz del individuo se normalice y de esta manera pueda interactuar mejor en la sociedad.

El movimiento es el medio a través del cual el individuo se pone en relación con lo que le rodea; de este modo se puede entender que la motricidad modifica y mejora las relaciones interpersonales. (Alineta, 2011, p.25)

2.1.2 Teorías del Envejecimiento

Se conoce que el envejecimiento es un proceso progresivo y natural de todos los seres humanos, la única diferencia es que cada persona presenta estos cambios con una intensidad diferente. Algo que es seguro, todas las especies pasan por este proceso en donde sufren cambios notables desde su nacimiento hasta la etapa final que es la muerte.

De acuerdo Goldman y Col (2004) clasificaron estas teorías en dos grupos, por un lado tenemos a las teorías estocásticas y como segundo grupo a las no estocásticas.

- **Teorías Estocásticas**

Esta teoría denota que el envejecimiento es el resultado de una serie de alteraciones las cuales se producen de forma aleatoria las cuales se van acumulando a lo largo del tiempo. Las teorías estocásticas más importantes son: Error catastrófico, Teoría del entrecruzamiento, Teoría del desgaste y teorías de los radicales libres.

Teoría del error catastrófico de (Orgel, 1963), se menciona que a medida que pasan los años se produce unos errores en la síntesis de proteínas, esto quiere decir que las células



producen proteínas con una mala calidad, dando como consecuencia que se pierda el equilibrio homeostático produciendo daños a nivel celular.

Teoría del entrecruzamiento, esta postula que existe enlaces entre moléculas, las cuales son las principales causas de la aceleración del envejecimiento y de producir enfermedades.

Teoría del desgaste, este apartado postula que la acumulación del daño celular, provoca la muerte de las mismas, afectando a partes vitales e irremplazables de la célula.

Teoría de los radicales libres (Harman, 1956), menciona que el envejecimiento se da por medio de unos fragmentos moleculares que poseen una alta capacidad de reacción con otras moléculas, generando un desbalance molecular, generando daños y lesiones a nivel celular.

- ***Teorías no Estocásticas***

Estas teorías mencionan que el envejecimiento es un proceso predeterminado por medio de los genes que se da por medio de la herencia, dentro de este apartado se encuentran las teorías genéticas, las más importantes son: Teoría de programación genética, Teoría de los telómeros y telomerasas, y la Teoría medio – ambiental.

Teoría de programación genética, postula que las mutaciones que sufre el ADN, en donde se altera la síntesis de las proteínas, generando problemas a nivel funcional de las células.

Teoría de los telómeros y telomerasas, se conoce que los telómeros se encuentran en el extremo del ADN, funcionan como estabilidad de los cromosomas, por medio de la división celular



y por el tiempo de vida de las células, estos telómeros se acortan, provocando que el número de mitosis se reduzca.

Teoría del medio - ambiental, menciona que el organismo envejece por factores extrínsecos, por otra parte, expresa que los cambios intrínsecos del organismo son se generan por la adaptación al medio ambiente.

2.1.3 Cambios Fisiológicos en el Adulto Mayor

Conforme pasan los años el organismo presenta una serie de cambios propios de la edad, estos cambios afectan tanto a la parte física como fisiológica de las personas, mediante este apartado se pretende dar a conocer los cambios fisiológicos que presentan los adultos mayores con el fin de conocer que el envejecimiento no es una enfermedad sino conocer qué es un proceso que se va evidenciando conforme pasan los años.

- **Piel y Cabello**

La piel se vuelve reseca y aparecen las arrugas, esto se da debido a una pigmentación desigual, se evidencia la disminución del grosor de las capas de la piel en un 20%, la capa más superficial (Epidermis) es delgada y seca y presenta manchas irregulares, esto se debe a la exposición solar, la segunda capa denominada dermis presenta una disminución en su grosor, esto se debe a una disminución celular, por otra parte la pérdida de fibras elásticas ocasionan las arrugas que se presentan en la piel.

Con respecto al cabello se evidencia una disminución de melanina por parte del folículo piloso, lo cual genera que el cabello se reseque y se empiece a caer.



- **Sistema Musculo - Esquelético**

La característica más evidente en el caso de las mujeres es la disminución progresiva de la estatura, esto se debe a la compresión de la columna vertebral, por otra parte, se presenta una modificación en la composición corporal, se presenta un aumento de la grasa corporal, mientras que la masa y el agua corporal disminuye.

Se evidencia una reducción con respecto a la fuerza muscular debido a la pérdida y disminución del tamaño de las fibras musculares. Las articulaciones presentan fibrosis, lo cual genera un aumento en la rigidez y disminución de la elasticidad. Se produce una desmineralización en los huesos, provocando que el adulto mayor presente osteoporosis u osteopenia.

- **Sistema Cardiovascular**

Con respecto al sistema cardiovascular, se evidencia cambios muy notorios en el corazón, estos cambios se presentan como un aumento del tamaño y del peso, se genera una disminución en las células musculares del corazón en un 35%, por otra parte, las válvulas del corazón se engrosan, dando como resultado una disminución a nivel funcional.

Se presenta una disminución en la frecuencia cardiaca, es por eso que el volumen de sangre que eyecta el corazón en cada latido por minuto disminuye un 40%, la fuerza de contracción se ve afectada lo cual genera la sensación de un corazón cansado.

- **Sistema Nervioso**



Se presentan cambios a nivel funcional, el peso del cerebro disminuye, se presenta una pérdida de neuronas en el cerebro y la médula espinal, los sistemas sensitivos se ven afectados con respecto a su funcionamiento.

Con respecto a los sistemas sensoriales, la visión sufre una disminución, esto se debe a que posee un diámetro pupilar menor, se produce una pérdida del poder reflectivo y se genera un aumento de la dispersión de la luz. En el caso del oído se produce una pérdida del 30 a 40% en la agudeza auditiva. El olfato se reduce por causa de una disminución de los bulbos olfatorios y de las células olfativas. Con respecto al gusto se genera una pérdida de las papilas gustativas, provocando que los adultos mayores no puedan detectar los sabores. El tacto se ve afectado ya que se da una pérdida de receptores que permiten identificar el frío o calor.

- **Sistema Respiratorio**

Se presenta una disminución de la capacidad alveolar, rigidez del tórax y pérdida de la musculatura intercostal genera que la respiración sea menos eficaz.

2.1.4 Aspectos Psicológicos en el Adulto Mayor

Por medio de las experiencias adquiridas a lo largo de la vida genera en el adulto mayor una sensación de satisfacción, mientras que en otros casos presentan sentimientos de frustración, algunos estudios realizados demuestran que las mujeres tienen un nivel de agotamiento mental mayor que el de los hombres, en otros casos presentan un mayor nivel de bienestar, esto se debe a que poseen una mejor estabilidad emocional (Béland & Bamvita, 2008; Barrantes, 2006).



La depresión y baja autoestima son los trastornos afectivos más frecuentes en los adultos mayores, los sentimientos que se presentan son de tristeza, llanto, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, agitación e ideas suicidas, esto se producen por factores como la jubilación, pérdida de seres queridos, los hijos viajan a otros países, enfermedades crónicas, sienten que ya no son necesarios para la sociedad y a todo ello se le suman otros eventos negativos que ocurren inevitablemente. Estas circunstancias causan en los adultos mayores reacciones afectivas negativas, como la depresión y bajo autoestima.

En el año 2010, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) determinó la existencia de alrededor 1156,117 personas en el Ecuador mayores de 60 años (8,08%). El 48.5% está en la Sierra, mientras que la siguiente mitad se encuentra en la Costa, y el 3.5 por ciento restantes en las regiones Amazónica e Insular. En Ecuador, la depresión y diabetes son “enfermedades comunes en edad avanzada; hasta un 20% de los 8 pacientes adultos mayores con diabetes cumplen criterios de estado emotivo” (INEC, 2015).

En esta etapa de vida se incrementan ciertos factores como son: Estrés biológico, psicológico y social, esto genera un aumento con relación a su vulnerabilidad mental. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión es una de las principales causas de problemas de salud e incapacidad en todo el mundo, más de 300 millones de personas viven con depresión y el porcentaje va en incremento en los últimos años.

2.2 Depresión

2.2.1 Generalidades

Según datos de la OMS (2015) uno de los trastornos más frecuentes es la depresión, esta patología está caracterizada principalmente por sentimiento de tristeza, esto acompañado de pérdida de interés, baja autoestima, pérdida de apetito y sueño.



Este trastorno puede tener gran repercusión en la vida cotidiana de la persona que la padece, puede llegar hacerse recurrente, crónica y llegar al suicidio, se debe tratar con medicamentos y psicoterapia si la depresión tiene niveles moderados o altos, en cambio si este padecimiento es leve su tratamiento es mas fácil y no hay necesidad de suministrar medicamentos.

Según el Manual de Clasificación Diagnóstica de Enfermedades Mentales (DSM- IV TR) la principal característica de la depresión mayor se da a través de un estado donde la persona muestra una pérdida de interés en todas las actividades de la vida cotidiana, otras características que se presenta en este estado es la pérdida de apetito, sueño y actividad psicomotora, baja autoestima, sentimiento de culpa, falta de concentración, esto desemboca en pensamientos de muerte e intentos de suicidio.

En casos donde se detecta depresión el primer plano clínico generalmente está ocupado por datos somáticos como fatiga, dolores, etc. Ortega y Gasset (1988) meditaban sobre el estrato humano de la vitalidad, la depresión (del latín deprimiré= hundirse) es así como toma el significado de hundimiento vital global o parcial.

La depresión en algunos casos puede llegar a ser la expresión final de factores genéticos (alteraciones-neurotransmisores), problemas de desarrollo (personalidad) o estrés psicosocial, aunque la tristeza y dolor son respuestas normales ante una pérdida, la depresión no lo es. Estudios en México (Programa Nacional de Salud) deduce que la depresión es la principal causante de “daños generados por problemas de salud que no llevan a la muerte” en mujeres, esta se encuentra por encima de otras enfermedades como la diabetes mellitus, afecciones originadas en el periodo perinatal, anomalías congénitas y enfermedades isquémicas del corazón; sin embargo en hombres ocupa el noveno lugar, pero otras enfermedades tales como



la cirrosis y alcoholismo se encuentran en el segundo y tercer lugar respectivamente, estas dos enfermedades están estrechamente asociadas con la depresión.

2.2.2 Tipos de Depresión

La depresión se clasifica de acuerdo a su gravedad: leve, moderada y grave. Los trastornos más comunes que se pueden encontrar son: trastorno depresivo grave y depresivo distímico.

En el trastorno depresivo grave interfieren síntomas que están estrechamente implicados con la capacidad de trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras (DSM-IV-TR, 2000). Además, este tipo de trastorno impide que la persona se desenvuelva con normalidad.

El trastorno depresivo Distímico se caracteriza por síntomas de larga duración (aproximadamente dos años o más), los pacientes que sufren distimia tienen probabilidad de padecer uno o más episodios de depresión graves en el transcurso de su vida. Cada persona presenta diferente gravedad, duración y frecuencia asociados a los síntomas, entre estos están: sentimientos de tristeza, pérdida de interés, malestares físicos, dolores de cabeza o problemas digestivos, sin embargo, los síntomas más significativos asociados a este padecimiento son la tristeza y la pérdida de interés en actividades de disfrute.

2.2.3 Factores de riesgo de depresión

Las personas con alto riesgo de depresión presentan síntomas como: fatiga, insomnio crónico, padecimientos somáticos múltiples, enfermedades crónicas, enfermedades cardiovasculares, traumatismo físico o psicológico, trastornos psiquiátricos. Se puede ver que hay varios factores implicados en la depresión, pero es de considerar que todos estos difieren



entre sí, pero al final convergen en la determinación del padecimiento de depresión, esto debido a que todos provocan la movilización de una serie de mecanismos neurobiológicos que representan factores patógenos. Esta afección puede recrudecer el dolor y la angustia asociada con enfermedades físicas, debido a esto puede afectar de manera negativa en el tratamiento contra estos y su efectividad (Dander, 2013).

2.2.4 Fisiopatología de la depresión

La patología de la depresión está integrada por una cadena de impulsos neurológicos que afectan a la neuroquímica, la neurofisiología, la neuroendocrinología y la neuroinmunología, estas terminan afectando la morfología de las neuronas del hemisferio cerebral izquierdo, debido a que este tiene menor número de conexiones interneuronales, con sede en el sector dorsolateral del lóbulo prefrontal, la porción cingulada anterior, el hipotálamo, la amígdala y el hipocampo. Los mecanismo patógenos de la depresión inician en el momento que disminuye el nivel funcional de las vías neurotransmisoras de la serotonina, noradrenalina y dopamina, esto con la ayuda de la exaltación glutamatérgica, colinérgica, fuerzas convergentes en provocar disfunción hipotalámica, esto se da en el bloque hipotálamo-hipofisario y al sistema inmune (aproximadamente la mitad de pacientes tienden a mostrar un aumento del cortisol y citocinas proinflamatorias), luego que se da el descenso en el suministro de proteínas tróficas se produce un daño en la plasticidad sináptica y el trofismo de neuronas, esto desencadena en una mayor probabilidad de sufrir recaídas (Dander, 2013).

2.2.5 Características clínicas generales de la depresión

La depresión mayor es una patología del estado de ánimo, esta patología mediante el método fenomenológico estructural se la ha distribuido en 4 dimensiones: el humor anhedónico, la anergia, la discomunicación y la ritmopatía; el episodio depresivo mayor no se da por causa



directa de los efectos fisiológicos de las drogas, así mismo no es por causa de los efectos fisiológicos de una enfermedad médica explicable.

2.2.6 Diagnóstico de la depresión

Hasta la fecha no existe prueba de laboratorio que pueda diagnosticar pacientes con depresión, es por eso que se a visto la necesidad en los estudios clínicos y epidemiológicos de utilizar entrevistas de base estructurada para que su resultado sea más fiable y apegado a la realidad, el primer nivel de atención consiste en corroborar los síntomas según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) o se puede apoyar en los criterios propuestos por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), estos están enumerados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de trastornos mentales (DSM-IV).

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) según sus criterios mencionan 10 síntomas, también contiene criterios diagnósticos distintos que varían según el nivel de gravedad del episodio depresivo mayor, si coinciden en un mínimo de 4 de los 10 síntomas se define como nivel leve, 6 de 10 síntomas se considera nivel moderado y 8 de 10 síntomas es nivel grave, el CIE-10 requiere de 2 de 3 síntomas, estos son: estado de ánimo depresivo, pérdida de energía e interés, para considerar un nivel leve o moderado debe tener mínimo 2 síntomas y para el nivel grave son 3.

Para el Manual Diagnóstico y Estadístico de trastornos mentales (DSM-IV) se toman en cuenta lo siguientes criterios para el episodio depresivo mayor:

- A. Debe tener mínimo 5 de los siguientes síntomas durante 2 semanas
 - Estado de ánimo depresivo durante gran parte del día, esta puede aumentar cada día y por lo general los pacientes dicen que se sienten muy tristes o vacíos, en niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.



- Pérdida de interés o capacidad para el placer esto sucede durante gran parte del día y con una frecuencia casi diaria.
 - Pérdida o aumento de peso, acompañado de pérdida o aumento de apetito casi diario.
 - Insomnio o hipersomnia casi a diario.
 - Agitación y movimientos lentos, acompañado de poca reacción psicomotriz.
 - Fatiga y debilitamiento.
 - Sensación de inutilidad y de culpa.
 - Falta de concentración e indecisión.
 - Pensamientos negativos, ideación suicida sin un plan para suicidarse o tentativa suicida.
- B. Los síntomas no llegan a cumplir los requerimientos para un episodio mixto.
- C. Los síntomas causan malestar físico, clínico y deterioro social, laboral, familiar o algún otro campo relacionado con actividades cotidianas del paciente.
- D. Los síntomas no se deben a un efecto causado por sustancias o por una enfermedad médica.

Estos síntomas no se relacionan por la pérdida de algún familiar o persona cercana al paciente, además estos síntomas afectan al paciente por un periodo prolongado de más de dos meses y se caracterizan por una marcada incapacidad funcional, preocupación y enlentecimiento psicomotor (Dander, 2013).

2.2.7 Instrumentos de evaluación de la depresión

- Inventario de depresión de Berg: Es una escala de autoevaluación en la que se valora la melancolía y pensamientos intrusivos que se presentan en la depresión, esta valoración se realiza a través de sus síntomas clínicos.



- Escala de depresión de Hamilton (EDH): Este instrumento es utilizado para evaluar el estado depresivo, síntomas cognitivos de depresión y síntomas de ansiedad comórbida, este tiene una sensibilidad del 85% de detección de la depresión, se puede aplicar tanto en población general como en el área clínica.
- Prueba de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA): Esta prueba esta estructurada bajo estrictos criterios como: Estado de ánimo (comúnmente se refleja mediante la tristeza), pérdida de interés, cambio notorio en el apetito (aumento o disminución), alteración del sueño, enlentecimiento psicomotor, anergia, sensación de inutilidad, pérdida de concentración y ideas de suicidio.
- Escala de depresión de Montgomery Asberg: esta escala evalúa los síntomas y la gravedad o grado de depresión, estos últimos basados en la Escala de Comprensión Psicopatológica, los puntos en los que se basa son: tristeza aparente y referida, tensión, disminución del sueño y del apetito, pérdida de concentración, laxitud, poca capacidad de sentir, pensamientos suicidas.
- Escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS): Este instrumento ha sido de los utilizados para medir la depresión en adultos mayores, este cuestionario consta de 30 puntos en los cuales el encuestado debe responder si o no respecto a cómo se sintieron la última semana. Posteriormente en el año de 1986 se creó un cuestionario abreviado basado en el anterior, este consta de 15 puntos si se contestaban afirmativo 10 preguntas esto indicaba la presencia de depresión, el resto de preguntas indican depresión si su respuesta era negativa, dando como resultado si el puntaje oscila de 0 a 4 se considera



normal, de 5 a 8 representa depresión leve, mientras que de 9 a 11 indica depresión moderada y de 12 en adelante indica depresión grave.

Según se ha podido constatar que los instrumentos más utilizados en investigaciones sobre depresión son la escala de depresión de Beck, Escala de Montgomery Asberg y La escala de Hamilton, para la población geriátrica o adulto mayores la más utilizada La Escala de Depresión Geriátrica Abreviada (1986), a través de estos instrumentos se puede monitorizar de manera sintomática, se puede constatar la gravedad de la depresión y la respuesta al tratamiento (Dander, 2013).

2.3 Depresión Geriátrica

2.3.1 Generalidades

La depresión es el problema mental más común en adultos mayores, la depresión actualmente es considerada un problema de salud pública que conlleva implicaciones como la discapacidad, morbilidad, mortalidad y degrada la calidad de vida de este grupo etario que tiene este padecimiento. La depresión es considerada uno de los trastornos mentales de mayor complejidad en personas de tercera edad, junto a esto se atribuye varios factores propios de la edad como comorbilidad con enfermedades somáticas, también en personas de esta edad se puede ver una marcada disminución de sus funciones cognitivas y sumado a esto se presentan acontecimientos vitales adversos, a la par estos factores suelen ser el motivo más común de sufrimiento emocional en esta etapa de la vida (Dander, 2013).



2.3.2 Datos epidemiológicos incidencia y prevalencia de depresión en adultos mayores

Se estima que cada año la incidencia de casos de depresión es aproximadamente de 15%, se a realizado varios estudios para determinar la incidencia de casos y se pudo comprobar que en Beijing la incidencia acumulada de cuatro años es de 10,58% esto dentro de una muestra de 2506 adultos mayores, en Suecia se reportó una incidencia del 16,4% a cinco años en adultos mayores de 70 años, cabe resaltar que la depresión mayor a tenido un incremento significativo de la incidencia en personas que presentaron antecedentes de depresión en el transcurso de su vida en relación a personas que no presentaron antecedentes.

La prevalencia de depresión en el adulto mayor está expuesta a cambios según la población y el desarrollo económico de cada país. El estudio Eurodep, mediante la aplicación de un cuestionario para ese continente, reportó 8,8% en Islandia y 23,6% en Alemania. En Suecia se reporta una prevalencia de 12 a 14% y en Taiwán 21,2 %. Otros estudios realizados en adultos mayores mostraron la prevalencia de 2,3% en Puerto Rico, 13,8% en República Dominicana, 4,9% cuba, 0,3% en China urbana, 0,7% en China rural, 3,9% en India urbana, 12,6% India rural y 0,5% en Nigeria, vale la pena mencionar que estas cifras son menores cuando en los estudios se utilizan instrumentos diagnósticos como el CIE 10 y o los DSM-V, estos en comparación con los instrumentos de tamizaje como son la escala de Yesavage o el Eurodep.

En Latinoamérica la prevalencia de depresión en adultos mayores varía de acuerdo a cada país. En México, oscila entre 26% y 66%; se realizó un estudio en población marginal y se obtuvo que la depresión alcanza 60%. En Perú 15,97% de depresión en pacientes hospitalizados y 9,8% en la población en general. En Colombia en 11,5% de mujeres y 4% de hombres; otro estudio dio como resultado el 47% de depresión en pacientes hospitalizados y en la encuesta nacional de salud reportó de 49 a 60% de depresión en adultos mayores. En Chile, oscila entre 7,6% y 16,3%.



En Ecuador, de acuerdo con proyecciones del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC), viven 1 229 089 adultos mayores con una proporción de mujeres de 53% y un índice de feminidad de 115. En Ecuador no hay muchos estudios, la mayoría de estos se han aplicado en adultos mayores hospitalizados o residentes de asilos. Un estudio realizado en pacientes residentes en asilo tuvo como resultado 70% de pacientes con depresión. Otro estudio que se llevó a cabo en una población rural con una gran cantidad de emigrantes reportó 93% de depresión. No se encontraron estudios en pacientes afiliados al IESS o jubilados, excepto el factor de prevalencia de depresión, donde se reportó un 39%. El proyecto Atahualpa, estudio que se realizó en una población marginal de la Sierra, con una muestra de 280 adultos mayores, encontró una prevalencia de depresión de 12%.

2.3.3 Etiología de la depresión en adultos mayores

El consenso general en la Asamblea Mundial sobre envejecimiento que se llevó a cabo en Viena 1982 al cumplir los 60 años se da inicio a una nueva etapa en la vida de la persona donde tiene que afrontar problemas frecuentes como crisis, durante este tiempo tiene la posibilidad de percibir su nueva realidad y es entonces cuando empieza a tomar conciencia de los cambios que está experimentado en su vida. El adulto mayor es un ser socialmente deficiente, esto debido a que en esta edad se pierde pilares básicos en los que se sustentaba (vida familiar, social y laboral), es por eso que el adulto mayor debe encontrar una armonía en su vida, ya que de no ser así puede presentar una desarmonía psicológica la cual le puede llevar a sufrir trastornos depresivos (Dander, 2013).

En la etapa de adulto mayor pesa más los factores y disfunción cerebral en comparación con factores genéticos, problemas como comorbilidad neurológica, alteración de neurotransmisores, disfunción del eje hipotálamo - hipófisis adrenal, alteraciones en los ritmos circadianos, estos factores sumados a los efectos generados por fármacos y acontecimientos en



la vida del adulto mayor, están involucrados en la etiología sin tener claro el papel de cada uno de estos factores. Mediante estudios se ha comprobado que el ser humano independientemente de la edad cuando tiene buena relación familiar y fuentes de apoyo significativas, este mantiene óptimas condiciones psicológicas es más fácil superar tensiones y la misma enfermedad, esto contrastado con adultos mayores que mantiene una mala relación familiar o lazos afectivos, estos tienden a padecer la enfermedad, por lo cual el apoyo social y sobre todo familiar juega un papel fundamental entre los deseos de continuar viviendo o no que se presentan en adultos mayores (Dander, 2013).

2.3.4 Manifestaciones clínicas de depresión en adultos mayores

La manifestación de la depresión en adulto joven y adulto mayor no presenta grandes diferencias, sin embargo el adulto mayor a diferencia del adulto joven, tiende a presentar más quejas físicas y minimizar la presencia de ánimo triste, con regularidad presentan síntomas hipocondriacos, disminución del apetito, pérdida de peso, cansancio, desmotivación, retardo psicomotor y pérdida del sueño, estas manifestaciones tienen trascendental repercusión clínica, condicionan la morbilidad y disminuyen la calidad de vida del adulto mayor (Dander, 2013).

El episodio depresivo está ligado con reacciones suicidas, esta reacción suicida está más presente en adultos mayores, con mayor prevalencia en hombres a comparación de mujeres. La depresión es el resultado de un fallo en el tono neuropsicológico, este puede ser pasajero o de duración prolongada, este se trata de un estado sintomático que presenta en su grado leve un sentimiento de incapacidad, acompañado de un desaliento, inutilidad y pérdida de interés. En un grado moderado las personas que sufren depresión presentan tensión, en todo momento está presente un sentimiento de tristeza o pena, lo que conlleva al miedo, preocupación, angustia, agitado y padecer sufrimiento físico y emocional. Las dolencias físicas como la cefalea, fatiga, falta de apetito y de sueño, ideas de culpa, todo esto desencadena en ideas suicidas. Los adultos



mayores tienden a realizar expresiones que denotan decepción, desesperanza y temor, las comisuras bucales se inclinan hacia abajo junto con la mirada hacia un punto fijo. Los músculos flexores y abductores se contraen, los movimientos se ejecutan de manera lenta, en la mayoría de adultos mayores se conserva su facultad mental sin sufrir deterioro, pocos son los que presentan cambios en su función cognoscitiva (Dander, 2013).

Rasgos diferenciales de la depresión en adultos mayores

- Mayor duración de los episodios depresivos
- La presencia de agitación y ansiedad son más frecuentes
- Mayor irritabilidad
- Pérdida de apetito
- Marcada somatización e hipocondría
- Pensamientos suicidas más constantes
- Insomnio
- Alteración de la función cognoscitiva
- Riesgo alto de desarrollo de demencia
- Notoria pérdida de peso
- Ralentización psicomotora
- Variación en el funcionamiento general

2.3.5 Síntomas físicos de la depresión en el adulto mayor

La relevancia que tiene los síntomas físicos (somáticos) en la depresión mayor es fundamental para el diagnóstico de esta y otras condiciones psiquiátricas, entre los síntomas más frecuentes están la cefalea, desmayos, debilidad generalizada, malestar, dolores articulares.



Estos síntomas son explicables debido a que los trastornos psiquiátricos son reflejos de alteraciones en el cerebro, los cuales tienen efecto en cambios físicos en otras partes del cuerpo.

Los sistemas de clasificación diagnóstica están focalizados en criterios emocionales del trastorno depresivo mayor (malestar, pérdida de interés, sentimiento de culpa y desesperación). Se llegó a un consenso entre El Manual de Clasificación Diagnóstica de Enfermedades Mentales (DSM- IV TR) y La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) sobre los síntomas de la depresión, estos síntomas son: Pérdida de placer y ánimo depresivo. Conforme el paso del tiempo otros síntomas han tomado relevancia y han sido considerados como signos clásicos de la condición, entre estos están la pérdida o alteración del sueño y del apetito. Otros síntomas o manifestaciones físicas no dolorosas como fatiga, debilidad, problemas músculo-esqueléticos, sensación de ligereza en alguna parte localizada del cuerpo, alteraciones en el correcto funcionamiento del sistema gastrointestinal, bradipnea, mareos, poliuria, dolor articular, dolor lumbar, cefalea, todos estos síntomas se han considerado para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor en estudios con médicos de atención primaria (Dander, 2013).

El mismo autor afirma que la principal consecuencia de la presencia de síntomas somáticos es que dificultan su diagnóstico y dilatan el inicio del tratamiento contra la depresión en el adulto mayor. La presencia de síntomas somáticos (físicos) en pacientes que sufren depresión parece no depender de manera directa de factores de tipo social, educativo, de género, económico, edad, por ende, los síntomas somáticos (físicos) han sido caracterizados y generalizados como parte de los trastornos afectivos, es por esto que el diagnóstico debe ser preciso ya que de no ser así el paciente puede ser sometido a un tratamiento erróneo o inadecuado (Dander, 2013).

La “depresión enmascarada” es la manifestación de un trastorno depresivo a través de síntomas físicos, siendo estos más frecuentes e intensos en comparación de los síntomas psicológicos, quedando los síntomas emocionales y cognitivos mitigados, escondidos o negados.



Esto ha dado lugar para investigadores que apoyan esta conceptualización de la somatización, a la presencia de trastornos depresivos que frecuentemente no se logran diagnosticar y esto desencadena en la carencia del tratamiento para estos trastornos (Dander, 2013).

2.3.6 Diagnóstico de la depresión en el adulto mayor

En base a la epidemiología sobre los síntomas presentes en este trastorno, se han elaborado instrumentos que permitan diagnosticar la depresión, los instrumentos más utilizados son: La Escala de Depresión Geriátrica Abreviada (Yesavage 1986), este instrumento se puede aplicar en un consultorio clínico con una duración de cinco minutos.

Este cuestionario fue sometido a un estudio de convalidación en donde se comparaba las dos versiones del cuestionario (Corta y larga) para la autocalificación de los síntomas de la depresión, ambos cuestionarios cumplieron el objetivo que fue identificar a personas que padecen depresión de los que no padecen con una correlación alta. La sensibilidad de este cuestionario fue del 92% y su especificidad fue del 89%. El cuestionario originalmente fue diseñado para poder autoaplicarse, también su aplicación puede ser heteroadministrada, esto se debe hacer de una manera estricta se le debe leer las preguntas a la persona que se le está aplicando el cuestionario y se le debe explicar que sus respuestas no deben ser meditadas. El sentido de las preguntas está invertido de manera aleatoria con el fin de abolir en lo posible tendencias en responder en un solo sentido, el marco temporal se debe referir al momento temporal o mínimo con una semana previa a la aplicación del cuestionario. Su contenido se centra en aspectos cognitivos conductuales relacionados con características de la depresión en adultos mayores. Es importante efectuar una evaluación del estado mental, para determinar los desórdenes perceptuales que pueden ser consecuencia de la depresión y retraso psicomotor. Para esta evaluación es recomendable aplicar La Escala Mínima del Estado Mental de Folstein que tiene una alta especificidad entre la población adulto mayor (Dander, 2013).



La Escala de Depresión Geriátrica (GDS) fue elaborada con el fin de tener un acercamiento fácil y simple en la detección de la depresión en adultos mayores. Este instrumento evalúa los síntomas somáticos de la depresión y atribuye los síntomas de la enfermedad médica a la depresión, el riesgo es que la escala podría subestimar los casos de depresión apartando los síntomas somáticos.

2.3.7 Tratamiento de la depresión en el adulto mayor

Según datos estadísticos uno de cada tres personas con problemas de depresión acuden por ayuda para someterse a un tratamiento, en muchos de los casos la depresión no es tomada en cuenta como una enfermedad, sino como proceso temporal que está estrechamente ligado al carácter de la persona (OMS, 2004).

La depresión en adultos mayores cuando no se le da importancia o no es tratada se convierte en un trastorno crónico que afecta a la morbilidad y mortalidad. El tratamiento farmacológico es capaz de calmar los síntomas depresivos hasta un 80% de los casos, esto independientemente del tipo de antidepresivo empleado. Este tipo de tratamiento necesita de cuidados especiales debido a la susceptibilidad que pueden presentar adultos mayores para exponer efectos adversos. Este tratamiento tiene como objetivos adquirir la remisión completa de los síntomas depresivos, prevenir recaídas, evitar la recurrencia, estabilizar y mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Este tratamiento contiene psicoterapia, medicamentos y terapia electroconvulsiva. Para elegir el tratamiento se debe tener en cuenta varios factores como: problema primario que originó la depresión, los síntomas y su nivel de severidad, la disponibilidad de las opciones y trastornos aislados a la depresión que presente la persona y que puedan contraindicar una forma específica de tratamiento.

La terapia trae consigo varias mejoras como: mejora la calidad de vida, mejora la capacidad funcional, mejora la salud general de la persona y longevidad. Se puede evidenciar



las mejoras en la salud a partir de la tercera semana de terapia antidepresiva. La fase inicial del tratamiento está encaminada a inducir la remisión del episodio depresivo mayor y estabilizar por completo la funcionalidad basal.

1. **Tratamientos farmacológicos (medicamentos):** Los medicamentos antidepresivos estabilizan las sustancias químicas del cerebro también conocidas como neurotransmisores, en especial la norepinefrina, serotonina y dopamina. Estas sustancias químicas intervienen de manera directa en la regulación de los estados de ánimo, el desequilibrio en una o más de estas sustancias causan trastornos depresivos.

El tratamiento inicial en adultos mayores debe ser de forma gradual, esto indica que se debe suministrar la dosis mínima en la primera semana, posteriormente se irá incrementando gradualmente la dosis hasta que esta llegue a su nivel óptima, esto estará condicionado con la respuesta que muestre la persona al tratamiento y a la presencia de efectos secundarios. El uso de medicamentos inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina (ISRS), Inhibidores de la recaptura de serotonina y norepinefrina (ISRN), duales y anfebutamona (Bupropión), son opciones de tratamiento para la mayoría de adultos mayores. La seguridad y perfiles de efectos colaterales de los ISRS, hacen de estos los medicamentos ideales contra la depresión en adultos mayores. La tasa de respuesta de los ISRS en la depresión en adultos mayores oscila del 55 al 70%, aunque hay una demora en el inicio de sus efectos entre 10 a 20 días, también se ha visto la mejora de pacientes con enfermedades cardiovasculares tras el uso de estos. La fluoxetina y la paroxítina son los ISRS más sujetos a la interacción medicamentosa por la inhibición de otros medicamentos a través del citocromo p450. La fluoxetina tiene una vida media prolongada que requiere de un periodo de eliminación de hasta 3 meses. Los efectos secundarios de estos medicamentos son mediados por la actividad que tengan los receptores colinérgicos, adrenérgicos e histaminérgicos, esta es la razón por la que



se ve inmerso con riesgos de afecciones cardiovasculares en pacientes con cardiopatía isquémica. No es recomendable un tratamiento a largo plazo con benzodiazepinas ya que estos tienden a acrecentar el riesgo de deterioro cognoscitivo, depresión, caídas, dependencia y síndrome de abstinencia, su eficacia no está totalmente esclarecida (Dander, 2013).

2. Tratamiento no farmacológico:

- a) Terapia electroconvulsiva: se encuentra en opción de primera línea para combatir la depresión y características psicóticas para aquellos pacientes que no respondieron favorablemente al tratamiento mediante medicación, también cuando hay poca tolerancia a los medicamentos y cuando hay una depresión grave con riesgo suicida o síntomas catatónicos. Este tratamiento tiene varias ventajas, entre ellas están: es seguro, tienen un grado alto de efectividad y tienden a mostrar una respuesta rápida contra la depresión (Dander, 2013).
- b) Psicoterapia: Este tipo de tratamiento mejora mejoran los síntomas depresivos del adulto mayor, la psicoterapia cognitivo-conductual mediante ensayos clínicos han demostrado tener alto grado de efectividad tanto como la terapia farmacológica en casos seleccionados por ejemplo en pacientes que tienen episodios depresivos en nivel moderado. La combinación de estas dos (psicoterapia y farmacológica) hace eficaz el tratamiento contra la depresión de nivel moderado y severo. Se ha podido ver que la psicoterapia disminuye la severidad de la depresión en adultos mayores que han sufrido tres o más episodios depresivos. Las prácticas de medicina de medicina complementaria como acupuntura, yoga, tai-chi son recomendables por su eficacia, para sugerir el inicio o suspensión de esta práctica de medicina complementaria se debe tomar en cuenta en contexto social y cultural en el que está el adulto mayor (Dander, 2013).



2.3.8 Pronóstico

La depresión es una afección que tiene tendencia a la cronicidad y a la recurrencia. Debido a que no hay muchos estudios actuales sobre el tema la tasa de recurrencia acumulada se calcula de 85% a un año. La duración prolongada del primer episodio depresivo, alteraciones cognoscitivas y la comorbilidad física grave, todos estos factores están relacionados con un mal pronóstico (Dander, 2013).

Capítulo III: Autoestima y Baile recreativo

3.1 Autoestima

3.1.1 Generalidades

La autoestima como concepto fue introducido por primera vez por William James en 1890, desde entonces se ha utilizado en diversas investigaciones. El concepto de autoestima se refiere a esta como el indicador que muestra si la persona se aprueba o desaprueba a sí mismo, esto es un indicador de alto o bajo autoestima. Abud y Bojórquez (1997) consideran a la autoestima como un concepto, una actitud, un sentimiento, una imagen; como la capacidad para valorar el yo y tratarse con dignidad, amor y realidad, y como “el juicio personal que hace el individuo acerca de su propio valor”. La autoestima puede marcar dos niveles que son: autoestima positiva y autoestima negativa, cada una de estas tienen diversas implicaciones en la persona, si la persona tiene una autoestima positiva esta tendrá la capacidad de valorar sus logros y el de los demás, también pueden alcanzar una acertada expresión de sus emociones, una confianza firme en sus capacidades y la convicción en cumplir sus metas, la autoestima negativa es dañina esto debido



a que la persona se desvalora dependiendo de la opinión de otras personas y de su aprobación, sienten que son incapaces de hacer algo bien y por ende se sienten desagradables.

3.1.2 Componentes de la autoestima

Varios investigadores describen componentes importantes que están relacionados entre ellos, todos estos funcionan colectivamente, por lo tanto, el deterioro de uno o más de estos afectan negativamente a los demás.

- **Componente Cognitivo:** Se refiere a ideas, opiniones, creencias, percepción y procesamiento de información; conjunto de autoesquemas usados para reconocer e interpretar estímulos importantes del ambiente social y experiencias pasadas; incluye al autoconcepto como origen y desarrollo de la autoestima
- **Componente Afectivo:** Valoración de lo que en cada persona es positivo y negativo, e implica una sensación de lo que se considera favorable o desfavorable, agradable o desagradable.
- **Componente Conductual:** Tensión, intención y decisión de actuar; manifestación de comportamiento consecuente y coherente.

3.1.3 Importancia de la autoestima en el adulto mayor

La importancia de la autoestima reside en que este es un factor fundamental en el desarrollo de un buen ajuste emocional, cognitivo y práctico. Varios investigadores proponen que la autoestima va disminuyendo conforme las personas van alcanzando una edad madura y posteriormente la vejez. Para los adultos mayores la autoestima es clave, esto debido a que en esta edad los adultos mayores deben valorar sus habilidades y características, las cuales han sufrido cambios importantes en comparación con años atrás. El principal problema se encuentra en el contexto en el cual el adulto mayor se encuentra, ya que por lo general se encuentran en



una situación física, social y culturalmente menoscabada, motivo por el cual se sienten rechazados a nivel familiar y social, también tienden a sentirse desvalorizados e inútiles ante la sociedad y el entorno que los rodea. Todas aquellas conductas promotoras de la salud son importantes para la autoestima, ya que estas actúan como efecto directo a través del enfrentamiento y consecución de retos y logros respectivamente, por estos motivos es importante mantener un óptimo nivel de bienestar con adultos mayores participando activamente en el logro de tareas que estén relacionadas con su bienestar y salud.

3.1.4 Fisiopatología de la autoestima

La relación que existe entre el hipocampo y la autoestima se da por su nexo con una estructura llamada “amígdala”, esta región del sistema “límbico” es la causante de provocar la sensación de miedo y amenaza, es por esto que si la amígdala no funciona correctamente el hipocampo se encarga de llevar a cabo sus tareas con total normalidad, es por eso que a menudo se hace referencia a la frase de “la felicidad es ausencia de miedo”. A finales del 2018 la Universidad de Renming de China llevó a cabo un estudio en donde se demuestra la relación del Hipocampo y la autoestima, en este estudio se pudo ver que hay un mayor circuito neuronal, y este produce una mayor conectividad, pero en dependencia que la persona ejercite unas dimensiones básicas (optimismo, alegría, relajación, autoconfianza y ejercicio físico) a diario. Cuando las personas sufren algún tipo de agresión en su infancia, estos recuerdos se integran en el hipocampo y tienen presencia negativa y dolorosa, este sentimiento produce una autoimagen negativa la cual activa la amígdala y esto desemboca en la aparición del miedo, luego de la aparición del miedo se produce una sensación de alerta y peligro, estos eventos hacen que aparezca el cortisol en sangre el cual puede acabar dañando al hipocampo reduciendo su tamaño.



3.1.5 Elementos de la autoestima

- Autoconocimiento: “Cuando aprendemos a conocernos en verdad vivimos” (Schuller).

Este elemento hace referencia a conocer las partes que componen al “yo” sus manifestaciones y necesidades. El autoconocimiento es percibirse uno mismo por completo, mi cuerpo, mis pensamientos, mis sentimientos, mis capacidades, habilidades, virtudes, defectos; todos estos elementos no funcionan por separado al contrario trabajan en conjunto para formar uno solo, si estos elementos funcionan bien la persona va poseer una personalidad fuerte y definida, si uno de estos elementos no funcionan correctamente se verá reflejado en su personalidad, esta será débil, y la persona será indecisa con un marcado sentimiento de desvalorización.

- Autoconcepto: Es el concepto que la persona tiene de sí misma y en este intervienen varios componentes que se relacionan entre sí.

Existen varios factores que determinan el autoconcepto entre estos están:

Actitud: es la tendencia a reaccionar ante una situación ya sea positiva o negativa según la propia evaluación, es importante pensar el porqué de nuestras acciones para no responder por inercia ante una situación.

Esquema corporal: Supone la idea que se tiene del propio cuerpo, esto a partir de sensaciones y estímulos, esta idea está influenciada por el entorno social y modas.

Aptitudes: Son las capacidades que posee una persona para realizar una tarea adecuadamente.

Valoración externa: Se refiere a la apreciación de los demás hacia nosotros, estos “refuerzos sociales” tienen mucha influencia en la persona.

- Autoevaluación: “El sentirse devaluado e indeseable es en la mayoría de los casos la base de los problemas humanos” (Rogers, 1924).



Es la capacidad de evaluar como positivo o negativo según el propio punto de vista, de a poco se va encontrar los puntos que van a guiar la propia conducta de la persona, se desarrollara un propio juicio.

- **Autoaceptación:** La Autoaceptación es admitir y reconocer todas las partes de sí mismo como un hecho, como la forma de ser o sentir, debido a que mediante la aceptación se puede modificar lo que es susceptible de ello. Aceptarse es experimentar la realidad tal como es y sin evitarla, es admitir y reconocer todas las partes que tiene la propia persona, la aceptación no siempre es gustarse sino reconocerse tal y como es.
- **Autorespeto:** El autorespeto es atender, hacer caso a las propias necesidades y satisfacer las mismas, vivir según propios valores, expresar los sentimientos, emociones, sin autodañarse ni echarse la culpa, buscar y valorar todo lo que haga sentirse orgulloso de sí mismo, si la persona se respeta va estar consciente de lo que desea y necesita para sentirse bien consigo mismo, pero no solo es darse cuenta, sino también la persona debe actuar para poder lograrlo.

3.1.6 Relación entre el autoconcepto y autoestima

De acuerdo a Rice (2000) el autoconcepto es la percepción cognitiva consciente y la valoración que las personas realizan sobre sí mismas. Según Wayment y Zetlin el autoconcepto es la identidad autohipotetizada de la persona, esto debería ser descrito como el conjunto de actitudes que la persona tiene hacia sí mismo. Se dice que todas las personas tienen seis aspectos diferentes del yo, entre estas están: lo que realmente son, lo que piensan que son, lo piensan otros que son, lo que creen que piensan las demás de ellas, lo que quieren llegar a ser y las expectativas que creen que otras personas tienen sobre ellas. Rogers (1924) señala que existe una ausencia de conflicto interno y de ansiedad cuando las personas descubren quienes son y lo que perciben que son y lo quieren ser comienza a converger, entonces es así que sin



conflictos pueden aceptarse a sí mismas. La persona saludable está en proceso continuo de intentar comprender los sentimientos, percepciones y motivaciones que generan y forman su conducta personal, no obstante, este proceso de autocuestionamiento ocurre dentro del contexto de un sentido básico de adecuación.

Existe una actividad estructurada conocida como: **¿quién soy yo?** que ilustra esta observación, señalan Eisenberg y Patterson (1981). Para llevar a cabo esta actividad es necesario contar con dos participantes, una se encarga de realizar las preguntas y la otra persona responde. La persona que pregunta simplemente repite el cuestionamiento: ¿quién es usted? Con cada cuestión, la persona que responde debe dar una nueva descripción de sí misma. Se ha encontrado que la mayoría de las personas se describen a sí mismas por los roles familiares, educativos o vocacionales que desempeñan. Relativamente pocas responden a más de diez preguntas y muchas no pueden dar autodescripciones más allá de sus roles.

Las personas a las que no les gusta su yo tienen una tendencia a presentar baja autoestima, en cambio las personas que gustan de sí mismas presentan una autoestima elevada y están motivadas hacia las experiencias de éxito. Teorías como las de Eisenberg y Patterson (1981) enfatizan que el aumento de la consciencia de una persona acerca de y el conocimiento del yo es clave fundamental estimular el crecimiento, la toma de decisiones eficaz y el cambio de conducta.

Alcántara en Molina, Baldares y Maya (1996, p. 25) habla sobre el autoconcepto, este lo define como la opinión que se tiene de la propia personalidad y su conducta y que ocupa un lugar importante en el desarrollo y la consolidación de la autoestima. Señala este autor que:

Las restantes dimensiones, afectiva y conductual, caminan bajo la luz que les proyecta el autoconcepto, que a su vez se hace servir y acompañar por la autoimagen o representación mental que un sujeto tiene de sí mismo en el presente y en las aspiraciones y expectativas futuras.



3.1.7 Alta y baja autoestima, características y factores vinculados

Eisenberg y Patterson (1981) se refieren a una serie de conductas relacionadas con la alta y baja autoestima, entre algunas de estas conductas están las expectativas hacia el futuro, asertividad personal, formas de enfrentar el estrés, toma de riesgos, temor a fracasar y nivel de aspiraciones.

La autoestima de una persona no se ve, pero se puede elaborar criterios sobre esta a partir de la conducta de la persona, estos patrones de conducta agrupan datos con el fin de poder hacer inferencias diagnósticas.

Coopersmith citado por Eisenberg y Patterson (1981), estima que las personas con alta, media y baja autoestima, presentan diferentes expectativas para el futuro, varían respecto del asertividad personal y cada una tiene una forma diferente de enfrentar al estrés.

Molina, Baldares y Maya (1996, p. 30) ellos dan una interpretación de una persona con alta autoestima como: Es una persona que no se considera a sí misma como el centro del universo y superior a los demás. Conoce muchos aspectos de sí misma, tiene auto-respeto y tiene consciencia de su propio valor como persona única e irrepetible. Reconoce sus cualidades, pero no se cree perfecta. Al contrario, conoce sus defectos. Pero no ve sus defectos y errores como representativos de alguien sin valor.

García (2005), señala las siguientes características de una persona con una alta autoestima: Cree firmemente en ciertos valores y principios, está dispuesta a defenderlos aún cuando encuentre fuertes oposiciones y se siente lo suficientemente segura como para modificar esos valores y principios, es capaz de obrar a lo más acertado según su criterio y pensamiento, confiando en su propio juicio, tiene confianza plena a su capacidad para resolver de la mejor manera sus propios problemas, se siente igual a cualquier otra persona aceptando que cada una



tiene talentos específicos, no se deja manipular por los demás, es una persona empática con todas las personas que lo rodean.

Los jóvenes cuando tienen una identidad pobre y baja autoestima intentan presentar una imagen falsa, esto se debe a un mecanismo de compensación que se da para superar el déficit de autovaloración que presentan, esta conducta puede generar tensión.

Según lo señalan Rosenthal y Simeonsson en Rice (2000), las personas con baja autoestima tienen una identidad inestable y cambiante, es una persona vulnerable a la crítica o al rechazo, lo que verifica su inadecuación, incompetencia y falta de valía. Pueden verse perturbados o afectados cuando sienten que los acusan o cuando sienten que otras personas tienen una opinión negativa de sí mismas. Cuanta más vulnerabilidad experimentan, sus niveles de ansiedad serán mayores, en consecuencia, estas personas se sienten torpes, no pueden percibir paz, constantemente están intranquilas y evitan de cualquier manera exponerse al ridículo.

Satir (1980) alude que una persona con baja autoestima presenta una inseguridad de sí misma, esta persona basa su autoestima en el pensamiento que tienen las otras de ella, por lo general tienden a disfrazar su baja autoestima con el fin de impresionar a los demás, estas personas están constantemente expuestas a sufrir desilusiones y desconfianza.

Eisenberg y Patterson (1981, p. 70) personas con baja autoestima carecen de confianza en sí mismas y son aprehensivas de expresar ideas no populares, evitan exponerse a sí mismas, enojar a otras personas, y tratan de no llamar la atención y pasar desapercibido. Estas personas viven en la sombra de un grupo social, se limitan solo a escuchar y tratan de evadir su participación, prefieren siempre la soledad.

Las personas con baja autoestima, indica Molina (1996), presentan varias características emocionales como agresividad, timidez, alarde, impaciencia, competitividad, arrogancia, crítica, rebeldía ante figuras de autoridad y perfeccionismo.



Mézerville (2004) considera que una autoestima baja se correlaciona con la irracionalidad y enfocarse a la realidad, con la rigidez, el miedo a lo nuevo, con la rebeldía y estar siempre a la defensiva, con la sumisión y miedo a la hostilidad de otras personas. Este mismo autor afirma que la vivencia patológica de una autoestima pobre se manifiesta a través del autodesprecio, esto vinculado con reacciones conscientes o inconscientes de autodestrucción, es por esto que la persona aun cuando alcance logros que le pueden hacer feliz, esta persona renunciara a esta felicidad mediante acciones y conductas autodestructivas.

Algunas actitudes que demuestran una baja autoestima, de acuerdo con García (2005) son: Autocritica, esto demuestra insatisfacción consigo misma, sensibilidad extrema ante las críticas, esto hace que la persona se sienta atacada y herida, indecisión por temor a equivocarse, impedimento a decir no por miedo a desagradar, culpabilidad por conductas incorrectas y maximiza la gravedad de sus errores sin llegar a perdonarse, hostilidad y tendencias defensivas acompañado de una actitud negativa y una incompetencia hacia el placer de vivir.

3.1.8 La influencia de otras personas significativas en la autoestima

Jourard y Landsman (1987) opinan que es aquello que se considera como verdad, lo cual tiene una influencia por lo que otras personas consideran que es importante. Esto hace que otras personas puedan influir en la manera de pensar y asignar significado y valor que talvez se pierda el de la propia perspectiva, esas personas a cuales se les considera importantes tendrían la capacidad de invalidar los juicios propios de la realidad, no todas las personas ejercen una influencia fuerte, la influencia de una persona puede estar determinada por su grado de implicación y de intimidad, también del apoyo social que proporciona y del poder que otras personas les proporcionan.

Las agencias de socialización incluyen a la familia, las instituciones educativas y los medios de comunicación, estas personas (agentes socializantes) se encargan de moldear la



conducta de la persona en proceso de desarrollo para que se ajuste a los requerimientos sociales. Un ejemplo de estas personas son los padres y/o profesores todos estos desempeñan un control social, ellos pueden controlar la conducta de la persona mediante amenazas o críticas, también lo pueden hacer mediante su aprobación, de esta manera se puede definir en la persona su identidad y autoconcepto.

Varios investigadores han observado la correlación entre la calidad afectiva de las relaciones familiares con la autoestima, dando de esta última altos niveles en comparación con personas que no tenga una buena calidad afectiva de relación familiar, la autoestima favorable se ha asociado con la voluntad de los padres y de las madres de premiar la autonomía, su aceptación, su flexibilidad, la comunicación, la satisfacción compartida, el apoyo y el tipo de control.

3.1.9 Distorsiones cognitivas

Güell y Muñoz (2000) mencionan tres principios del enfoque cognitivo. El primer principio es que son las cogniciones o pensamientos los que crean todos los estados de ánimo; es decir, la persona se siente de una manera determinada porque tiene unos pensamientos concretos. El segundo principio tiene una gran importancia: los pensamientos negativos que provocan un bajo nivel de autoestima son consecuencia de grandes distorsiones. Aunque esos pensamientos parecen válidos, en el fondo son irracionales o falsos. El tercer principio se deduce de los dos anteriores: si se corrigen los sistemas equivocados de pensamiento, se puede controlar, en buena medida, los estados de ánimo y, entre otros, la autoestima.

Las emociones interpretan la manera en que se perciben las cosas, antes de experimentar algo debe ser procesado mentalmente y asignarle un significado, si la percepción es deformada por la mente, la respuesta emocional será desproporcionada, esta distorsión puede



generar un malestar y descontento de sí mismo en la persona, la autoestima disminuye debido a un proceso mental mal estructurado.

Naranjo (2004), señala que las situaciones no establecen los sentimientos, sino como son interpretadas por las personas; es decir, la respuesta emocional está condicionada por la percepción de la circunstancia.

Se puede deducir que el verdadero origen de la autoestima está en el interior de la persona. Depende de sus propias ideas, pero muchas de ellas pueden ser distorsiones cognitivas. Estos son los elementos con los que la crítica patológica ataca la autoestima. Güell y Muñoz (2000, p. 120), señalan que: “las distorsiones cognitivas son hábitos de pensamiento que habitualmente utilizamos para deformar negativamente la realidad”.

Beck citado por Feixas y Miró (1993) han determinado algunas distorsiones cognitivas y las describen de la siguiente manera:

- Pensamiento absolutista de tipo “todo o nada”, se manifiesta en la tendencia a ver todas las experiencias según dos posibilidades opuestas. Por ejemplo, o soy una persona perfecta o soy un desastre.
- Sobregeneralización. Proceso de establecer una regla o conclusión general a partir de detalles que no la justifican, por tratarse de hechos aislados que no se pueden aplicar a otras situaciones. Por ejemplo, “siempre estaré solo, como el día de hoy”.
- Abstracción selectiva. Consiste en atender solo a los aspectos negativos de una situación, sin considerar otros aspectos, aunque sean más relevantes. Por ejemplo, una persona que piensa que su vida es un desastre porque tiene un problema afectivo con su pareja, pero con una situación laboral muy buena.
- Personalización. Es la tendencia a atribuirse, sin base para ello, la responsabilidad de errores o suponer que todo lo que ocurre está relacionado con uno mismo. Por ejemplo, un familiar se siente nostálgico y la persona se siente culpable pues cree que lo provocó.



- Sacar conclusiones precipitadas. Se trata de llegar a conclusiones precipitadas sin disponer de datos suficientes que las apoyen. Presenta dos variantes: Lectura de pensamiento, esta es cuando una persona presume saber lo que la otra persona está pensando o sintiendo. Tendencia a esperar lo peor, la persona siempre tiene el presentimiento de que algo va salir mal.

3.1.10 Instrumentos de evaluación de la autoestima

- La escala de autoestima de Rosenberg: Rosenberg (1965) dice: Esta escala al principio fue diseñada y dirigida a adolescentes, en la actualidad es usada en otros grupos etarios. Su aplicación es simple y rápida, esta escala cuenta con 10 ítems, que están divididos por igual en positivos y negativos (por ejemplo, sentimiento positivo: " creo que tengo muchas cualidades " sentimiento negativo: " siento que no tengo razones para sentirme orgulloso de mi"). Es un instrumento unidimensional que se contesta en una escala de 4 alternativas, que va desde " muy de acuerdo" a " muy en desacuerdo"
- Inventario de autoestima de Coopersmith: Prewitt- Díaz (1984) afirma: Es un inventario de autoreporte de 58 ítems, en el cual la persona lee una sentencia declarativa y luego decide si esa afirmación es "igual que yo" o "distinto a mí". El inventario está referido a la percepción del estudiante en cuatro áreas: autoestima general, social, hogar y padres, escolar académica y una escala de mentira de ocho ítems.
- Cuestionario EDINA: Serrano (2014) dice: Este cuestionario está diseñado para la aplicación en niños y niñas con edades comprendidas entre los 3 y los 7 años de edad. El tiempo máximo de aplicación es de unos diez minutos, de forma individual para las



edades de 3 y 4 años, y en grupos de cinco o seis estudiantes para los de 5, 6 y 7 años.

La versión definitiva del cuestionario quedó compuesta por 21 ítems, distribuidos en cinco subescalas o dimensiones de la autoestima: corporal, personal, social, académica y familiar.

3.2 Baile

3.2.1 Generalidades

El baile o también conocido como la danza, es considerado uno de los medios de comunicación más importantes del ser humano. El hombre primitivo usaba el baile para expresar sus sentimientos y sus necesidades y de esta forma compartir con la naturaleza (Courtier, Cameles y Sarkar, 1990; Hammedi, 1989; Levy, 1988). A lo largo de la historia la danza ha sufrido una serie de cambios, esto hace referencia a la evolución de los movimientos, es decir se pasó de lo simple a lo más complejo (Levy, 1988; Ensign, 1986).

El baile o la danza ha formado parte de la historia del ser humano, ya que se la usaba para diversos motivos ya sea artísticos, culturales, religiosos, entre otros. Los primeros ritmos se los realizaba con los pies, en donde el resto del grupo seguía esos movimientos

Courtier, Cameles y Sarkar (1990), consideran al baile como un ejercicio corporal, en donde se utiliza los gestos como el lenguaje propio de esta actividad, en donde se da una liberación total del cuerpo. Estos movimientos se adaptan a personas de cualquier nivel de destreza motora" (Yan Zandt y Lorenzen, 1985, p. L21,).

En la actualidad el baile forma parte de nuestro día a día, teniendo en cuenta que conforme pasa el tiempo el baile va evolucionando, en donde se busca representar costumbres, sentimientos y principios estéticos.



3.2.2 Baile Recreativo

La danza es el arte de expresarse mediante movimientos del cuerpo acompañados de ritmos musicales. En la danza existen distintos tipos y estilos de práctica y el que se tratará en este trabajo es la danza básica o baile recreativo, que no tiene muchas exigencias en las prácticas ni en sus fines.

La danza o el baile, tiene muchos beneficios como, por ejemplo, contribuyen al bienestar de las personas, aporta flexibilidad, movilización, fortalecimiento, coordinación, intuición, expresividad, estética y estilo lúdico; en su manifestación principal, el baile puede aparecer como el resultado de una expresión emocional del ser humano (Sampayo, 2006).

La danza o baile tiene varias funciones como son: educativa, artística, recreativa y terapéutica, además de proporcionar el placer físico la danza tiene efectos psicológicos ya que a través de ellos los sentimientos e ideas se pueden expresar y comunicar.

El baile recreativo, no tiene muchas exigencias en las prácticas ni en sus fines, se desarrolla en contexto informal y con fines de esparcimiento y recreación, esta se desarrolla de forma individuo - sociedad. Esto se da con el fin de vivir una experiencia agradable con el fin de estar más tranquilo, liberar tensiones, divertirse y más beneficios.

Este tipo de danza o baile consiste en esquemas de pasos muy repetitivos y fáciles de aprender para tener la seguridad que todas las personas puedan practicar, están centradas en la vivencia, la experimentación, la conciencia del cuerpo propio, el juego y la improvisación, ayudan a descubrir las múltiples capacidades de movimiento que el cuerpo posee.



3.2.3 Tiempo de duración recomendado

El tiempo recomendado de actividad física para adultos mayores con respecto al baile recreativo corresponde a dos días a la semana con una duración de 30 a 45 minutos, la hora recomendada corresponde a la tarde, se debe tener en cuenta que debe ser dos horas después de haber almorzado, esto se debe a que en este tiempo la temperatura y nuestra capacidad cardiorrespiratoria aumenta.

3.2.4 Beneficios del Baile Recreativo

- **Beneficios psicológicos**

- Con respecto a la autoestima por medio de la música y el baile se reduce el estrés, ansiedad.
- Por medio del baile se expresa sentimientos y sensaciones de forma más natural.
- Genera sentimientos de bienestar, ya que disminuye el estrés y estados depresivos.
- Permite que las personas involucradas en la actividad sean seguras ya que se observa cambios que al principio parecían imposibles.
- Mejora el estado de humor ya que por medio del baile recreativo se liberan tensiones y produce una relajación.
- Ayuda a superar pensamientos de soledad y timidez permitiendo que se generen nuevas relaciones. (Levitini, 2002).

- **Beneficios Físicos**



- Fortalece la masa muscular de los miembros inferiores y superiores, por otra parte, se ve una mejora en la flexibilidad y la resistencia.
 - Favorece a la coordinación de movimientos, en el caso de los adultos mayores se trabaja el equilibrio es por eso que esta actividad es recomendada para este grupo etario.
 - Por medio del baile se produce una coordinación viso- motora - auditiva.
 - Se le considera como una vía saludable ya que evita o reduce el uso de fármacos.
 - Disminuye los niveles de colesterol disminuyendo el LDL o colesterol malo y aumentando el HDL o colesterol bueno (Fernández, 2004).
 - Ayuda a la pérdida de peso corporal, ya que es una sesión que puede quemar entre 500 y 1000 calorías, tonifica el cuerpo, y reduce la tensión muscular (Álvarez, 2001).
 - Mejora la resistencia aeróbica y los reflejos.
 - Ayuda a la postura corporal.
- **Beneficios Sociales**
 - Ayuda a tener una mejor relación con las personas que lo rodean.
 - Permite superar la timidez, generando nuevas relaciones con su entorno.
 - Es una actividad que se la puede practicar sin importar la edad o sexo.

3.2.5 Baile Terapéutico

El baile terapéutico o danza terapéutica es definida por la Asociación Americana de Danza Terapéutica (ADTA) como el uso psicoterapéutico del movimiento para promover la



integración de las partes emocional y física de la persona (Hammerli, 1989, p. 32; Levy, 1988. p. 40).

El baile terapéutico se utilizó en hospitales para enfermos mentales ya que consideraban que tenía un efecto curativo en las personas, estudios señalan que este baile ayuda no solo a personas con algún desbalance mental sino también en personas diagnosticadas con ceguera, problemas auditivos, problemas emocionales y en la tercera edad (Hammerli, 1989; Hendricks, 1986; Levy, 1988).

Berryman-Miller (1988) afirma que “la puesta en práctica de un programa de baile para mejorar la autoestima y reavivar 'el deseo de vivir' puede contribuir a satisfacer las necesidades de este grupo de personas”.

El baile terapéutico ayuda por medio del movimiento a sentirse realizada, puede ser movimientos que se ejecutan dentro de expresión corporal hasta los bailes populares, ayuda a tener auto-satisfacción.

Este tipo de actividad es beneficiosa para los adultos mayores ya que ayuda a superar ciertas circunstancias de insatisfacción

3.2.6 Beneficios Físicos del Baile Terapéutico

- Ayudan en el control de la respiración.
- Permite una correcta orientación espacial.
- Ayudan en la coordinación, flexibilidad y equilibrio del adulto mayor.



- Favorecen a la resistencia muscular y cardiovascular (Ensign, 1986; Hecox, 1983; Lindner y Harpaz, 1983; Sandel y Kelleher, 1987; Van Zandt y Lorenzen, 1985).

3.2.7 Beneficios Psicológicos del Baile Terapéutico

- Genera un estado de tranquilidad, debido a que se liberan tensiones.
- Ayuda en la autoimagen, autoestima y autoconcepto.
- Permite que los adultos mayores tengan una mejor capacidad para expresar sus sentimientos.
- Ayuda a superar miedos, frustraciones y ayuda a combatir la depresión, aislamiento y soledad (Hammedi, 1989; Shuman, 1973; Talty, 1989).
- Por medio del movimiento los problemas y la energía se pueden canalizar de mejor manera.

3.2.8 Beneficios Sociales del Baile Terapéutico

- El baile terapéutico crea un ambiente agradable con el resto de las personas.
- Se genera una comunicación, socialización y se crea un estado de cooperación.
- Ayuda en la capacidad de formar lazos de amistad dentro de las personas que practican esta actividad.
- Disminuye el aislamiento entre las personas.

Capítulo IV: Metodología



A continuación, se detalla la metodología utilizada para la realización de la presente revisión bibliográfica:

4.1 Tipo de investigación

Se realizó una revisión panorámica, posteriormente se llevó a cabo un minucioso y profundo análisis para el desarrollo del proceso investigativo del presente trabajo.

Grant y Booth (2009) identificaron 14 tipos diferentes de revisiones de la literatura, desde la revisión narrativa hasta la actual umbrella review, sin embargo, se optó por utilizar en el presente trabajo la revisión de literatura de tipo panorámica.

Las revisiones panorámicas han sido descritas como un método de síntesis de conocimientos para sintetizar la evidencia con el fin de entender en términos generales lo que se conoce acerca de un fenómeno, el objetivo es identificar la naturaleza y el alcance de la evidencia en investigación, este tipo de revisión pretende identificar los conceptos clave que sustentan un área de investigación, las principales fuentes y tipos de evidencias disponibles sobre todo cuando un área es compleja o no ha sido revisado exhaustivamente antes.

Por lo general este tipo de revisión es aplicada por estas razones:

- Mapear la extensión, amplitud y naturaleza de la investigación en un área de estudio.
- Determinar la factibilidad de realizar una revisión sistemática.
- Identificar vacíos en investigaciones.
- Desarrollar nuevas aproximaciones metodológicas de un tema que puedan servir para futuras investigaciones.



La metodología que se emplea en la revisión panorámica es: identificación de la pregunta de investigación, identificación de estudios relevantes y su selección, extracción de los datos y posteriormente la elaboración de un informe sobre la revisión que se realizó (Grant y Booth, 2009).

El análisis conceptual es un método por el cual los conceptos que son de interés para una disciplina se examinan, esto se lleva a cabo con el fin de aclarar sus características y conseguir una mejor comprensión del significado de ese concepto, se han identificado tres características que debería de tener el análisis conceptual: claridad conceptual, claridad sobre el fenómeno de estudio y claridad en la definición del fenómeno. Los resultados finales de este tipo de revisión son una tentativa de aproximación al mismo dado que los conceptos evolucionan del mismo modo que la práctica en que se aplican (Grant y Booth, 2009).

4.2 Procedimiento

En el presente trabajo se llevó a cabo la recolección de documentos como tesis y artículos científicos, a través de diferentes bases digitales tales como: EBSCO (Sportdiscus), ScienceDirect, SCOPUS y GOOGLE Académico, estas bases fueron seleccionadas debido a que están relacionadas al área que se analiza en el presente trabajo de investigación (Ciencias de la Actividad Física y Deporte, Psicología Deportiva y Actividad Física) la búsqueda en las bases digitales fue mediante palabras claves: "Adulto Mayor", "baile", "Danza", "Depresión", "Autoestima", "Older Adults", "Elderly", "Dance", "Depression", "Self-Esteem". Esta búsqueda se realizó entre el mes de enero y febrero del 2021. Para la recolección de los documentos (tesis y artículos científicos) debido a que la danza senior es una terapia que ha sido relativamente poco examinada, se admitieron diseños de estudio menos robustos, por la misma razón se tomó en cuenta documentos científicos o estudios con 10 años desde su fecha de publicación o



aplicación, para la selección de esta información los criterios de inclusión adoptados fueron los siguientes:

1. Documentos que en su estudio se relacionen con dos más de las variables depresión, autoestima y baile recreativo.
2. Documentos científicos que comprendan su realización y publicación a partir del año 2005 en adelante.
3. Estudios que estén publicados por revistas científicas relacionadas con Ciencias de la Actividad Física y Deporte, Psicología Deportiva y Actividad Física.
4. Estudios que se hayan realizado en un grupo etario determinado (Adultos Mayores de 65 años de edad en adelante).
5. Artículos que tengan diseño metodológico de carácter transversal, experimental y/u observacional.
6. Los disponibles electrónicamente en las bases de datos seleccionadas; y aquellos que describieron los efectos psicológicos, emocionales o sociales de la danza para Adultos mayores.

Una vez terminada la etapa de recolección de documentos científicos que cumplían con los criterios de inclusión, se procedió a revisar minuciosamente cada uno de ellos, se excluyeron los informes de investigación y los resúmenes publicados en las actas de reuniones científicas debido a la naturaleza sintética de la información que contenían, se eliminaron los artículos repetidos y artículos periodísticos, estudios en donde consten adultos mayores que padezcan alguna discapacidad física que les impida realizar actividad física, adultos mayores que padezcan algún tipo de trastorno o desorden psicológico grave Posteriormente se realizó una lectura comprensiva del texto completo para filtrar aquellos artículos que no cumplen con todos los criterios de inclusión establecidos.

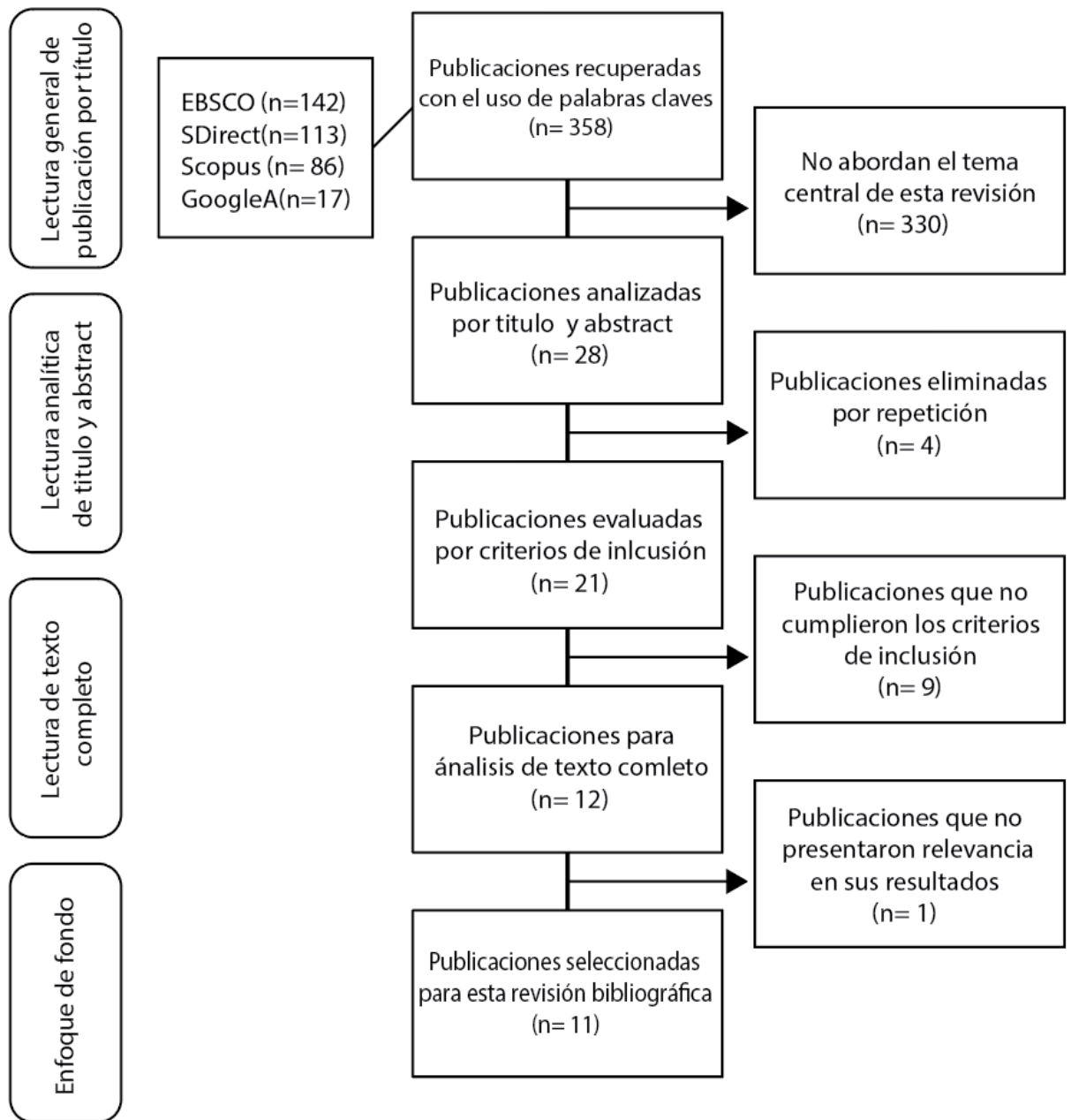


La selección de los estudios que compondrían la muestra de la presente revisión fue realizada por dos investigadores de forma independiente y posteriormente de forma colectiva, e involucró sucesivas etapas de toma de decisiones en cuanto a la elegibilidad de los artículos identificados en las bases de datos. La decisión se tomó después de que se alcanzara el consenso.

Las publicaciones incluidas en esta revisión pasaron por tres etapas para su evaluación. En la primera etapa, se dio lectura de los títulos de los trabajos y se consideraron no elegibles aquellos que no estaban alineados con el objetivo de la revisión. En la segunda etapa, se excluyeron las publicaciones duplicadas y posteriormente se leyeron los resúmenes restantes. Se excluyeron los estudios que no abordaron el tema ni utilizaron uno de los diseños experimentales seleccionados, después se dio una lectura profunda de las publicaciones restantes para que los datos pudieran extraerse y clasificarse. Fig. 1 muestra un diagrama de flujo que resume los pasos.

Figura 1.

Sistema de búsqueda y exclusión de artículos.



Nota: Número de artículos seleccionados (N), ScienceDirect (SDirect), Google Académico (GoogleA) .



La extracción y clasificación de los datos se llevó a cabo mediante un instrumento (tabla Excel) de recolección de datos, este instrumento que permitió la recolección de información sobre la identificación del artículo (título del estudio, año de publicación, tipo de documento, metodología y resultados).

Cada publicación seleccionada fue leída detenidamente. Los investigadores analizaron su calidad y riesgo de sesgo, se utilizó sólo como apoyo la lista de verificación propuesta por el Instituto Joanna Briggs.²¹, cabe recalcar que no se dio mayor relevancia este tipo de verificación, la relevancia peso sobre los investigadores y su capacidad de análisis que se hizo en cada uno de los documentos científicos.

4.3 Instrumentos

4.3.1 Bases Digitales

- EBSCO Sportdiscus, Esta base digital es conocida como una de las principales fuentes bibliográficas que posee artículos relacionados a las Ciencias del Deporte y Medicina Deportiva.
- Scopus es la base de datos multidisciplinaria, referencial y de citas bibliográficas revisada por pares con mayor cobertura a nivel mundial. Scopus se caracteriza por ser una herramienta relevante para obtener el estado del arte en cualquier temática, hacer análisis bibliométricos y conocer el estado de la institución en términos de visibilidad y calidad de la investigación. Provee herramientas bibliométricas para la evaluación de autores, Instituciones y comparación entre revistas.



Se le considera la base de datos más grande del mundo, ya que contiene veinte y siete millones de resúmenes los cuales corresponden desde el año 1966, no solo incluye literatura proveniente de Estados Unidos también posee literatura Europea y de Asia.

- Scielo organiza y publica textos completos, revistas de internet, esta base digital almacena, difunde y evalúa publicaciones científicas en formato electrónico, la primera fase se la desarrolló en febrero de 1997 y marzo de 1998, es el resultado de la asociación de la Fundación de Amparo de Sao Paulo (Fapesp), Centro Latinoamericano e Información científica del Caribe (Bireme) y de la Biblioteca Científica Electrónica Online. La metodología de la base digital ayudará a incrementar la visibilidad de las publicaciones, facilitando el control y mantenimiento bibliográfico.
- ScienceDirect es una de las principales bases de datos científicas, muy fácil de usar, que ofrece artículos en texto completo escritos por investigadores de renombre internacional. permite revisar publicaciones de Elsevier, el cual forma parte de una de las editoriales científicas más grandes e importantes del mundo.

Dentro de esta base digital podemos encontrar artículos relacionados con las áreas como las Ciencias de la Salud, de la vida, Ciencias sociales y Humanidades.

- Google Académico (GS) corresponde a sus siglas en inglés, Google Scholar, este buscador de Google fue lanzado en noviembre de 2004, relacionado en el ámbito académico.

Dentro de esta base digital se almacena trabajos de investigación científica el cual es de libre acceso, por otra parte, también incluye revistas y trabajos en diferentes formatos de presentación como por ejemplo libros, tesis, informes y documentos.

Mendeley: Corresponde a un tipo de Software el cual se utiliza para la manipulación correcta de artículos científicos recolectados. Por medio de este software se puede



importar y organizar artículos, otro aspecto útil es que permite almacenar las diferentes referencias bibliográficas, lo cual nos permite una mejor selección y recolección de artículos científicos, por otra parte, ayuda a tener un mejor control de lectura, posee opciones como subrayado, permite crear citas y referencias bibliográficas de una manera más rápida.

Scimago Journal and Country Rank: Se le considera una página web, su función es categorizar las revistas científicas según su área de estudio y nos permite identificar los diferentes estándares de calidad de las revistas obtenidas.

Capítulo V: Resultados, Conclusiones y Recomendaciones

Después de los procedimientos de búsqueda, análisis y selección descritos anteriormente, se incluyeron diez artículos en la presente revisión.

5.1 Artículos recolectados

A continuación, se presenta los Documentos científicos que fueron seleccionados para esta revisión bibliográfica, acompañado de sus características (Tabla 1)

Tabla 1*Resumen de los Artículos*

Autores	Título	Objetivo	Muestra	País-Idioma	Tipo de Investigación	Resultados
Bernardes (2011)	Influencia Del Baile Recreativo En El Estado De Ánimo Y Autoestima De Personas Adultas	Determinar si existen diferencias en el Estado de Ánimo y en la Autoestima entre personas adultas que practican baile recreativo y otras que no lo hacen.	(Total 200) 54 Mayores adultos Practican baile 58 Otros ejercicios físicos 88 Sedentarios	Paraguay (español)	Descriptivo	La curva en la puntuación de la Depresión sigue una dirección que muestra a la práctica del baile recreativo con medias menores en Depresión, las puntuaciones de Autoestima no presentan mayores diferencias. la danza, afirman que, entre otras ventajas, su práctica habitual aumenta la Autoestima de las personas
Calero et al. (2016)	Influencia De Las Actividades Físico-Recreativas En La Autoestima Del Adulto Mayor	El presente estudio demuestra la importancia de realizar actividades físico-recreativas como medio para mejorar la autoestima en los adultos mayores.	20 adultos mayores	Ecuador (Español)	Experimental	Al final con el post test tenemos un incremento de 32,80 puntos que fue un nivel alto de autoestima, así obteniendo en el promedio general 29,88
Alípio et al. (2017)	Impact Of Senior Dance On Emotional And Motor	Verificar los efectos de la Danza sobre los parámetros	20 ancianos de ambos sexos	Brasil (Ingles)	Experimental	No mostró diferencia estadísticamente significativa.



	Parameters And Quality Of Life Of The Elderly	cognitivos, motores y la calidad de vida de las personas mayores				
Murrock & Graor (2014)	Effects Of Dance On Depression, Physical Function, And Disability In Underserved Adults	Efectos que puede causar la danza sobre la depresión, la función física y la discapacidad en adultos desatendidos	40 participantes 36 mujeres 4 hombres	Estados Unidos (Ingles)	Experimental	Los resultados indicaron que la intervención de danza disminuyó significativamente la depresión durante 12 semanas.
Pylvänäinen et al. (2015)	A Dance Movement Therapy Group For Depressed Adult Patients In Psychiatric Outpatient Clinic: Effects Of The Treatment	No establecido	21 personas	Finlandia (ingles)	Experimental	La duración de la enfermedad de los participantes, la duración del período de tratamiento actual y el nivel de puntuación de las mediciones difieron según el uso de medicación antidepresiva. En comparación con los pacientes sin antidepresivos, los pacientes que tomaban medicamentos antidepresivos habían sufrido más tiempo de su enfermedad y tenían síntomas psiquiátricos.
Adam et al. (2016)	Effectiveness Of A Combined Dance And Relaxation Intervention On Reducing Anxiety And	Explorar la efectividad de una intervención combinada de danza y relajación en comparación con la relajación sola para reducir	84 adultos mayores 42 mujeres 42 hombres	Malasia (ingles)	Cuasi- Experimental	Un 95,5% (n = 42) de los sujetos en el grupo de intervención que informaron niveles normales de depresión después



	Depression And Improving Quality Of Life Among The Cognitively Impaired Elderly	los niveles de ansiedad y depresión y mejorar la calidad de vida entre los ancianos con deterioro cognitivo				de seis semanas de la intervención.
Carvalho et al. (2017)	A Influência Do tempo De Prática De Dança De Salão Nos Níveis De Depressão De Idosos	Verificar la influencia del tiempo de práctica regular de bailes de salón en los niveles de depresión en los ancianos	51 adultos mayores 32 mujeres 19 hombres	Brasil (Portugués)	Experimental	Los ejercicios físicos como la danza muestran resultados favorables en los ancianos, reduciendo significativamente los niveles de depresión, además, esta práctica puede influir positivamente en el desempeño de determinadas funciones ejecutivas en las personas mayores, lo que se relaciona con factores de riesgo para la depresión.
López (2016)	La Bailoterapia En La Autoestima Del Adulto Mayor	Conocer de qué manera la bailoterapia mejora la autoestima de los adultos mayores	No se detalla	Ecuador (español)	Experimental	Se mejoró la autoestima de los adultos mayores, se fortaleció el desarrollo personal y las relaciones interpersonales de los adultos participantes del proyecto, por medio del baile.



Eyigor et al. (2009)	A Randomized Controlled Trial Of Turkish Folklore Dance On The Physical Performance, Balance, Depression And Quality Of Life In Older Women	Realizar investigaciones sobre los efectos de los bailes sociales sobre el equilibrio, el estado de ánimo, las funciones sociales y físicas y las caídas	40 mujeres	Turquía (ingles)	Experimental	Se pudo determinar mejoras estadísticamente significativas respecto a los síntomas depresivos
Haboush et al. (2006)	Ballroom Dance Lessons For Geriatric Depression: An Exploratory Study	El efecto del baile de salón sobre la depresión geriátrica	20 adultos mayores	Estados Unidos (ingles)	Experimental	La interacción tratamiento por tiempo no fue significativa, lo que significa que no hubo un efecto de tratamiento estadísticamente significativo para las lecciones de baile, esto se puede deber al tamaño limitado de la muestra.
Vankova et al. (2014)	The Effect Of Dance On Depressive Symptoms In Nursing Home Residents	Evaluar el efecto de una terapia basada en la danza sobre los síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados	162 personas 159 mujeres 3 hombres	Republica Checa (ingles)	Experimental	La puntuación de GDS en el grupo de intervención mejoró después de 3 meses de terapia de baile, efecto positivo de la intervención.



5.1.1 Reseña de los documentos Científicos recolectados

De los once documentos científicos que se pudo recolectar para esta revisión bibliográfica hubo una hegemonía de documentos en el idioma inglés dando un total de siete documentos en este idioma, tres en español y uno en portugués, de los cuales los estudios de Murrock & Graor (2014) y Haboush et al. (2006) fueron realizados en Estados Unidos, en cambio los estudios de López (2016) y Calero et al. (2016) fueron realizados en Ecuador, Alípio et al. (2017) y Carvalho et al. (2017) estos estudios son de Brasil, destacando que en estos tres países fueron donde se encontraron más estudios con dos cada uno, como dato a tener en cuenta se recolectaron un total de cinco estudios realizados en Latinoamérica, dos en Norteamérica, tres en Europa y uno en Asia. El tipo de documentos científicos recolectados comprenden a Artículos Científicos (nueve) y Tesis pregrado (dos). Del total de los estudios recolectados, nueve estudios fueron realizados con diseño experimental, y los dos estudios restantes se llevaron a cabo con diseño cuasi-experimental y observacional.

5.2 Resultados

Esta revisión bibliográfica de once documentos científicos analizó los efectos de una variedad de intervenciones de danza sobre la autoestima y la depresión en los adultos mayores. Algunos participantes tenían diagnósticos de depresión antes de la intervención (Pylvänäinen et al., 2015; Murrock & Graor, 2014; Adam et al., 2016; Carvalho et al., 2017; Vankova et al., 2014).

Algunos estudios incluyeron participantes con condiciones de salud específicas como Parkinson y demencia (Pylvänäinen et al., 2015), un estudio se centró en adultos desatendidos (Murrock & Graor, 2014), en otros estudios la muestra fue tomada de Centros de atención para



Adultos Mayores, Asilos, Centros Geriátricos (Calero et al., 2016; Alípio et al., 2017; Adam et al., 2016; López, 2016; Vankova et al., 2014; Eyigor et al., 2009).

Las intervenciones de danza proporcionadas se describieron como baile recreativo (Bernardes, 2011), danza master (Alípio et al., 2017), también se mencionó la danza de salón (Carvalho et al., 2017; Haboush et al., 2006), bailoterapia (López, 2016), danza folklórica turca (Eyigor et al, 2009), terapia de danza o terapia de movimiento de danza (Pylvänäinen et al., 2015). Un programa simplemente afirmó que presentaba pasos básicos que eran fáciles de aprender (Calero et al., 2016). Un estudio brindó lecciones de baile de manera individual (Haboush et al, 2006), el resto de estudios proporcionaron intervenciones de baile en forma grupal. Cabe recalcar que ante la poca documentación digital encontrada se tomó la decisión de agrupar en esta revisión los tipos de danza que más se asemejan al baile recreativo, teniendo en cuenta siempre de que este tipo de actividad (baile) esté dirigido con un fin recreacional y no de otra índole.

Para determinar o medir el grado de depresión de los participantes se utilizó varios instrumentos como la Escala de depresión geriátrica (Haboush et al., 2006; Vankova et al., 2014; Eyigor et al., 2009), La Escala de Calificación de Hamilton para la Depresión (HRSD) (Haboush et al., 2006), Inventario de Depresión de Beck (Bernardes, 2011; Pylvänäinen et al., 2015; Carvalho et al., 2017), Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) (Adam et al., 2016), estos instrumentos fueron aplicados antes y después de cada intervención. En un estudio se evaluó el uso de medicamentos antidepresivos (Vankova et al., 2014). Para la evaluación de la autoestima se utilizó La Escala de Autoestima de Rosenberg (Bernardes, 2011; Calero et al., 2016; Alípio et al., 2017).

En algunos estudios se dividió la muestra y se aplicó mas de un tipo de actividad físico-recreativa como intervención, este fue aplicada simultáneamente después de dividir la muestra en dos grupos para posteriormente comparar los resultados y determinar la efectividad de cada



uno, por ejemplo en (Adam et al., 2016) el primer grupo realizo baile como intervención y el segundo grupo se le aplico ejercicios de relajación, en otros estudios se aplico prueba de caminata y subir escaleras (Pylvänäinen et al., 2015; Eyigor et al., 2009), en todas siempre estuvo presente el baile como intervención base en uno de los grupos, esto se dio con el fin de analizar y comparar el baile con otro tipo de actividad física-recreativa y determinar la relevancia de cada una en mejora de la salud de las personas objeto de estudio.

Otros estudios solicitaron una carta de autorización por parte del médico tratante previo a la participación de la actividad físico-recreativa (Haboush et al., 2006; Pylvänäinen et al., 2015; Vankova et al., 2014; Eyigor et al., 2009).

Los resultados recopilados en esta revisión bibliográfica muestran que las intervenciones de danza contribuyeron a disminuir la depresión o los síntomas depresivos en los participantes y pueden mejorar o mantener la autoestima de los adultos mayores (Bernardes, 2011; Murrock & Graor, 2014; Vankova et al., 2014; Bernardes, 2011; Calero et al., 2016; López, 2016).

Los resultados positivos adicionales incluyeron mejoras en el equilibrio (Eyigor et al., 2009; Alípio et al., 2017), capacidades coordinativas y rítmicas (López, 2016) el funcionamiento físico (Eyigor et al., 2009; Murrock & Graor, 2014), la cognición (Adam et al., 2016; Alípio et al., 2017), el estrés psicológico (Eyigor et al., 2009) y socialización (López, 2016), las enfermedades del sistema circulatorio disminuyeron, se redujo el sedentarismo e inactividad física y los adultos mayores experimentan emociones generadas por la interacción social de la bailoterapia (López, 2016). En los estudios que se llevaron a cabo en hogares de ancianos con dependencia de fármacos, también se documentaron disminuciones en el uso de antidepresivos (Vankova et al., 2014). En un estudio se pidió a los participantes que dieran su opinión sobre las intervenciones, algunos indicaron que disfrutaban bailando, que esperaban con ansias las sesiones y deseaban tener más sesiones de baile (Haboush et al., 2006). Aunque dos estudios no arrojaron resultados



estadísticamente significativos con respecto a la depresión, ambos estuvieron limitados por tamaños de muestra pequeños (Alípio et al., 2017; Haboush et al., 2006).

Abordando otro de los objetivos de la investigación, practicar con regularidad baile de tipo recreativo trae consigo varios beneficios para el adulto mayor entre estos están: Fortalece la masa muscular de brazos y piernas, mejora la flexibilidad y la resistencia, mejora la coordinación de movimiento y regula el control del equilibrio, permite una coordinación viso-motora-auditiva, esencial para el desempeño de cada día, disminuye los niveles de estrés. En el área médica, disminuye los niveles de colesterol, eleva la autoestima por la sensación agradable que produce la música y su práctica social y mejora del estado de humor, por lo que se recomienda esta práctica mayormente en la población adulta (López, 2016).

Por lo tanto, los hallazgos colectivos señalados anteriormente brindan apoyo para el uso de la danza como una opción de tratamiento viable para mejorar la autoestima y disminuir la depresión en los adultos mayores. Cabe mencionar que el baile recreativo no solamente tiene un potencial preventivo y promocional, sino que dentro de una intervención multicomponente puede incluirse como elemento en busca de la recuperación de personas con síndrome depresivo, sin embargo, se debe tener en cuenta que se reconoce que cualquier actividad enfocada a la recreación sobre todo el baile puede ser beneficioso en el tratamiento de la depresión, pero no puede reemplazar la medicación y la terapia. Los datos recolectados a lo largo de esta revisión bibliográfica develan que no hacer actividad física, de ninguna clase de manera sistemática, convierte a ese grupo de personas en más propensas a tener menor autovaloración. También se puede pensar que la relación entre la Autoestima y la practica de baile recreativo es bidireccional, en el sentido que puede ser beneficiosa para el incremento de la autoestima, fortalecer el desarrollo personal, las relaciones interpersonales y reducir la depresión.



5.3 Discusión

La recopilación de información sobre los efectos del baile recreativo en adultos mayores y su influencia en la autoestima y depresión ha sido el principal enfoque en algunos investigadores, sin embargo, no se ha profundizado en este tema hasta la fecha. Si bien esta modalidad terapéutica surgió en 1974, la primera publicación de un ensayo clínico sobre el tema se dio veinte años después, la mayoría de los estudios incluidos en esta revisión bibliográfica se realizaron entre el 2014 al 2017.

Los estudios clínicos, aleatorizados y controlados sobre la efectividad de esta modalidad terapéutica son escasos, lo que puede estar relacionado con las dificultades asociadas con los procedimientos logísticos, el financiamiento y el reclutamiento de participantes. La mayor implicación de esta situación es la ausencia de evidencia de "causa-efecto" de alto nivel, sin embargo, se puede considerar que las publicaciones disponibles ya aportan evidencias que apoyan el uso seguro de la danza y sus beneficios que incentivan su aplicación.

La presente revisión bibliográfica resume la evidencia encontrada, organizando datos de estudios de intervención con diseños experimentales, cuasi experimentales, observacionales con grupos de comparación para intervenciones de danza para personas mayores.

Existe evidencia de que la danza senior ha demostrado ser efectiva, provocando resultados positivos en las actividades de la vida diaria, los aspectos psicológicos y la calidad de vida en adultos mayores, que coinciden con las investigaciones de Bernardes (2011), Calero et al. (2016), Carvalho et al. (2017), López (2016).

Las mujeres mayores formaron el grupo más grande en los estudios en referencia al género, esto debido a que estaban más preocupadas por su salud e involucradas en actividades terapéuticas, en comparación con los hombres. Si bien el baile recreativo fue creada para el ejercicio de los Adultos mayores, su uso ha sido ampliamente difundido en diferentes escenarios.



Esto ha aumentado las posibilidades para su uso, pero como ocurre con otras intervenciones terapéuticas, es necesario saber qué protocolos de tratamiento se pueden utilizar para lograr los resultados esperados, es por esto que se determina que el baile recreativo es un complemento ideal para el tratamiento antidepresivo y la mejora de la autoestima coincidiendo con los resultados del estudio de Bernardes (2011). El análisis de los estudios seleccionados enfatizó la importancia de una intervención prolongada, sistemática y controlada para obtener resultados positivos, algo que no coincide con las investigaciones de Alipio et al. (2017) y Adam et al. (2016).

La danza en todas sus variantes ha sido investigada como una alternativa para mejorar varias dimensiones de la salud de los individuos, por lo que los instrumentos utilizados para medir los resultados de interés son numerosos y variados, estos instrumentos son esenciales para dar validez a los resultados, esto difiere con los resultados del estudio de López (2016), en los cuales se da poca relevancia a los instrumentos de medición y se cree que son prescindibles.

Se observó mediante los resultados las mejoras en la calidad de vida luego de participar en el baile, lo que significa que el movimiento corporal, acompañado de música, estimula la memoria, la atención y la concentración, además de promover la socialización y crear lazos de amistad, aumentando la alegría y motivación de los participantes, haciendo de la actividad física una excelente opción de tratamiento terapéutico, que puede ser utilizado por diferentes profesionales del campo de la salud.

En cuanto a la evaluación funcional, a través de los resultados analizados se encontró que la danza proporcionó a las personas una mayor estabilidad, mejor equilibrio y agilidad y se redujo significativamente el miedo a caerse, a la vez se evidenció un aumento en la capacidad para realizar actividades de la vida diaria, esto concuerda con las investigaciones de Eyigor et al. (2009), Vankova et al. (2014) y Bernardes (2011).

Otra de las mejoras que se pudo observar fueron en el componente cognitivo y psicológico, así como la reducción de síntomas de fatiga, además predisposición y aumento de



la voluntad de participar en actividades sociales, esto demuestra que la danza puede tener repercusiones en la salud mental, este concepto tiene concordancia con lo manifestado en el estudio de Carvalho et al. (2017).

Después de realizar el análisis de los documentos científicos de esta revisión bibliográfica se pudo determinar la importancia del baile y sus múltiples beneficios que conlleva la practica de la misma en adultos mayores, esto en comparación con otro tipo de actividades físicas como caminar, subir escalones y ejercicios de relajación, llevados acabo en los estudios de Adam et al. (2016), Pylvänäinen et al. (2015) y Eyigor et al. (2009) que mostraron las mejoras en la parte física, pero queda muy limitado a los beneficios globales que brinda la practica del baile.

5.4 Limitaciones en el estudio

La presente revisión bibliográfica se realizó utilizando múltiples bases de datos, la búsqueda fue realizada en tres idiomas, a pesar de estas características, el número de estudios recuperados no fue el esperado, esto puede considerarse como una limitación, el escaso número de documentos científicos incluidos en esta revisión bibliográfica puede justificarse por el bajo número de estudios que se han realizado sobre este tema hasta la fecha, otra limitación fue la dificultad de encontrarlos, esto se debe a que no existen términos estandarizados que designen este tipo de terapia en las bases de datos. Cabe recalcar que existen expresiones que, en un principio, pueden interpretarse como sinónimos de danza recreativa o correspondientes a ella, como “danza movimiento terapia”, “danza social” o “danza senior”, sin embargo otra limitante a considerar es que durante la búsqueda de documentos científicos se pudo recuperar un solo documento científico que contenga el título de baile recreativo y que se asocie al estudio de las variables de autoestima y depresión en adultos mayores.

Otras limitaciones de los estudios analizados fueron el bajo número de participantes como en el estudio de Alípio et al. (2017), también se evidencio la falta de grupos de control como en



el estudio de Haboush et al. (2006) y lo más importante, la ausencia de descripciones del repertorio utilizado en cada sesión, esta es una constante que se pudo ver en la mayoría de estudios.

5.5 Conclusiones

- Por medio de este trabajo investigativo se Identifico los beneficios del baile recreativo en los adultos mayores, debido a que se le considera como una actividad que favorece en gran medida a la depresión y autoestima, por medio de la música y el movimiento se reduce el estrés y la ansiedad, generando sentimientos de bienestar, mejorando el humor, por otra parte, ayuda a superar pensamientos de soledad. Se conoce que el baile favorece a estos trastornos psicológicos, pero se debe tener presente que en el caso de que el adulto mayor presente un síndrome depresivo alto, el baile no puede reemplazar la medicación otorgada por su médico tratante, esta actividad debe ser de tipo recreativa con el fin de generar un ambiente agradable para el adulto mayor.
- En varios estudios se evidencio una serie de beneficios físicos y sociales que provoca las actividades de tipo recreativas aplicadas con regularidad durante un periodo prolongado. Con respecto a la parte física, el baile ayuda a fortalecer la masa muscular, mejora la coordinación, equilibrio, flexibilidad, resistencia y ayuda a la postura corporal, mientras que, en la parte social, ayuda a crear lazos de amistad, favorece en las relaciones con el entorno que lo rodea y ayuda a superar la timidez. Se pudo corroborar que la música genera un estado de bienestar y se le considera como un efecto antidepresivo en los adultos mayores, además, cumple la función de distractor para realizar actividad física y retardar los efectos del cansancio, lo cual sumado al movimiento corporal que se realiza



en el baile, favorece al funcionamiento físico y cognitivo, generando una salida positiva para los participantes.

- Cabe recalcar que dos estudios no encontraron diferencias significativas en los resultados después de aplicar la intervención, ambos tenían como similitud un tamaño de muestra reducido y un tiempo de aplicación limitado, esto se puede interpretar a que el baile recreativo utilizado como terapia debe ser aplicado a una muestra de tamaño significativamente grande dado que esto ayuda a la interacción social entre las personas, también se debe tratar de mantener por un periodo prolongado la práctica de baile con el fin de que el tiempo de la intervención sea el necesario para provocar un efecto positivo.
- Dentro del análisis que se realizó en esta revisión bibliográfica se pudo evidenciar que pacientes que ingerían medicamentos antidepresivos luego de la intervención hubo una disminución en la ingesta de estos medicamentos (Pylvänäinen et al., 2015), esto puede variar según cada paciente y está estrechamente ligado a otros factores.

5.6 Recomendaciones

- Los resultados de la presente revisión bibliográfica contribuyen a la necesidad de ensayos clínicos controlados y aleatorizados que incluyan a personal capacitado con formación adecuada en baile, acompañado de ser posible de un fisioterapeuta, es imprescindible describir explícitamente la coreografía utilizada, con el fin de poder sentar una guía la cual sirva para ser replicada.
- Los resultados investigados deben continuar realizándose para mejorar el nivel de evidencia de la danza recreativa en adultos mayores.
- Es necesario crear o diseñar un protocolo de baile para adultos mayores, con el fin de que ese estudio realizado sirva como base estructurada para futuros programas de baile



recreativo en adultos mayores, con el fin de realizar esta actividad de una manera más segura y placentera evitando posibles daños o lesiones.

- Usar la danza para personas mayores para promover mejoras en el equilibrio, el desempeño de las actividades diarias, la memoria, la planificación y la calidad de vida, y para disminuir el estado de ansiedad y el miedo a las caídas.
- Los terapeutas deben considerar la danza como una modalidad de tratamiento cuando trabajen con adultos mayores con síntomas depresivos o en riesgo de padecerla, de igual manera personas que padecen de baja autoestima, ya que las intervenciones estructuradas de danza se han relacionado con la mejora del autoestima.
- Se recomienda asesorarse con un instructor de baile calificado y/o con el especialista certificado en recreación terapéutica que brinde asistencia para adaptar los pasos y movimientos de baile en función de las habilidades y necesidades individuales de cada persona.
- Las intervenciones de danza deben tener un nivel de intensidad moderado para la actividad física, con una duración mínima de una hora. Las sesiones deben incluir un calentamiento estructurado, seguido de pasos de baile, un descanso y finalmente un período de vuelta a la calma.
- Se recomienda que la intervención de baile sea aplicada de manera grupal, debido a los beneficios que proporciona la interacción social.
- Los programas de danza deben ofrecerse dos o tres veces por semana durante 10 a 15 semanas. El tamaño del grupo puede variar, aunque se recomienda que se trabaje con grupos grandes con un tamaño de muestra mínimo de 25 personas, esto dependerá de las limitaciones de espacio físico y los requisitos de estilo de baile.



Referencias Bibliográficas

- Adam, D., Ramli, A., & Shahar, S. (2016). Effectiveness of a combined dance and relaxation intervention on reducing anxiety and depression and improving quality of life among the cognitively impaired elderly. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 16(1), e47.
- Aguilar-Navarro, S., & Ávila-Funesa, J. A. (2007). La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gaceta médica de México*, 143(2), 141-148.
- Akandere, M., & Demir, B. (2011). The effect of dance over depression. *Collegium antropologicum*, 35(3), 651-656.
- Alvarado, B., Zunzunegui, M., Béland, F., & Bamvita, J. (2008). Life course social and health conditions linked to frailty in Latin American older men and women. *Journals of Gerontology: Medical Sciences*, 63, 1399-1406.
- Álvarez, R. (2001). *Temas de Medicina General Integral*. Habana: Tomo I. Edit. Ciencias Médicas.
- Arruza, J. A., Arribas, S., Gil De Montes, L., Irazusta, S., Romero, S., Cecchini, J.A. (2008). Repercusiones de la duración de la Actividad Físico-deportiva sobre el bienestar psicológico. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 8(30), 171-183.
<http://cdeporte.rediris.es/revista/revista30/artrepercusiones83.htm>
- Baque Quimí, N. M. (2019). *Incidencias de bailes populares para mantener el estilo de vida en adultos mayores mediante actividades recreativas* (Bachelor's thesis, Universidad de Guayaquil, Facultad de Educación Física, Deportes y Recreación).
- Barbour, K. A., & Blumenthal, J. A. (2005). Exercise training and depression in older adults. *Neurobiology of aging*, 26(1), 119-123.



- Bungay, H., Hughes, S., Jacobs, C., & Zhang, J. (2020). Dance for Health: the impact of creative dance sessions on older people in an acute hospital setting. *Arts & health*, 1-13.
- Burnham, J. F. (2006). Scopus database: a review. *Biomedical digital libraries*, 3(1), 1-8
- Calero Morales, S., Klever Díaz, T., Caiza Cumbajin, M. R., Rodríguez Torres, Á. F., Analuiza, A., & Fabián, E. (2016). Influencia de las actividades físico-recreativas en la autoestima del adulto mayor. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 35(4), 366-374.
- Cross, K., Flores, R., Butterfield, J., Blackman, M., & Lee, S. (2012). The effect of passive listening versus active observation of music and dance performances on memory recognition and mild to moderate depression in cognitively impaired older adults. *Psychological Reports*, 111(2), 413-423.
- Crumbie, V., Olmos, F., Watts, C., Avery, J., & Nelson, R. (2015). The impact of dance interventions on mood and depression in older adults. *Therapeutic Recreation Journal*, 49(2), 187.
- Dander López, E. V., & Jiménez Garcés, C. (2013). SÍNTOMAS FÍSICOS RELACIONADOS CON DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS DE EDAD EN EL CSRD. SANTA CATARINA TABERNILLAS. ESTADO DE MÉXICO, FEBRERO 2013.
- De Febrer de los Ríos, Soler Vila. (1989) *Cuerpo dinamismo y vejez*. INDE Publicaciones, Barcelona.
- Douse, L., Farrer, R., & Aujla, I. (2020). The Impact of an Intergenerational Dance Project on Older Adults' Social and Emotional Well-Being. *Frontiers in psychology*, 11, 2340.
- Eyigor, S., Karapolat, H., Durmaz, B., Ibisoglu, U., & Cakir, S. (2009). A randomized controlled trial of Turkish folklore dance on the physical performance, balance, depression and quality of life in older women. *Archives of gerontology and geriatrics*, 48(1), 84-88.
- Fernández. (2004). Las Endorfinas. El Magazine.



Fernández-Ballesteros, R. (2004). La psicología de la vejez. *Encuentros multidisciplinares*.

Gallegos, A. (2019). Effects of Dance on Depression, Physical Function, and Disability in Underserved Adults.

González, A. M. (2005). Incidencia de la Actividad Física en el adulto mayor. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte/International Journal of Medicine and Science of Physical Activity and Sport*, 5(20), 222-236.

Gouvêa, J. A. G., Antunes, M. D., Bortolozzi, F., Marques, A. G., & Bertolini, S. M. M. G. (2017). Impact of Senior Dance on emotional and motor parameters and quality of life of the elderly. *Rev Rene*, 18(1), 51-58.

Guías Gerontogerítricas del Adulto Mayor Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2008). Quito.

Gutiérrez, G. S., Elizondo, J. H., & Moncada, J. (2013). Efecto agudo de dos intensidades de tango (baja y moderada) sobre el estado de ánimo de adultos mayores/The acute effect of two intensities of tango (low and moderate) on mood states and perceived exertion in older adults. *Actualidades en psicología*, 27(114), 55-70.

Haboush, A., Floyd, M., Caron, J., LaSota, M., & Alvarez, K. (2006). Ballroom dance lessons for geriatric depression: An exploratory study. *The Arts in psychotherapy*, 33(2), 89-97.

Hwang, P. W. N., & Braun, K. L. (2015). The effectiveness of dance interventions to improve older adults' health: a systematic literature review. *Alternative therapies in health and medicine*, 21(5), 64.

INEC. La población adulto mayor en la ciudad de Quito. Estudio de la situación sociodemográfica y socioeconómica Quito: Ecuador en cifras ; 2008.



- Katon, W. y Schulberg, H. (1992). Epidemiología de la depresión en atención primaria. *Psiquiatría general del hospital* , 14 (4), 237-247.
- LEVITINI. (2002). El Estrés. Un abordaje múltiple. Buenos Aires: Ed. Policial.
- Linares Ramírez, L. L. (2016). *Baile y transformación subjetiva: un estudio de los efectos del baile en el grupo Al Compás de la Universidad EAFIT de Medellín* (Bachelor's thesis, Universidad EAFIT).
- López Cabezas, C. L. (2016). *La bailoterapia en la autoestima del adulto mayor del proyecto San Moises del barrio Miraflores, canton Huaquillas, provincia El Oro, 2016* (Bachelor's thesis, Universidad Estatal de Bolívar. Facultad de Ciencias de la Educación, Sociales, Filosóficas y Humanísticas. Carrera Educación Física Deportes y Recreación).
- Marcos, G. (2015). Actividades recreativas en adultos mayores internos en un hogar de ancianos. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(1), 0-0.
- Marks, R. (2016). Narrative review of dance-based exercise and its specific impact on depressive symptoms in older adults. *AIMS Medical Science*, 3(1), 61-76.
- McAuley, E., Blissmer, B., Katula, J., Duncan, T. E., & Mihalko, S. L. (2000). Physical activity, self-esteem, and self-efficacy relationships in older adults: a randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 22(2), 131-139.
- Melo, C. C. D., Costa, V. T. D., Boletini, T. L., Freitas, V. G. D., Costa, I. T. D., Arreguy, A. V., & Noce, F. (2018). A Influência do Tempo de Prática de Dança de Salão nos Níveis de Depressão de Idosos. *Revista de psicología del deporte*, 27(4), 0067-73.
- Méndez, D. R., Montero, W. E. H., & Mora, L. C. S. (2016). Comparación de los niveles de autoestima según el género y el nivel de actividad física en dos grupos de personas adultas mayores. *MHSalud*, 13(1), 1-12.



- Moledo, C. P., & López, J. C. (2013). ¿ Podemos mejorar nuestra salud mental a través de la Danza?: una revisión sistemática. *Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, (24), 194-197.
- Moscoso, D., Moyano, E., Biedma, L., Fernandez-Ballesteros, R., Martín, M., Ramos, C., Rodriguez-Morcillo L., Serrano del Rosal, R. (2009). Deporte, salud y calidad de vida. Fundación " la Caixa". http://investigacionsocialdeporte.com/es/wpcontent/uploads/informes/vol26_sencer_es.pdf
- Murrock, C. J., & Graor, C. H. (2014). Effects of dance on depression, physical function, and disability in underserved adults. *Journal of aging and physical activity*, 22(3), 380-385.
- Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores. Ginebra ; 2017.
- Organización Panamericana de La Salud (1994). Organización Mundial de la Salud. La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa. Washington, DC; EE.UU.
- Ortiz Arriagada, J. B., & Castro Salas, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia: Contribución de enfermería. *Ciencia y enfermería*, 15(1), 25-31.
- Osgood, N. J., Meyers, B. S., & Orchowsky, S. (1990). The impact of creative dance and movement training on the life satisfaction of older adults: An exploratory study. *Journal of Applied Gerontology*, 9(3), 255-265.
- Packer, A. L., Biojone, M. R., Antonio, I., Takenaka, R. M., García, A. P., Silva, A. C. D., ... & Delbucio, H. C. R. F. (1998). SciELO: uma metodologia para publicação eletrônica. *Ciência da informação*, 27(2), nd-nd.
- Palomeque Flores, A., & Pedralta Miranda, E. (2013). Prevalencia de depresión y factores asociados en el adulto mayor en la parroquia de Cañaribamba, Cuenca, 2013.



- Pérez Martínez, V. T., & Arcia Chávez, N. (2008). Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. *Revista Cubana de medicina general integral*, 24(3), 0-0.
- Pineda, A. E. L., & Vega, E. L. (2001). Inventario de autoestima para adultos ALPEL Forma-AD. *Revista de Investigación en Psicología*, 4(1), 67-83.
- Pylvänäinen, P. M., Muotka, J. S., & Lappalainen, R. (2015). A dance movement therapy group for depressed adult patients in a psychiatric outpatient clinic: effects of the treatment. *Frontiers in psychology*, 6, 980.
- Riego. *Apuntes Actividad Física en 3ª edad*. 5º INEF. León.
- Rodríguez Daza, K. D. (2011). *Vejez y envejecimiento*. Editorial Universidad del Rosario.
- Salas, C. G. S. (1995). Beneficios de la danza o el baile terapéutico para las personas de la tercera edad. *Revista Educación*, 19(2), 65-70.
- Sampayo, S. (2006). *Bailar para adelgazar y divertirse*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Santos, D. P. M. A., Queiroz, A. C. D. C. M., Menezes, R. L., & Bachion, M. M. (2020). Effectiveness of senior dance in the health of adults and elderly people: An integrative literature review. *Geriatric Nursing*, 41(5), 589-599.
- Silva Ayçaguer, L. C. (2012). El índice-H y Google Académico: una simbiosis cuantitativa inclusiva. *Acimed*, 23(3), 308-322.
- Soljancic, M. G. B. (2011). Influencia del baile recreativo en el estado de ánimo y autoestima de personas adultas. *Eureka (Asunción) en Línea*, 8(2), 241-253.
- Song, M. R., & Song, L. R. (2014). Analysis of quality of life among middle aged and elderly women participating in health dance exercise. *International Journal of Bio-Science and Bio-Technology*, 6(3), 163-168.



Teorías del envejecimiento referencia: DE LOURDES, V. S. M. (2019). TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO Y CAMBIOS BIOPSIICOSOCIALES.

Vankova, H., Holmerova, I., Machacova, K., Volicer, L., Veleta, P., & Celko, A. M. (2014). The effect of dance on depressive symptoms in nursing home residents. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(8), 582-587.

Waters, W., & Gallegos, C. (2010). Salud y Bienestar del Adulto Mayor Indígena. Ecuador.