



## Evaluación de la participación en actividades de ocio en personas mayores: el papel del entorno de residencia, género, estado de salud y depresión

Laura RUBIO<sup>1</sup>, Lourdes ARANDA<sup>2</sup> y Cristina G. DUMITRACHE<sup>1</sup>

<sup>(1)</sup>Universidad de Granada, España

<sup>(2)</sup>Universidad de Málaga, España

*(Recibido el 11 de Diciembre de 2019, Aceptado el 27 de Julio de 2020)*

**RESUMEN:** La participación en actividades de ocio tiene importantes beneficios para la salud y el bienestar de los mayores. Sin embargo, existen diversos factores que pueden condicionar la participación como el entorno de residencia, el género o el estado de salud físico y mental. El objetivo de este trabajo ha sido, por un lado, analizar la influencia del entorno residencial urbano o rural, del género y de la depresión sobre las prácticas de ocio y, por otro lado, determinar el posible papel mediador del estado de salud en la relación entre la depresión y la participación en actividades de ocio. Participaron en el estudio 139 personas ( $M_{edad} = 69.16$ ;  $DT = 9.64$ ) que contestaron un cuestionario ad hoc que incluía los diversos instrumentos utilizados. Los resultados indican un nivel mayor de actividad en las mujeres y en los residentes del entorno rural, y diferencias de género y según el contexto residencial en diferentes actividades analizadas individualmente. El análisis de mediación muestra que el 58.3% del efecto negativo de la depresión sobre la participación en actividades de ocio se produce a través de la influencia sobre el estado de salud percibido. Estos resultados pueden ser de utilidad para el diseño de estrategias que permitan el aumento de la participación de las personas mayores.

**Palabras clave:** estado emocional; actividades; envejecimiento.

*Evaluation of Participation in Leisure Activities in Old Age: the Role of Residential Environment, Gender, Health Status and Depression*

**ABSTRACT:** Being involved in leisure activities has many advantages for older adults' health and well-being. Nevertheless, there are many aspects that can determine the level of participation in leisure activities, such as the context where people live, gender and their mental and physical health status. Due to it the aim of this study was, on the one hand to analyse the influence of the urban or the rural context, gender and depression on the level of leisure activities participation, and on the other hand to test the mediational role of health status in the link between depression and leisure activities participation. A total number of 139 older people ( $M_{age} = 69.16$ ;  $SD = 9.64$ ) answered an ad hoc questionnaire that includes the different instruments used. Results showed that women and people living in rural areas have a higher rate

of leisure participation. The mediation analysis showed that a 58.3% of the negative effect that depression had on participating in leisure activities is due to the influence of perceived health status. These results could be useful for the design of strategies aimed at increasing older adults' level of leisure participation.

**Keywords:** Emotional Status; Activities; Ageing.

*Correspondencia:* Lourdes Aranda. Bulevard Louis Pasteur, s/n, 29010. Málaga. E-mail: [maragar@uma.es](mailto:maragar@uma.es)

## Introducción

La implicación en actividades físicas y de ocio tiene múltiples beneficios para la salud y el bienestar de las personas mayores (Ju, 2017; Moretti-Luchesi et al., 2018). El nivel de actividad es uno de los factores psicosociales más influyentes en la satisfacción con la vida (Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Ruiz, 2001), en el bienestar (Michèle et al., 2017) y en la calidad de vida (Jeong y Park, 2020).

Además, algunas investigaciones apuntan a que la participación de los mayores en diferentes actividades es un indicador relevante del envejecimiento con éxito, ya sean actividades formativas como actividades de ocio (Rodríguez, Látková y Sun, 2007).

Las teorías basadas en la psicología del desarrollo humano, tales como el modelo de selección optimización y compensación (Baltes y Baltes, 1990) y la teoría de la selectividad socioemocional (Carstensen, 1999), que intentan explicar el envejecimiento con éxito desde una perspectiva psicológica, plantean que el mantenimiento del bienestar depende de la capacidad de las personas mayores de seleccionar metas vitales relevantes y de asignar recursos para poder alcanzar dichas metas (Burnett-Wolle y Godbey, 2007).

El modelo de selección, optimización y compensación (Baltes y Baltes, 1990) plantea la existencia de un conjunto de estrategias que permiten a la persona mayor enfrentarse al deterioro de las capacidades físicas y cognitivas (Rubio-Herrera, 2004). Del mismo modo, según la teoría de la selectividad socioemocional (Carstensen, 1990), la percepción que tenemos del tiempo influye en el tipo de metas que nos planteamos (Baltes y Carstensen, 1999). En las etapas en las que el tiempo se percibe como limitado, la motivación de las personas tiende a centrarse en las metas a corto plazo que suponen la regulación emocional, el mantenimiento de la identidad y del bienestar (Adams, 2004; Baltes y Carstensen, 1999; Cacioppo et al., 2008). De este modo las personas mayores seleccionan las metas más relevantes (Baltes y Carstensen, 1999). Este proceso de selección ocurre también en el caso de las actividades de ocio, por ejemplo, cuando hay un deterioro importante de la salud de la persona mayor, hay cambios en las actividades de ocio que la persona realiza, pero a la vez, también hay cierta continuidad que le permite a la persona mayor mantener su nivel de bienestar a pesar de las pérdidas que está experimentando (Burnett-Wolle y Godbey, 2007).

Por otro lado, trabajos recientes ponen el énfasis en la importancia que los mayores dan a las actividades de ocio, en general, para afrontar exitosamente el paso a la etapa de la vejez (Dattilo, Mogle, Lorek, Freed y Frysinge, 2017). Para Michèle et al. (2017) las actividades de ocio podrían actuar como estrategias de afrontamiento que permiten a las personas mayores contrarrestar el efecto acumulativo de diferentes factores de riesgo asociados al proceso de envejecimiento.

Otro factor relevante para el mantenimiento del bienestar es la participación social. La participación social es definida por Bukov, Maas y Lampert (2002) como la realización de acciones donde algunas personas comparten una parte de sus recursos con otros. Por un lado, a través del intercambio social se aportan recursos al entorno social, y por otro, se obtienen recursos del medio ambiente. En definitiva, la participación social es tomada en términos de las consecuencias de las actividades para el entorno social. Dicha participación social tiene un fuerte impacto positivo en la salud de las personas mayores, tanto física como psicológicamente (Bukov et al., 2002) y, por tanto, favorece el bienestar y la calidad de vida en la población de personas mayores.

Las personas que muestran unos niveles muy altos de participación tanto en actividades formativas, de ocio, o realizando ejercicio físico, tienen una red social amplia y, por tanto, un gran apoyo social, lo que en conjunto contribuye a una vejez muy satisfactoria (Fernández-Ballesteros et al., 2001). Además, algunos trabajos también encuentran que la participación en grupos tanto formales como informales y las salidas de ocio en los últimos años de vida de las personas, son un indicador determinante en el estado de salud percibido en la población mayor (Choi, DiNitto y Marti, 2016). Contrariamente, investigaciones previas relacionan la inactividad y unas relaciones sociales pobres con un alto nivel de morbilidad y mortalidad y bajos niveles de bienestar en la población mayor (Anand, 2014; Buchman et al., 2014; Robins, Hill, Finch, Clemson y Haines, 2018).

La participación social es, además, uno de los pilares del envejecimiento activo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002). Según la OMS el envejecimiento activo hace referencia al “proceso de optimizar oportunidades para la salud, participación y la seguridad con el fin de promover la calidad de vida a medida que se envejece” (OMS, 2002 p. 12).

Dadas todas las consecuencias positivas de la participación social resulta fundamental identificar aquellos factores que podrían tener un impacto negativo en la participación social y en actividades de ocio de las personas mayores. Entre las barreras para la participación social de las personas mayores los estudios previos destacan factores como el estado de salud percibido (Vogelsang, 2016), el deterioro de la salud y del estado funcional (Bukov et al., 2002; Goll, Charlesworth, Scior, y Stott, 2015; Wilkie, Peat, Thomas, y Croft, 2007), el nivel de autoestima (Principi, Schippers, Naegele, Di Rosa, y Lamura, 2015), la pérdida de la red social, la ausencia de apoyo formal en la comunidad o falta de oportunidades para participar en la comunidad (Goll et al., 2015; Rozanova et al., 2015), un nivel socioeconómico bajo (Bukov et al., 2002; Rozanova, Keating, y Eales, 2012; Wilkie et al., 2007), la profesión de las personas antes de jubilarse (Wilkie et al., 2007), el género y la edad (Bukov et al., 2002) o el entorno en el que habita la persona (Rozanova et al., 2012; Vogelsang, 2016).

En estudios previos se han observado diferencias según el género en la participación en diferentes actividades de las personas mayores. Por un lado, Li et al. (2017) señalan que la actividad física, además de disminuir con la edad, disminuye más rápidamente en las mujeres que en los hombres, por tanto, se observan niveles más bajos de actividad física en mujeres que en hombres mayores (Agahi y Parker, 2002; Li et al., 2017; Zhang, Feng, Lacanienta, y Zheng, 2016). Por otro lado, también se ha observado que los hombres realizan con más frecuencia que las mujeres tareas de jardinería o leer el periódico (Agahi y Parker, 2002; Zhang et al., 2016); sin embargo, las mujeres mantienen una red social más fuerte que los hombres a lo largo de su vida, por ejemplo, con la familia y con la comunidad en general (Tobiasz-Adamczyk et al., 2017;

Zhang et al., 2016), participando con más frecuencia que los hombres en actividades sociales o religiosas (Agahi y Parker, 2002).

En relación a las diferencias en participación social entre las personas mayores que habitan en el medio rural y urbano, tal y como apunta Vogelsang (2016) hay pocos estudios que hayan analizado este aspecto, ya que la mayoría de los estudios se centran en la participación social de mayores que viven en el ámbito urbano (Therrien, y Desrosiers, 2010). Además, los pocos estudios disponibles tienen resultados contradictorios (Vogelsang, 2016). Así, mientras Therrien y Desrosiers (2010) no encontraron diferencias en participación social entre mayores que viven en el ámbito rural y urbano, estudios realizados posteriormente ponen de manifiesto que las personas mayores que habitan en el ámbito urbano tienen mayores tasas de participación social que los que habitan en el ámbito rural (Meng y Chen, 2014; Vogelsang, 2016).

Otro factor de riesgo de la inactividad, aislamiento social y una barrera para la participación social por parte de los mayores sería una deteriorada salud mental, en concreto padecer depresión (Bukov et al., 2002; Fiske, Loebach Wetherell y Gatz, 2009; Hao et al., 2017). Según la OMS (2017) la depresión es un trastorno mental común, que se caracteriza por una tristeza persistente y una pérdida de interés en las actividades que normalmente disfruta, junto con la imposibilidad de llevar a cabo las actividades diarias, durante al menos dos semanas. Esta pérdida de interés en la realización de actividades podría influir de manera negativa en la participación social y de ocio de mayores, aunque en la literatura científica la participación social se estudia como predictor del deterioro de salud mental (Blazer, 2003).

Debemos destacar el alto índice de depresión que se observa entre la población de adultos mayores, e incluso el preocupante número de suicidios que se registra (Corna, Cairney y Streiner, 2010; Wolitzky-Taylor, Castriotta, Lenze, Stanley y Craske, 2010; Xiang, Danilovich, Tomasino y Jordan, 2017). En una encuesta reciente realizada en España el 46.7% de las personas mayores decía sentirse deprimida, además los cuadros depresivos activos incrementaban conforme lo hacía la edad (IMSERSO, 2017).

Un factor relevante en la aparición y prevalencia de la enfermedad de la depresión en personas mayores, es el aislamiento social (Ponce de León y Cabello, 2017; Zeng, 2006), siendo el área geográfica donde las personas tienen su residencia un aspecto clave, ya que en las áreas rurales hay gran escasez de recursos socioculturales, asistenciales y de ocio (Monreal Bosch, Valle Gómez y Serda Ferrer, 2009), y por tanto hay una dificultad mayor de participación social que en áreas urbanas. Algunos estudios muestran cómo hay una mayor incidencia de la depresión en poblaciones rurales que en poblaciones urbanas, y por tanto dándose una menor satisfacción con la vida en las personas mayores de áreas rurales que en los mayores residentes en áreas urbanas (Montesó et al., 2012).

Cabe destacar los trabajos que apuntan a la estrecha relación entre los síntomas depresivos y la autopercepción de salud en personas mayores. De hecho, estos estudios señalan la importancia de detectar y tratar los síntomas de dicho problema de salud mental en la población mayor, ya que la mejora de los síntomas de depresión se asocia con una valoración positiva del estado de salud y de la vida en general de este colectivo de personas (Han, 2002; Ormel et al., 1998).

Por ello, el objetivo de este trabajo fue doble: por un lado, determinar si existen diferencias en la participación social de personas mayores en función del contexto de residencia, del género

y del nivel de depresión; y por el otro, explorar el posible papel mediador del estado percibido de salud en la relación entre depresión y participación en actividades de ocio.

## Método

### *Participantes*

La muestra estuvo compuesta por 139 personas con edades comprendidas entre los 55 y los 94 años ( $M_{\text{edad}} = 69.16$ ;  $DT = 9.64$ ), de las cuales más de la mitad (64.7%) eran mujeres. En lo que concierne al estado civil, un 63.3% estaban casados o tenía pareja, mientras que un 22.3% eran viudos, el 5.8% estaban solteros y un 8.6% separados. Respecto al nivel de estudios solo un 9.4% de los participantes no sabía leer ni escribir, el 40.3% tenía estudios primarios, el 28.8% secundarios o bachillerato y un 21.6% estudios universitarios. En relación al estado de salud percibido, el 2.2% de los participantes consideraba su estado de salud muy malo, un 8.6% malo, el 24.5% regular, el 48.9% como bueno y un 15.8% como muy bueno. Todos los participantes procedían de la provincia de Granada, 92 de los participantes de una zona urbana (54 mujeres y 38 hombres) y 47 de una zona rural (36 mujeres y 11 hombres). El muestreo utilizado para la inclusión de los participantes fue por conveniencia. Se publicitó el estudio en centros de participación activa de la zona urbana y en el ayuntamiento de la zona rural y los participantes acudían voluntariamente para participar en el mismo.

### *Instrumentos*

*Versión abreviada de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS; Sheikh y Yesavage, 1986; Martínez et al., 2002).* Este inventario consta de 15 ítems con un formato de respuesta dicotómico (Sí o No) y proporciona una puntuación que permite un cribado de depresión en personas mayores. La adaptación al castellano (Martínez et al., 2002) mostró un valor de fiabilidad adecuado ( $\alpha$  de Cronbach = .994), además de una fiabilidad interobservador aceptable e intraobservador muy buena medidas a través del índice de Kappa ponderado. En el presente estudio el valor de fiabilidad mediante  $\alpha$  de Cronbach fue de .81.

*Estado de salud percibido.* Para evaluarlo se utilizó una única pregunta (¿Cómo valora su estado de salud general?) con cinco opciones de respuesta (1= Muy malo; 2= Malo; 3= Regular; 4= Bueno; 5= Muy bueno).

*Nivel de participación.* Teniendo en cuenta la oferta de actividades en el entorno urbano y rural de la muestra y a partir de estudios previos (IMSERSO, 2006, 2014), se construyó un instrumento que incluía 15 preguntas dicotómicas (de respuesta Sí o No) para recabar la información sobre la participación en 15 actividades de ocio. Estas actividades se clasificaron en: formativas (1. Clases de informática, aula de mayores o colegio de adultos); religiosas (2. Acudir a la iglesia); físicas (3. Paseo tranquilo, 4. Caminar, 5. Gimnasio, 6. Natación, 7. Taichí, 8. Yoga, 9. Pilates); relacionadas con el entorno residencial (10. Actividades en el ayuntamiento); relacionadas con el entorno doméstico (11. Tareas domésticas, 12. Manualidades o coser, 13. Cuidar huerto o jardinería, 14. Cuidar animales de compañía); y sociales (15. Visitar o quedar con familiares

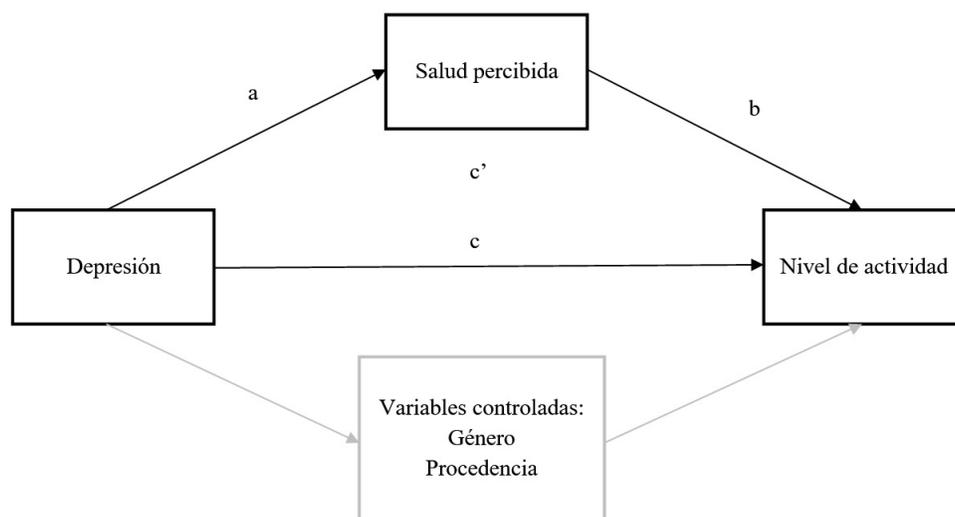
y amigos). Con las respuestas obtenidas en estas preguntas se calculó el nivel de actividad total como un sumatorio del número de actividades realizadas de las 15 propuestas.

### ***Procedimiento y análisis***

Se construyó un cuestionario ad-hoc que incluía las variables sociodemográficas y todos los instrumentos anteriormente mencionados. La recogida de datos se llevó a cabo de forma individual con cada uno de los participantes, la duración aproximada era de 20 minutos. La muestra de la zona urbana procedía de la capital, mientras que los datos de la muestra rural se tomaron de un pueblo de la provincia de Granada, Dólar, que se encuentra situado a 78 kilómetros de la capital. Es un pueblo pequeño con 638 habitantes censados (Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, 2017), está rodeado igualmente por otros pueblos de las mismas características y alejado de grandes núcleos urbanos.

Para realizar los análisis estadísticos de los resultados se empleó el paquete SPSS v.20. Se realizaron comparaciones de medias mediante *t* de Student para analizar si existían diferencias en la participación en los diferentes grupos de actividades, en la actividad total, estado de salud percibido y depresión según el género y la procedencia de los participantes de la muestra. El tamaño del efecto se determinó a través de la *d* de Cohen, calculada mediante la herramienta de Lenhard y Lenhard (2016) para comparaciones de grupos de tamaño muestral diferente. En su interpretación se considera que un tamaño de efecto de .20 es pequeño, de .50 es medio y de .80 es grande (Cohen, 1988).

Por último, se utilizó el método de *bootstrapping* (Preacher y Hayes, 2004) con 5,000 remuestreos para analizar el efecto mediador del estado de salud percibido en la influencia de la depresión sobre la participación en actividades (ver Figura 1). Este análisis utiliza el remuestreo aleatorio sobre la propia muestra para estimar los efectos directos e indirectos de la variable independiente y mediadora sobre la variable dependiente. Para establecer si el efecto es significativo el modelo calcula los intervalos de confianza del remuestreo (LLCI y ULCI), si el valor 0 no está incluido en el intervalo se considera que el resultado es significativo.



**Figura 1.** Modelo de mediación propuesto

## Resultados

### *Diferencias por género y procedencia de la muestra en las variables del estudio*

En la Tabla 1 se resume la participación general en actividades y la puntuación en estado de salud percibido y depresión de los participantes en el estudio, y además se muestran los datos por género y procedencia de la muestra.

**Tabla 1.** Participación en actividades y puntuación en depresión por género y procedencia

Variabes (rango)	General (N=139)	Hombres (N=49)	Mujeres (N=90)	t	p	d	Rural (N=47)	Urbana (N= 92)	t	p	d
Formativas (0-1)	0.70 ± 0.46	0.74 ± 0.44	0.69 ± 0.46	.56	.575	.11	0.42 ± 0.49	0.84 ± 0.36	-5.70	<b>.000</b>	.97
Religiosas (0-1)	0.48 ± 0.50	0.33 ± 0.47	0.56 ± 0.49	-2.63	<b>.009</b>	.48	0.70 ± 0.46	0.36 ± 0.48	4.02	<b>.000</b>	.72
Físicas (0-7)	1.49 ± 1.06	1.61 ± 0.99	1.43 ± 1.10	.94	.346	.17	1.38 ± 0.73	1.55 ± 1.19	-1.04	.301	.17
Entorno residencial (0-1)	0.37 ± 0.48	0.16 ± 0.37	0.48 ± 0.50	-3.84	<b>.000</b>	.73	0.61 ± 0.49	0.24 ± 0.43	4.67	<b>.000</b>	.80
Entorno doméstico (0-4)	2.07 ± 1.04	1.75 ± 1.16	2.26 ± 0.94	-2.75	<b>.012</b>	.48	2.49 ± 0.93	1.87 ± 1.05	3.42	<b>.001</b>	.63
Sociales (0-1)	0.32 ± 0.46	0.29 ± 0.46	0.34 ± 0.48	-.70	.483	.11	0.49 ± 0.50	0.23 ± 0.42	2.90	<b>.005</b>	.56
Actividad total (0-15)	5.44 ± 2.02	4.87 ± 1.71	5.75 ± 2.11	-2.49	<b>.014</b>	.46	6.10 ± 1.60	5.10 ± 2.13	2.82	<b>.006</b>	.53
Salud percibida (1-5)	3.67 ± 0.92	3.67 ± 0.85	3.68 ± 0.95	-.026	.978	.01	3.65 ± 0.96	3.68 ± 0.90	-.15	.879	.03
Depresión (0-15)	3.28 ± 3.13	2.68 ± 2.93	3.61 ± 3.21	-1.66	.100	.15	3.53 ± 2.94	3.16 ± 3.24	.67	.502	.12

Como se puede observar en la Tabla 1 las mujeres tienen un nivel de actividad total mayor y además participan significativamente más en las actividades religiosas, las relacionadas con el entorno residencial y domésticas. El tamaño del efecto medido a través de la *d* de Cohen es medio en todos los casos y ligeramente más alto en el caso de la participación en actividades del entorno residencial (.73), que podría considerarse un tamaño de efecto grande.

También se observa en los resultados que las personas del ámbito rural participan en mayor medida en las actividades religiosas, del entorno residencial y doméstico, pero además también puntúan más alto en la actividad social y se implican menos en actividades formativas. Su nivel de actividad total es, asimismo, mayor que el de la muestra de zona urbana. No se observaron diferencias por género ni procedencia en depresión o estado de salud percibido. El tamaño del efecto medido a través de la *d* de Cohen de estas diferencias es grande en el caso de las actividades formativas (.97) y del entorno residencial (.80), y medio en el resto de las diferencias.

Puesto que existían diferencias según el género y procedencia de los participantes en el nivel de implicación en actividades, se controlaron estas variables en el modelo de mediación realizado posteriormente.

### **Resultados del análisis de mediación**

El análisis de mediación realizado (ver Figura 1) muestra que la vía desde la variable independiente al mediador es significativa (vía *a*), es decir, la puntuación en depresión influye sobre el estado de salud percibido ( $B = -.099$ ;  $SE = .023$ ;  $t = -4.168$ ;  $p < .001$ ). En este caso la relación entre las dos variables es negativa o inversa, al incrementar la puntuación en depresión disminuye la puntuación en el estado de salud percibido. Respecto a la vía *b*, la relación entre el mediador y la variable dependiente, también resultó significativa y de valor positivo, por lo que el estado de salud percibido se relaciona con el nivel de actividad total ( $B = .648$ ;  $SE = .181$ ;  $t = 3.565$ ;  $p < .001$ ).

Cuando se controlaba el género ( $B = .823$ ;  $SE = .350$ ;  $t = 2.349$ ;  $p < .05$ ) y la procedencia de la muestra ( $B = -.891$ ;  $SE = .351$ ;  $t = -2.538$ ;  $p < .05$ ), el efecto directo de la depresión sobre la participación (vía *c'*) no era significativo ( $B = -.046$ ;  $SE = .053$ ;  $t = -.860$ ;  $p > .05$ ). Sin embargo, el efecto total de la depresión sobre la participación en actividades (que incluye el efecto directo *c'* y el efecto indirecto *a+b*), sí resultó ser significativo y de valor negativo ( $B = -.111$ ;  $SE = .052$ ;  $t = -2.104$ ;  $p < .05$ ).

Por lo tanto, el efecto indirecto de la depresión sobre la participación en actividades a través del mediador de estado de salud percibido es significativo (LLCI =  $-.1343$ ; ULCI =  $-.0232$ ). El modelo de mediación explica un 18.9% de la varianza en la participación en actividades y además el 58.3% (LLCI =  $.1293$ ; ULCI =  $6.5286$ ) del efecto de la depresión sobre la participación en actividades ocurre a través de la influencia sobre el estado de salud percibido.

### **Discusión**

El objetivo del presente estudio fue doble, en primer lugar, determinar si existían diferencias en los niveles de participación social en personas mayores según el contexto de residencia, el género y el nivel de depresión; y, en segundo lugar, explorar el posible papel mediador del estado percibido de salud en la relación entre depresión y ocio. Dada la gran relevancia de la participación en actividades para la salud física, la satisfacción vital y el bienestar de las personas mayores (Dattilo et al., 2017; Fernández-Ballesteros et al., 2001; Ju, 2017; Moretti-Luchesi et al., 2018) es fundamental identificar aquellos factores que podrían incidir de manera negativa o positiva en la participación de las personas mayores.

En el presente estudio se ha observado que el género y el entorno urbano o rural en el que habitan las personas mayores se asocian a diferencias estadísticamente significativas en la participación social, pero no influyen en los niveles de depresión de los participantes de este estudio. Además, el análisis de mediación realizado muestra que, al controlar el género y el contexto en el que se habita, el nivel de depresión no influía de manera directa en la participación en actividades de ocio, sino que influía de manera indirecta y su efecto indirecto se explicaba a través del estado percibido de salud.

En referencia al primer objetivo, los resultados indican que las mujeres de la muestra tenían un nivel de actividad total mayor que los hombres. Además, las mujeres del presente estudio

participaban significativamente más en las actividades religiosas, las relacionadas con el entorno residencial y domésticas. Estos resultados contradicen los de estudios previos que indicaban una menor actividad de las mujeres mayores (IMSERO, 2012; Mosallanezhad, Salavati, Sotoudeh, Nilsson, y Frändin, 2014), mientras que apoyan los resultados de Agahi y Parker (2005) o Zhang et al. (2016) que observaron diferencias de género en la participación en actividades de ocio, siendo las mujeres las que realizaban actividades de tipo colectivo y sociales como el voluntariado o las actividades religiosas, mientras que los hombres elegían preferentemente actividades más individualistas como hacer deporte, leer el periódico o la jardinería.

Por otro lado, se observó que las personas del ámbito rural participaban en un mayor número de actividades que las personas que vivían en el ámbito urbano. Al analizar el tipo de actividades de ocio que realizaban los participantes, se encontró que los mayores que habitaban en el medio rural participaban en actividades sociales en mayor medida y se implican menos en actividades formativas. Estos resultados son contradictorios a los hallazgos de estudios previos que no habían encontrado diferencias en participación social entre los mayores que viven en el ámbito rural y urbano (Therrien y Desrosiers, 2010), o que habían encontrado que las personas mayores que habitan en el ámbito urbano tienen mayores tasas de participación social que los que habitan en el ámbito rural (Meng y Chen, 2014; Vogelsang, 2016) debido a la mayor oferta para realizar actividades que se observa en las zonas urbanas. Sin embargo, en el presente trabajo las personas de la zona rural se involucraban en más actividades de ocio. Teniendo en cuenta que en las áreas rurales hay gran escasez de recursos socioculturales, asistenciales y de ocio (Monreal Bosch et al. 2009), y por tanto hay una dificultad mayor de participación social que en áreas urbanas, encontrar que hay una mayor tasa de participación en actividades en el ámbito rural resulta sorprendente. Sin embargo, es posible que estas diferencias respecto a las investigaciones previas sean debidas a las características de las muestras, o la forma de medir la participación social, ya que se indagó no solo por actividades dirigidas sino también por actividades de ocio y ejercicio físico auto-gestionadas que pueden realizarse sin acudir a una asociación o centro que los organice. Es posible que en las áreas rurales haya una menor oferta de actividades dirigidas u organizadas por los ayuntamientos y asociaciones, por lo que las personas mayores que residen en estos entornos buscan alternativas de ocio participando en otro tipo de actividades organizadas por ellos mismos tales como realizar manualidades o cuidar un huerto.

Con respecto al segundo objetivo, se analizó la influencia de la depresión sobre el nivel de participación social de los participantes, pero al controlar el género y la procedencia de la muestra el efecto directo de la depresión sobre la participación en actividades de ocio no era significativo, sin embargo, el efecto total de la depresión sobre la participación sí resultó ser significativo y de valor negativo, por lo que la depresión parece influir en las prácticas de ocio de manera indirecta a través de otra variable y no de manera directa.

El efecto indirecto de la depresión sobre la participación en actividades se explicaba a través del estado de salud percibido. En este análisis de mediación se muestra que la puntuación en depresión influye sobre el estado de salud percibido y, a su vez, el estado percibido de salud influye en la participación en actividades de ocio. Al incrementar la puntuación en depresión disminuye la puntuación en el estado de salud percibido, y esta puntuación en peor percepción de salud influye en una menor participación en actividades. Por lo tanto, la depresión no actúa de manera directa disminuyendo la participación, sino que lo hace de manera indirecta al dismi-

nuir el estado percibido de salud. Asimismo, el modelo que se propone explica un 18.9% de la varianza en la participación en actividades y además el 58.3 del efecto de la depresión sobre la participación en actividades ocurre a través de la influencia a través del estado de salud percibido.

Este trabajo es el primero en estudiar el efecto de la depresión en la participación en actividades de ocio en personas mayores. En la literatura previa la participación social se estudia como predictor del deterioro de salud mental (Blazer, 2003) y no al revés. Sin embargo, los resultados del presente estudio ponen de manifiesto que la depresión, caracterizada por la pérdida de interés por la realización de actividades influye de manera negativa en la participación social y de ocio de los mayores al influir negativamente en su estado de salud percibido. Por lo que es fundamental que se pongan en marcha programas de intervención para prevenir y paliar la depresión de las personas mayores o trabajar sobre el estado de salud percibido de los mismos, de manera que no tenga un efecto tan perjudicial sobre la participación en actividades de ocio.

Aunque el presente trabajo contribuya a la literatura sobre participación social en personas mayores no está exento de limitaciones. En primer lugar, cabe destacar las limitaciones derivadas del uso del muestreo incidental no aleatorio para seleccionar a los participantes y el uso del diseño transversal descriptivo-correlacional. Debido a estas limitaciones no se pueden extrapolar los resultados de este estudio a personas mayores de otros ámbitos y tampoco se pueden establecer relaciones causales entre las variables estudiadas. Futuros estudios sobre la participación social de las personas mayores deberán estudiar muestras representativas y usar diseños longitudinales.

En segundo lugar, el presente estudio se centra exclusivamente en algunas de las variables que pueden influir en la participación en actividades de ocio de las personas mayores como la depresión o el estado de salud percibido. Así otras variables relevantes tales como el estado de salud objetivo, la personalidad, las estrategias de afrontamiento, el control sobre el ambiente, la autoeficacia o el tipo de recursos y actividades que se ofrecen no se han incluido en la presente investigación. Por ello, futuros estudios deberán estudiar la influencia conjunta de todas estas variables en la satisfacción vital.

A pesar de estas limitaciones, el presente estudio aporta información valiosa sobre las diferencias de género en la participación en actividades y también sobre cómo el entorno rural o urbano en el que se envejezca puede influir en las actividades de ocio de las personas mayores. Asimismo, los resultados sobre la influencia indirecta de la depresión en la participación en actividades de ocio son novedosos y no se habían analizado previamente en la literatura, por lo que pueden ser de utilidad para el diseño de estrategias que permitan el aumento de la participación de las personas mayores.

En conclusión, el presente estudio pone de manifiesto que el género y el entorno en el que habitan las personas mayores se asocian a diferencias en la participación social; además, el análisis de mediación realizado muestra que, al controlar el género y el contexto en el que se habita, el nivel de depresión influye de manera indirecta sobre la participación social de las personas mayores a través de la percepción del estado de salud. Para poder orientar la puesta en marcha de estrategias que fomenten la participación social de las personas mayores, y por ende fomentar su bienestar y su probabilidad de envejecer con éxito, es fundamental tener en cuenta variables como el género, el ámbito donde viven las personas mayores, así como la valoración que hacen de su estado de salud y su estado anímico.

## Referencias

- Adams, K. B. (2004). Changing investment in activities and interests in elders' lives: Theory and measurement. *The International Journal of Aging and Human Development*, 58(2), 87-108. Doi: 10.2190/0UQ0-7D8X-XVVU-TF7X
- Agahi, N., y Parker, M.G. (2005). Are today's older people more active than their predecessors? Participation in leisure-time activities in Sweden in 1992 and 2002. *Ageing & Society*, 25(6), 925-941.
- Akosilea, Ch.O., Mgbejedo, U.G., Marufa, F.A., Okoyea, E.Ch., Umeonwukab, I., y Ch., Ogunniyic, A. (2018). Depression, functional disability and quality of life among Nigerian older adults: Prevalences and relationships. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 74, 39-43. Doi: 10.1016/j.archger.2017.08.011
- Assis, L.O., de Paula, J.J., Assis, M.G., Moraes, E.N., y Malloy-Diniz, L.F. (2014). Psychometric properties of the Brazilian version of Pfeffer's Functional Activities Questionnaire. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 25, 1-7. Doi: 10.3389/fnagi.2014.00255
- Baltes, P. B., y Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. En P. B. Baltes, y M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, M. M., y Carstensen, L. L. (1999). Social-psychological theories and their applications to aging: From individual to collective. En V. L. Bengtson, y K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of theories of aging* (Second Edition ed., pp. 209-226) Springer Publishing Company.
- Blazer, D.G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 58(3), 249-265.
- Buchman, A.S., Wilson, R.S., Yu, L., James, B.D., Boyle, P.A., y Bennett, D.A. (2014). Total daily activity declines more rapidly with increasing age in older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 58, 74-79. Doi: 10.1016/j.archger.2013.08.00
- Bourassa, K.J., Memel, M., Woolverton, C., y Sbarra, D.A. (2017). Social participation predicts cognitive functioning in aging adults over time: comparisons with physical health, depression, and physical activity. *Ageing & Mental Health*, 21(2), 133-146. Doi: 10.1080/13607863.2015.1081152
- Bukov, A., Maas, I., y Lampert, T. (2002). Social participation in very old age: cross-sectional and longitudinal findings from BASE. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57(6), 510-517.
- Burnett-Wolle, S., y Godbey, G. (2007). Refining research on older adults' leisure: Implications of selection, optimization, and compensation and socioemotional selectivity theories. *Journal of Leisure Research*, 39(3), 498-513. Doi: 10.1080/00222216.2007.11950119
- Cacioppo, J. T., Hawley, L. C., Kalil, A., Hughes, M. E., Waite, L., y Thisted, R. A. (2008). Happiness and the invisible threads of social connection. the Chicago health, aging, and social relations study. En M. Eid, y R. J. Larsen (Eds.), *The science of subjective well-being* (pp. 195-219). New York: Guilford Press.

- Carstensen, L. (1990). Cambios relacionados con la edad en la actividad social. En L.L. Carstensen y B.A. Edelman (Eds), *Gerontología Clínica. Intervención Psicológica y Social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Choi, N.G., DiNitto, D.M., y Marti, C.N. (2016). Social participation and self-rated health among older male veterans and non-veterans. *Geriatrics Gerontology International*, 16, 920–927.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2<sup>nd</sup> ed.)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Corna, L.M., Cairney, J., y Streiner, D.L. (2010). Suicide ideation in older adults: Relationship to mental health problems and service use. *The Gerontologist*, 50(6), 785-797. Doi: 10.1093/geront/gnq048
- Dattilo, J., Mogle, J., Lorek, A.E., Freed, F., y Frysinge, M. (2018). Using self-determination theory to understand challenges to aging, Adaptation, and leisure among community-dwelling older adults. *Activities, Adaptation & Aging*, 42(2), 1-18. Doi: 10.1080/01924788.2017.1388689
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D., y Ruiz, M.A. (2001). The contribution of socio-demographic and psychosocial factors to life satisfaction. *Ageing and Society*, 2, 25-43.
- Fiske, A., Loebach Wetherell, J., y Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review Clinical Psychology*, 5, 363–389.
- Goll, J.C., Charlesworth, G., Scior, K., y Stott, J. (2015). Barriers to social participation among lonely older adults: The influence of social fears and identity. *PlosOne*, 10(2), e0116664. Doi: 10.1371/journal.pone.0116664
- Grover, S., y Malhotra, N. (2015). Depression in elderly: A review of Indian research. *Journal of Geriatric Mental Health*, 2(1), 4-15. Doi: 10.4103/2348-9995.161376
- Han, B. (2002). Depressive symptoms and self-rated health in community-dwelling older adults: a longitudinal study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, 1549-1556.
- Hao, G., Bishwajit, G., Tang, Sh., Nie, Ch., Ji, L., y Huang, R. (2017). Social participation and perceived depression among elderly population in South Africa. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 971–976.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2006). *Informe 2006: Las personas mayores en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Recuperado en 16 de junio de 2020, de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imserso-informe-personas-mayores-vol1-2006.pdf>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2012). *Informe 2010: Las personas mayores en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado en 2 de diciembre de 2019, de [https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/22023\\_inf2010pm\\_v1.pdf](https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/22023_inf2010pm_v1.pdf)
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2014). *Informe 2012: Las personas mayores en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado en 16 de junio de 2020, de <https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/infoppmm2012.pdf>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2017). *Informe 2016: Las personas mayores en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado en 2 de diciembre de 2019, de [https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001\\_informe-2016-persona.pdf](https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001_informe-2016-persona.pdf)

- Jeong, E. H., & Park, J. H. (2020). The Relationship Among Leisure Activities, Depression and Quality of Life in Community-Dwelling Elderly Koreans. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 6, 2333721420923449.
- Ju, H. (2017). The relationship between physical activity, meaning in life, and subjective vitality in community-dwelling older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 73, 120-124. Doi: 10.1016/j.archger.2017.08.001
- Lenhard, W., y Lenhard, A. (2016). *Calculation of Effect Sizes*. Retrieved from: [https://www.psychometrica.de/effect\\_size.html](https://www.psychometrica.de/effect_size.html). Doi: 10.13140/RG.2.2.17823.92329
- Li, W., Protec-Gray, E., Churchill, L., Crouter, S.E., Kane, K., Tian, J.,... Gurwitz, J. (2017). Gender and age differences in levels, types and locations of physical activity among older adults living in car-dependent neighborhoods. *The Journal of Frailty & Aging*, 6(3), 129-135.
- Martínez, J., Onís, M.C., Dueñas, H., Aguado, C., Colomer, C., y Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*, 12(10), 620-630.
- Michèle, J., Guillaume, M., Alain, T., Nathalie, B., Claude, F., y Kamel, G. (2019). Social and leisure activity profiles and well-being among the older adults: a longitudinal study. *Aging & Mental Health*, 23(1), 77-83. Doi: 10.1080/13607863.2017.1394442
- Monreal Bosch, P., Valle Gómez, A., y Serda Ferrer, B. (2009). Los grandes olvidados: Las personas mayores en el entorno rural. *Psychosocial Intervention*, 18(3), 269-277
- Montesó, P., Ferre, C., Lleixa, M., Albacar, N., Aguilar, C, Sánchez, A... y Lejeune, M. (2012). Depression in the elderly: study in a rural city in southern Catalonia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 426-429
- Moretti-Luchesi, B., Alves de Oliveira, N.; de Moraes, D., Mendes de Paula Pessoa, R., Pavarini, S.C.I., y Chagas, M.H.N. (2018). Factors associated with happiness in the elderly persons living in the community. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 74, 83-87. Doi: 10.1016/j.archger.2017.10.006
- Mosallanezhad, Z., Salavati, M., Sotoudeh, G.R., Nilsson, L., y Frändin, K. (2014). Walking habits and health-related factors in 75-year-old Iranian women and men. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 58(3), 320-326.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento activo: Un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37(2), 74.105.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Depression: let's talk. Recuperado en 2 de diciembre de 2019, de [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/)
- Ormel, J., Kempen, G.I.J.M., Deeg, D.J.H., Brilman, E.I., Van Sonderen, E., y Relyveld, J. (1998). Functioning, well-being, and health perception in late middle-aged and older people: Comparing the effects of depressive symptoms and chronic medical conditions. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46, 38-48.
- Ponce de León, L., y Cabello, S.A. (2017). Envejecimiento activo en el ámbito rural en España. *Ehquidad International Welfare Policies and Social Work Journal*, 7, 175-198.
- Principi, A., Schippers, J., Naegele, G., Di Rosa, M., y Lamura, G. (2016). Understanding the link between older volunteers' resources and motivation to volunteer. *Educational Gerontology*, 42(2), 144-158. Doi: 10.1080/03601277.2015.1083391

- Robins, L.M., Hill, K.D., Finch, C.F., Clemson, L., y Haines, T. (2018). The association between physical activity and social isolation in community-dwelling older adults. *Aging & Mental Health* 22 (2), 175-182. Doi: 10.1080/13607863.2016.1242116
- Rodríguez, A., Látková, P., y Sun, Y.Y. (2007). The relationship between leisure and life satisfaction: application of activity and need theory. *Social Indicators Research*, 86, 163–175. Doi: 10.1007/s11205-007-9101-y.
- Rozanova, J., Keating, N., y Eales, J. (2012). Unequal social engagement for older adults: Constraints on choice. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 31(1), 25-36. Doi: 10.1017/S0714980811000675
- Rubio-Herrera, R. (2004). La vejez con éxito, competente y otros modelos. En N. Yuste Rossell, R. Rubio-Herrera y M. Aleixandre-Rico (Eds.), *Introducción a la psicogerontología* (pp. 235-254). Madrid: Pirámide.
- Rush, K.L., Watts, W.E., y Janke, R. (2013). Rural and urban older adults' perspectives of strength in their daily lives. *Applied Nursing Research*, 26(1), 10–16. Doi: 10.1016/j.apnr.2012.07.001
- Sheikh, J.L., y Yesavage, J.A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5(1/2), 165-172.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press (versión española, TEA, 1982).
- Tobiasz-Adamczyk, B., Galas, A., Zawisza, K., Chatterji, S., Haro, J. M., Ayuso-Mateos, J.L. ... y Leonardi, M. (2017). Gender-related differences in the multi-pathway effect of social determinants on quality of life in older age-the COURAGE in Europe Project. *Quality of Life Research*, 26, 1865–1878.
- Vogelsang, E.M. (2016). Older adult social participation and its relationship with health: Rural-urban differences. *Health & Place*, 42, 111-119. Doi: 10.1016/j.healthplace.2016.09.010
- Wilkie, R., Peat, G., Thomas, E., y Croft, P. (2007). Factors associated with participation restriction in community-dwelling adults aged 50 years and over. *Quality of Life Research*, 16(7), 1147-1156. Doi: 10.1007/s11136-007-9221-5
- Wolitzky-Taylor, K.B., Castriotta, N., Lenze, E.J., Stanley, M.A., y Craske, M.G. (2010). Anxiety disorders in older adults: A comprehensive review. *Depression and Anxiety*, 27, 190–211. Doi: 10.1002/da.20653.
- World Health Organization (2003). What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented? Recuperado en 2 de diciembre de 2019, de <http://www.euro.who.int/document/E82970>.
- Xiang, X., Danilovich, M.K., Tomasino, K.N., y Jordan, N. (2017). Depression prevalence and treatment among older home health services users in the United States. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 75, 151-157. Doi: 10.1016/j.archger.2017.12.005
- Zeng, C.Y. (2006). Association between mental health and social support of the elderly in the urban and rural community of Lishui city. *Chinese Journal of Clinical Rehabilitation*, 10(22), 174-176.
- Zhang, W., Feng, Q., Lacanienta, J., y Zhen, Z. (2016). Leisure participation and subjective well-being: Exploring gender differences among elderly in Shanghai, China. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 69, 45-54.