



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

PAPEL DE LA RESILIENCIA EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS

Autor: M^a Raquel Cruz Carpena

Director: Ignacio Boné Pina

Madrid
Mayo 2015

Raquel
Cruz
Carpena

PAPEL DE LA RESILIENCIA EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS



Papel de la resiliencia en personas mayores institucionalizadas

M^a Raquel Cruz Carpena

Master de Psicología General Sanitaria, Universidad Pontificia Comillas

Resumen

El ingreso de una persona mayor en una residencia puede tener efectos negativos sobre el estado de ánimo y la calidad de vida del residente. La resiliencia se considera un factor de protección ante los sucesos de la vida, por lo que podría guardar relación con el impacto de la institucionalización en estas personas. Cabría esperar que los ancianos que tengan mayores niveles de resiliencia presenten mejor calidad de vida, menos estrés percibido y estado de ánimo más positivo durante su ingreso en una institución. El objetivo de este estudio fue conocer la relación entre la resiliencia y algunas variables relacionadas con la adaptación al ingreso en una residencia (estrés percibido, depresión, ansiedad y calidad de vida). La muestra estuvo formada por un total de 44 personas mayores que llevaban al menos 3 meses ingresados en una residencia (26 mujeres, edad entre 68 y 97 años). Se usaron cuestionarios validados para cada una de estas variables. Se encontraron correlaciones entre una mayor resiliencia y un menor grado de depresión ($r = -0,62$) y una mejor calidad de vida subjetiva ($r = 0,45$) y objetiva ($r = 0,42$). No se encontró correlación entre la resiliencia y el grado de ansiedad o estrés. En conclusión, la resiliencia guarda relación con algunas pero no todas las consecuencias de la institucionalización que hemos analizado en personas mayores. Si estos hallazgos se confirman en estudios más amplios, podría considerarse la intervención sobre la resiliencia como manera de mejorar la adaptación de los mayores al ingreso en la residencia.

Palabras clave: resiliencia (psicológica), residencias de ancianos, envejecimiento, instituciones de atención residencial, ansiedad, trastornos afectivos, calidad de vida.

Abstract

Admission of an older person to a geriatric institution could negatively influence mood and quality of life of the resident. Resilience is considered as a protection against life events, so it may be related to the impact of institutionalization in the elderly. It can be hypothesized that older adults with higher levels of resilience would have a better quality of life, reduced perceived stress, and better mood during admission to a care home. The aim of this study was to

measure the relations between resilience and some variables related to adaptation to nursing home life (perceived stress, depression, anxiety and quality of life). The sample comprised 44 older persons who were living in a nursing home for 3 months or longer (26 women, age range 68 to 97 years old). Validated questionnaires were used to measure each variable. Significant correlations were found between a higher level of resilience and a lower degree of depression ($r = -0.62$), and a better subjective ($r = 0.45$) and objective ($r = 0.42$) quality of life. No correlations were found between resilience and the degree of anxiety or perceived stress. In conclusion, resilience is related with some, but not all the consequences of institutionalization we have explored in older people. If these findings are confirmed in larger studies, interventions on resilience could be considered with the aim of improving adaptation of older people to care home admission.

Keywords: resilience (psychological), nursing homes, aging, residential care institutions, anxiety, affective disorder, quality of life.

Introducción

El aumento de la esperanza de vida se ha convertido en uno de los cambios sociales más significativos de los últimos tiempos. Este aumento, sumado a la reducción de las tasas de natalidad, ha producido un rápido envejecimiento de la población en los países desarrollados, aumentando tanto el número total como la proporción de personas mayores respecto a las de otras edades (Christensen, Doblhammer, Rau y Vaupel, 2009). El incremento de la esperanza de vida se debe a muchos factores, incluyendo los avances en sanidad e higiene pública y la reducción de la mortalidad en la infancia, el parto y la juventud. Cada vez son más las personas que alcanzan los 65 años, edad habitual de jubilación, y cada vez es más largo el tiempo que una persona pasa en esta etapa conocida como vejez, especialmente en las mujeres (INE, 2012). En ningún momento de la historia ha tenido la vejez una relevancia tan grande. Todo ello ha provocado que la sociedad tenga que hacer frente a nuevos desafíos y oportunidades en este campo (Cardona, 2013).

La psicogerontología o psicología del envejecimiento se encarga de investigar todos aquellos factores que influyen en esta etapa vital (la vejez), con el objetivo final de mejorar la calidad de vida de los ancianos (Baile, 2007). Actualmente, la psicología del envejecimiento no solo busca ayudar a afrontar o resolver los problemas que surgen en esta etapa de la vida, sino que se hace numerosas preguntas y se plantea nuevos retos con el fin de buscar también los aspectos positivos del envejecimiento y sus beneficios para el individuo y la sociedad (Zaidi, 2008).

Residencias de ancianos

No todas las personas mayores viven en su domicilio. En Europa, entre un 2% y un 19% de los mayores de 80 años viven en una residencia (Rodrigues, Huber y Lamura, 2012). La mayoría de las personas mayores prefieren vivir en su casa (9 de cada 10 personas) y muy pocas prefieren vivir en la casa de sus hijos o familiares (5,5%), en residencias (3,8%) o compartir casa con otras personas (1,8%) (IMSERSO, 2012). Sin embargo, ante la cuestión de la necesidad de cuidados, la mayoría prefiere vivir en casa de algún familiar (46,1%) y algunos consideran la residencia como opción (18,3%) antes que vivir con otras personas. En cuanto a la edad de entrada a la residencia, es raro hacerlo antes de los 65 años de edad, y la media de edad del ingreso en España es de 83 años en mujeres y de 81 en hombres. El 66% de residentes tienen 80 años o más y el 66% son mujeres. En las residencias se ofrece alojamiento y manutención de manera temporal (estancia temporal) o de manera permanente. Las estancias temporales van indicadas a dar un descanso a los cuidadores principales o a proporcionar

atención muy específica (por ejemplo, tratamientos postoperatorios) durante días, semanas o meses. Las residencias de España en total, ofrecen actualmente un total de 372.628 plazas, tanto públicas (200.940 plazas) como privadas (171.688 plazas), habiéndose incrementado el número medio anual en 14.316 plazas (IMSERSO, 2012).

Aunque antiguamente las residencias eran centros de caridad, hoy día han pasado a ser centros de atención profesional multidimensionales, es decir, cada vez se han aumentado los servicios tanto sanitarios como sociales ofrecidos a los residentes (Fernández, 2009; Gómez-Busto, 2007). Además, anteriormente sólo ingresaban en residencias personas con características muy específicas, mientras que ahora las residencias van dirigidas a un grupo más amplio, que incluye personas con problemas físicos o mentales, personas con problemas en la vivienda y con pocas posibilidades de solución, personas aisladas con pocos o ningún apoyo social, personas con dificultades en las actividades cotidianas, etc. (Sanford et al., 2015). Las residencias hoy día se definen como un recurso social en las que se presta una atención integrada y continuada para el desarrollo de la autonomía personal de los mayores en situaciones de dependencia (Fernández, 2009). Las personas mayores suelen estar muy satisfechas con sus hogares, pese a posibles imperfecciones, ya que el propio hogar contiene un gran componente emocional, es decir, que su hogar es más que un espacio, es un lugar donde se encuentran sus experiencias y recuerdos más preciados, y su abandono puede suponer una renuncia dolorosa y difícil de elaborar (Lázaro y Gil, 2010; Riquelme, 1997).

La institucionalización puede tener connotaciones muy variadas para la persona que ingresa en ella. Hay opiniones positivas, sobre todo cuando el ingreso se contempla como una continuidad y no como una ruptura con el espacio personal del anciano. Existen factores que pueden facilitar la adaptación de la persona a la residencia, como la voluntariedad del ingreso, el tipo de centro, el estado de salud y la dependencia o la organización del centro. De hecho, algunos autores han encontrado que las personas que viven en residencias pueden estar más satisfechas con su vida y percibir de forma más optimista su envejecimiento que los que viven en sus domicilios (Zamarrón y Fernández-Ballesteros, 2000). En algunos casos, la interacción con el personal y con otros residentes puede proporcionar más sensación de bienestar que la interacción con las familias (Cheng, Lee y Chow, 2010). Pero el ingreso tiene también connotaciones negativas, como por ejemplo, cuando se considera un abandono o cuando la persona mayor que ingresa se considera una carga para sus familiares. La mayoría de los propios ancianos suelen ingresar con una idea muy negativa, aunque según se van encontrando más cómodos en el centro residencial, su actitud hacia el mismo va mejorando (Fernández, 2009). Hay diversos factores que pueden favorecer sentimientos de abandono o tristeza en la persona mayor cuando ingresa en la residencia: dificultades económicas, pérdida de libertad, intimidad y autonomía o aislamiento. Todo ello va a suponer un mayor esfuerzo por parte del

mayor para adaptarse al centro y el cambio de vida que éste supone vida (Delgado, 2001; Yanguas, 2006).

¿Qué aspectos motivan a que un mayor ingrese en una institución? Las causas más frecuentes están relacionadas con problemas que los familiares encuentran para atender a estas personas (sobre todo en casos de enfermedad mental), problemas relacionados con la convivencia, la necesidad de ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria, la soledad o problemas relacionados con la falta de recursos para seguir viviendo en el propio domicilio (Fernández, 2009; Iglesias, 2001).

La institucionalización puede causar en la persona mayor que ingresa estrés (Washburn, 2005), depresión (Riquelme, 1997; Smalbrugge et al., 2006), ansiedad (Drageset, Eide y Ranhoff, 2013) e incluso dificultades de adaptación social (Onwuameze y Paradiso, 2014). Es, por tanto, un acontecimiento que hay que tratar con especial atención, haciendo especial hincapié en la prevención de la ansiedad, de la depresión y el mantenimiento o mejora de su calidad de vida.

Estrés e institucionalización

Las personas tienen que afrontar a lo largo de la vida numerosas situaciones que pueden convertirse en estresores crónicos e influir en el bienestar psicológico en edades avanzadas (Palgi, 2013), como la viudedad, el cuidado de los hijos, el trabajo, la jubilación, un cambio de casa, la pérdida de seres queridos, etc. Algunas de estas situaciones son especialmente frecuentes en la vejez, como las enfermedades agudas o crónicamente incapacitantes o el ingreso en una residencia, y es interesante el estudio de dicho estrés, para analizar la forma en la que cada persona percibe su impacto en su salud (Remor, 2006). Tal y como afirma Delgado (2001), es raro que alguien llegue a la vejez sin haber sufrido al menos un suceso vital adverso relevante.

En función del tipo de domicilio del mayor (en comunidad o en residencia) los estresores pueden variar y son percibidos de manera distinta. Las personas mayores que viven en domicilio tienden a percibir más estrés por situaciones de problemas de salud, tanto personales como de sus familiares, mientras que los ancianos que viven en residencias tienden a sufrir más por todos los cambios en su estilo de vida desde que ingresan en la institución, como pueden ser convivir con otras personas desconocidas o ajustarse a unas reglas propias del centro. No olvidemos que al ingresar en la residencia, la persona pierde su casa, que muchas veces tiene un significado especial, y que les supone la pérdida de recuerdos y de identidad personal (Stefani y Feldberg,

2006). La institucionalización puede durar desde unas pocas semanas hasta varios años (Delgado, 2001), pudiendo convertirse en un estresor para las personas mayores.

El estrés aumenta fundamentalmente en aquellas situaciones que exigen determinados niveles de adaptación y para los que no disponemos estrategias de afrontamiento necesarias (Stefani y Feldberg, 2006). La persona que ingresa en una institución geriátrica tiene que adaptarse a horarios establecidos, pierde intimidad, en numerosas ocasiones se enfrenta a la soledad, la falta de afecto, e incluso el trato con el personal puede suponerle una fuente de estrés (Delgado, 2001). La adaptación a todos los cambios que se van produciendo pueden generar un gran estrés para la persona mayor. No debemos olvidar que este proceso no solo es percibido como estresante para la persona que ingresa sino que también puede ser estresante para su familia, a quienes frecuentemente les genera un sentimiento de culpabilidad, aunque también puedan sentir cierto alivio (Stefani y Feldberg, 2006).

Ansiedad y envejecimiento

La ansiedad es un estado de malestar que se caracteriza por síntomas de molestia continua o preocupación excesiva que puede originarse ante situaciones potencialmente dañinas, tanto si son reales como si son imaginarias, y en las que la persona siente un bloqueo en el control de la situación. Puede ser adaptativa si se activa como señal de alarma ante situaciones nuevas o de peligro, pero si se mantiene durante demasiado tiempo y empieza a interferir en todas las áreas de la vida (familiar, personal, social, etc.) puede convertirse en un gran problema (Lluís y Jarne, 2006).

En personas mayores, la ansiedad tiene una prevalencia menor que en la población general, aunque quizás pueda deberse a que tienen numerosos síntomas ansiosos, pero no llegando a cumplir criterios diagnósticos suficientes, bajando de este modo la prevalencia pero aumentando los síntomas (Yanguas, 2006). Al mismo tiempo puede estar enmascarada en un trastorno al que se le está dando prioridad diagnóstica, pues puede presentar alta comorbilidad con depresión, pero también puede encontrarse junto a casos de demencia o alcoholismo, entre otras (Lluís y Jarne, 2006; Pérez, 2007). Además, tiene mucha relación con el estrés y pueden interactuar en sus manifestaciones clínicas (Begoña, Briones y Ballesteros, 2013).

Los síntomas ansiosos que podemos encontrar en esta etapa de la vida podrían estar relacionados con aspectos como la falta de esperanza, una menor capacidad de contemplar aspectos positivos en relación a la propia vida, el aislamiento social, la proximidad de la muerte, sentimientos de abandono, problemas físicos, dependencia, intranquilidad o problemas económicos (Canto y Castro, 2004; Pérez, 2007; Torres, 2014; Yanguas, 2006). Sin embargo,

también existen factores de protección como puede ser un mayor control emocional (Torres, 2014). Todos los síntomas tienden a ser negados por los ancianos con el objetivo de no mostrar debilidad y de expresar un mayor bienestar y autonomía (Balo, 2013).

Depresión, vejez e ingreso en residencia

La depresión se caracteriza por un estado de ánimo triste y pesimista persistente en el tiempo que suele ir acompañado de síntomas como cansancio, insomnio, pérdida de apetito, falta de energía, etc. (Lluís y Jarne, 2006). Es un trastorno que tiene mucha relevancia clínica y parece afectar más a las mujeres, debido a factores hormonales o de viudedad (Aracil, Esteso, Girón y López, 2014; Escobar, Botigué, Jürschik, Nuin y Blanco, 2013). Además, puede presentar comorbilidad con enfermedades como las de Parkinson o Alzheimer (Balo, 2013; Lluís y Jarne, 2006) y está muy relacionada con la calidad de vida de las personas (Estrada et al., 2013).

En ancianos, la depresión tiene una prevalencia de entre 1 y 5% (menor que la ansiedad) en aquellos que viven en la comunidad. Es de difícil diagnóstico como la ansiedad, tanto porque pueden presentar numerosos síntomas depresivos pero sin cumplir los criterios diagnósticos requeridos para dicho trastorno (Yanguas, 2006), como debido a un deterioro cognitivo o a otras alteraciones propias del envejecimiento, que pueden enmascarar los síntomas haciendo que sea difícil detectarlos (Aracil et al., 2014; Riquelme, Buendía y López, 2006). Además, Snowdon (2010) llevó a cabo una investigación acerca de la depresión en la que descubrió que había una alta prevalencia pero que no era muy reconocida, es decir, no había una buena gestión ni en la evaluación ni en el tratamiento de este trastorno. La prevalencia de depresión es mayor en las personas mayores que viven en residencias de ancianos, alcanzando una prevalencia de un 10%, mientras que los síntomas depresivos presentan una incidencia del 29% (Ruíz, Cangas y Barbero, 2014; Seitz, Purandare y Conn, 2010). Entre el primer y el segundo año tras el momento del ingreso se puede apreciar un incremento en los niveles de depresión, sin embargo, después de ese periodo de tiempo tiende a bajar, posiblemente por la ampliación de las redes sociales dentro del centro. Además se ha comprobado que el ingreso forzoso en la residencia puede agravar los síntomas de depresión en el anciano (Estrada et al., 2013).

Entre los factores de riesgo que pueden influir en el desarrollo de la depresión podemos encontrar enfermedades físicas, factores sociodemográficos (más en mujeres, estado civil, existencia de servicios sociales, integración social buena, jubilación satisfactoria...) y otros cambios asociados al envejecimiento o a la institución específica a la que se ingrese (Aracil et al, 2014; Begoña et al., 2013; Lluís y Jarne, 2006; Santos et al, 2010; Yanguas, 2006). Sin

embargo, también existen factores protectores como tener un alto nivel de estudios, buena autoestima, expectativas de autoeficacia y apoyo social (Escobar et al., 2013; Yanguas, 2006). La resiliencia (capacidad de afrontar las situaciones de manera beneficiosa saliendo fortalecido de ellas) también parece ser un fuerte factor de protección ante la depresión (Inbar, 2011).

Calidad de vida e institucionalización

Pero el ingreso en la residencia no sólo puede afectar a la morbilidad psiquiátrica del mayor (ansiedad, depresión), sino que también puede repercutir en su calidad de vida. ¿Qué entendemos por calidad de vida? La calidad de vida es concepto que tiene una parte objetiva y una subjetiva (Yanguas, 2006) que incluye desde las necesidades más básicas y personales hasta la satisfacción de otras necesidades relacionadas con otras personas (fruto de diversos procesos sociales) o del contexto en el que vivimos (Fernández, 2009). Refleja ciertas normas culturales de bienestar objetivo, pero también hace referencia al peso específico de cada ámbito de la vida que cada persona de manera individual le otorga (Yanguas, 2006) en función de sus valores personales (Fernández, 2009).

La calidad de vida tiene cuatro componentes, un componente físico, un componente social, un componente de calidad de vida percibida y un componente psicológico (Molina, Meléndez y Navarro, 2008; Yanguas, 2006) y debe ser evaluada en todas esas dimensiones (Molina et al., 2008). Además el estado de bienestar puede englobar varias áreas que se pueden agrupar en ocho grupos: salud, empleo, educación, ocio, capacidad adquisitiva de bienes y servicios, medio físico, medio social y seguridad personal (Fernández, 2009).

Aunque existe la idea de que las personas pierden calidad de vida al envejecer, esto no tiene por qué ser cierto. Las personas mayores tienden a reestructurar la percepción que tienen de sí mismos y de su situación, de forma que se ajustan a las metas propuestas de manera más realista, optimizan los recursos y tienen mayor control de la situación que las más jóvenes, teniendo así menos índice de fracaso y mayor calidad de vida (Molina et al., 2008). La realidad nos muestra una población mayor que, en términos generales, es feliz. Con esto, nos queremos referir a la “Paradoja del Envejecimiento” o a la “Paradoja de la Felicidad”. Tendemos a pensar que las personas mayores son menos felices que los jóvenes, que tienen menores niveles de bienestar o menos calidad de vida (Fernández-Ballesteros, 2004). Sin embargo, cuando se les pregunta sobre su bienestar, la mayoría hace referencia a niveles altos de satisfacción en varios aspectos de su vida (Jiménez, 2011).

Entre los factores que pueden influir en la calidad de vida de las personas mayores juega un papel destacado el apoyo social: cuanto más apoyo exista, mejor calidad de vida (Urzúa,

Bravo, Ogalde y Vargas, 2011). La institucionalización también es otro aspecto que puede influir en la calidad de vida: las personas institucionalizadas tienen que establecer relaciones sociales diarias, pero éstas vienen dadas y pueden ser muy insatisfactorias (Molina et al., 2008). Otro factor, puede ser la importancia subjetiva de las cosas o personas de las que está rodeado, mientras que a unos los aspectos materiales son los más relevantes, para otros es estar rodeado de la familia (Fernández, 2009).

Existe una diferencia fundamental entre los jóvenes y los ancianos en la manera en la que afrontan los problemas. Mientras que los jóvenes tienden a proponerse metas elevadas, difíciles de alcanzar, y enfrentando los problemas centrados en la acción, es decir, intentando cambiar la situación; los ancianos se plantean metas más realistas, fáciles de lograr y con un afrontamiento centrado en la emoción, resignificando los problemas de forma más optimista y positiva (Zamarrón, 2006). Se ha visto que el bienestar depende en gran parte de la distancia entre el estado actual de la persona y las metas que se plantea, es decir, a mayor distancia con las metas se presentan niveles más bajos de bienestar, mientras que a menor distancia, menos sentimientos de frustración (Villar, 2005).

Resiliencia y envejecimiento

Las emociones positivas son muy importantes en la capacidad de afrontamiento de los problemas vitales. Se ha visto que las personas mayores tienen a prestar más atención a los estímulos positivos que a los negativos favoreciendo la adaptación ante los acontecimientos vitales diversos por los que puede pasar una persona (Jiménez, 2011). Además, en otra investigación de Jiménez (2008) se hace referencia al hecho de que ante haber vivido situaciones de muchas dificultades y a veces incluso muy extremas (como por ejemplo, la guerra) muchos ancianos se encuentran perfectamente de salud, tienen vitalidad, buen humor, interés por seguir participando con sus círculos sociales, etc. Esto supone que las personas mayores han de implicarse en procesos adaptativos para compensar los daños psicológicos, tanto de amenazas como de pérdidas, que se pueden vivir en esta etapa vital (Villar, 2005). Asimismo se ha visto que las personas mayores presentan mayor capacidad de adaptarse a las diversas situaciones que se les presentan logrando un equilibrio y manteniendo un correcto nivel de bienestar (Jiménez, 2011).

Es importante considerar que mientras que hay factores que pueden llevar a la persona a sentir menor bienestar como, por ejemplo, problemas físicos, y que pueden afectar a la autoconcepción de la persona, hay otros aspectos como sentido de control o la autoestima que se mantienen estables pese al proceso de envejecimiento (Villar, 2005).

Parece claro que no todas las personas afrontan igual los estresores. Por esta razón surgió el concepto de la resiliencia, como la capacidad de reponerse tras situaciones traumáticas o de estrés extremo de manera exitosa o la capacidad de aguantar las diversas situaciones que se presentan pese a los obstáculos que podrían impedirlo (Jiménez, 2008). También puede ser considerado como un rasgo relativamente integral de la persona que ayuda a ésta a adaptarse en la vida, es decir, una característica de la personalidad que ayuda o modera las consecuencias de las situaciones que generan estrés y promueve una buena adaptación (Becoña, 2006; Wagnild y Young, 1993).

El término resiliencia tiene origen en el verbo latino *resilio*, que significa volver atrás, rebotar. Ha sido un concepto que no se ha empezado a estudiar en psicología hasta hace relativamente pocos años (años 60 y 70), en los que se inició la investigación en niños. En los años 90 las investigaciones se expanden a otras etapas vitales, y por tanto, se empieza a estudiar en la vejez (Jiménez, 2008). Es importante diferenciar la resiliencia de otros conceptos como la “competencia”. La resiliencia se define conforme a lo que se espera que logre una persona tras vivir una situación amenazante, implica un riesgo y se contemplan tanto índices positivos como negativos. La competencia se define en función de lo que la persona espera de una persona, no requiere que haya un riesgo e indica solo aspectos positivos (Jiménez, 2008).

La resiliencia incluye procesos genéticos, biológicos y psicológicos (Monroy y Palacios, 2011). En numerosas investigaciones se ha encontrado que la resiliencia tiene tanto un componente innato como un componente aprendido. Cuando se hace referencia al componente innato, se define como una característica individual de la persona o un rasgo, se habla de resiliencia innata para referirse a diferentes fuerzas motivacionales dentro de la persona que promueven la integración a la adversidad de manera beneficiosa. Sin embargo, cuando se trata su aspecto de capacidad aprendida se define como un conjunto de variables que protegen de los eventos estresantes o peligrosos favoreciendo la adaptación que puede ser fomentada, desarrollada y aprendida (Jiménez, 2011; Nebel, 2008).

La resiliencia ha de reunir dos condiciones esenciales. En primer lugar, la exposición tiene que ser a un daño significativo o severo; y en segundo lugar, la tiene que haber una adaptación positiva en el proceso de desarrollo (Jiménez, 2008). Además se puede comprender la resiliencia como resultado o como proceso. La resiliencia como resultado hace referencia a los efectos que muestra la persona tras haber sido expuesta a la situación amenazante. La resiliencia como proceso se refiere a la relación que existe entre los factores de riesgo y los resultados así como la influencia de otras variables al exponerse a la adversidad (Jiménez, 2008). Asimismo, la resiliencia promueve que la persona no sólo se adapte a las situaciones, sino que se adapte de manera positiva y manteniendo una buena salud mental (Cabanyes, 2010;

Lázaro y Gil, 2010), pues se ha demostrado que la mala adaptación y asimilación aumenta las posibilidades de presentar problemas diversos desde consumo de drogas hasta graves problemas mentales (Becoña, 2006).

En resumen, la resiliencia se considera un factor de protección ante los sucesos de la vida, es decir, que supone que tenemos unos recursos y cualidades que se ponen en marcha ante los eventos estresantes para poder afrontar las situaciones desagradables que van ocurriendo (Becoña, 2006; Ruíz y López, 2012; Wild, Wiles y Allen, 2013). Al proteger frente a las situaciones vitales, la resiliencia como concepto puede guardar relación con el éxito del envejecimiento (Jiménez, 2011). Algunos autores consideran que, para que se produzca un envejecimiento satisfactorio, existen tres mecanismos adaptativos: la selección de las personas del círculo social, la optimización de las actividades orientadas a cumplir los objetivos planteados y la compensación de déficits o capacidades sufridas a lo largo de la vida (Jiménez, 2008; Zamarrón, 2006). Es en este último aspecto en el que la resiliencia podría tener un papel relevante.

Entre los factores de protección de la resiliencia podemos destacar las características de la persona, independientemente del momento vital en el que se encuentren (como autoestima, optimismo, afrontamiento o control), la familia y el entorno social (como apoyo social). Además, si uno de los aspectos se ve amenazado, se activan los demás a modo de protección (Jiménez, 2008). Otras variables que podemos tener en cuenta al contemplar la resiliencia son algunas como la espiritualidad, el buen humor o tener una perspectiva cognitiva flexible ante los problemas (Jiménez, 2011).

El hecho de que, al menos en parte, la resiliencia sea un proceso adquirido implica la posibilidad de actuar sobre ella para incrementarlo, mejorando así el afrontamiento de las situaciones adversas o los estresores y reduciendo por tanto sus consecuencias negativas (depresión, peor calidad de vida). Existen tres estrategias que se podrían emplear a la hora de intervenir con la resiliencia: en primer lugar, estrategias orientadas al riesgo, que ayudan a la exposición de eventos estresantes; en segundo lugar, estrategias orientadas a la calidad, para aumentar los recursos que podemos aprender; y en tercer lugar, estrategias orientadas a procesos, para aumentar el sentimiento de control (Monroy y Palacios, 2011). Para llevar a cabo una buena intervención sobre la resiliencia habrá que conocer bien las posibles variables que están influyendo y aplicar dichas estrategias para poder conservar y aumentar el bienestar y la resiliencia y para prevenir la adversidad. La intervención puede llevarse a cabo para reducir los factores de riesgo, potenciar los factores de protección y promover los aspectos que aumenten el bienestar psicológico (Jiménez, 2008; Jiménez, 2011; Vélez, 2007). Otras áreas sobre las que se puede intervenir son la autoeficacia, la creatividad, la iniciativa, el humor, la independencia y

autonomía, la resolución de problemas, la competencia social o emociones (Hidalgo y Miralles, 2014; Inbar, 2011).

Se han descrito muchos programas que buscan mejorar la adaptación de los mayores a las residencias, ayudándoles a asimilar este cambio de vida de una manera más beneficiosa (Delgado, 2001; Ortíz, Díaz, Mielgo y Ramos, 2000; Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 1995) o haciendo énfasis en el apoyo social como un factor de bienestar (Cheng et al., 2010; Lázaro y Gil, 2010). También existen numerosos artículos en los que se ha estudiado la resiliencia y el burnout en los cuidadores de los ancianos con y sin demencia (Fernández-Lansánc y Crespo, 2011; Fernández-Lansánc, Crespo, Cáceres y Rodríguez, 2012; Menezes, Fernández, Hernández, Ramos y Contador, 2006). Sin embargo, apenas se ha prestado atención al papel de la resiliencia en el proceso de adaptación a la residencia. De hecho, apenas existen datos objetivos sobre la relación entre la resiliencia y el estresor que supone el ingreso en una residencia en personas mayores. El único estudio encontrado se basó en entrevistas en profundidad a 21 residentes en EEUU donde los autores refieren que la categoría fundamental para explicar las distintas estrategias de adaptación a la residencia fue la resiliencia personal (Brandburg, Symes, Mastel-Smith, Hersch y Walsh, 2013). No se han encontrado artículos que relacionen el grado de resiliencia personal del mayor con los efectos negativos derivados del ingreso en una residencia (como el estrés, el bajo estado de ánimo o la pérdida de calidad de vida).

Objetivos e hipótesis

El ingreso en una residencia puede tener consecuencias negativas sobre el estado de ánimo y la calidad de vida del residente. La resiliencia, considerada como un aspecto positivo, podría aliviar estas consecuencias. Cabría esperar que los ancianos que tengan mayores niveles de resiliencia presenten mejor calidad de vida, menos estrés percibido y estado de ánimo más positivo durante su ingreso en una institución.

El primer objetivo de este estudio es por tanto conocer, en personas mayores ingresadas en una institución geriátrica, la relación entre el nivel de resiliencia y algunas variables relacionadas con la adaptación a la residencia: el estrés percibido, el estado de ánimo (depresión y ansiedad) y la calidad de vida del residente. Además, pretendemos conocer si existen otras variables sociodemográficas que se relacionan con un mayor nivel de resiliencia.

Nos gustaría que este trabajo ayudase al desarrollo de programas de adaptación, de manera que se pudieran fomentar medidas de refuerzo o técnicas de facilitación del

afrontamiento de esta u otras crisis vitales para que la entrada en la residencia de estas personas fuera más adaptativa y beneficiosa.

Método

Participantes

La muestra total se ha compuesto por un total de 44 residentes mayores, de ambos géneros (26 mujeres y 18 hombres), seleccionados en función de los siguientes criterios de inclusión y de exclusión.

Como criterios de inclusión, se establecieron:

- Mayores de 65 años.
- Residentes en residencias del grupo Adavir en la Comunidad de Madrid.
- Que llevaran ingresados al menos 3 meses.
- Que firmaran el consentimiento informado.

Los criterios de exclusión establecidos fueron los siguientes:

- Que presentaran demencia moderada o grave (diagnóstico de demencia avanzada o puntuaciones en el Mini-mental State Examination (MMSE) menores a 20), ya que el valor de los cuestionarios elegidos en presencia de una demencia puede ser discutible.
- Personas analfabetas o que tuvieran problemas con el lenguaje (afasia, poca fluidez con el idioma castellano), que les impidiera comprender las pruebas.
- Residentes con deficiencias graves de los órganos sensoriales que no permitan la realización de las pruebas.
- Aquellos que padecieran una enfermedad grave descompensada (por ejemplo, neumonía, insuficiencia renal, etc.).
- Personas que estuvieran recibiendo cuidados paliativos para una enfermedad que les estuviera llevando a la muerte.
- Personas que hubieran vivido en los últimos 6 meses algún otro acontecimiento vital muy grave, aparte del hecho de ingresar en la residencia.

Procedimiento de recogida de información

Para llevar a cabo la recogida de información, se contactó con el grupo de residencias Adavir. Son residencias, en su mayoría localizadas en la Comunidad de Madrid, que ofrecen una atención personalizada con gran variedad de servicios y amplios espacios que permiten una atención personalizada a las necesidades de cada residente y de su familia. Una vez que estas residencias aceptaron la posibilidad de participar en el estudio, y con el visto bueno de su dirección, se elaboró una lista de las personas mayores para ver cuáles cumplían los criterios de inclusión y exclusión que se habían determinado. Una vez tuvimos la lista de aquellos que entraban dentro de los requisitos de la investigación, se les preguntó si querían o no participar y firmaron el consentimiento. Después, se pasó a la aplicación de las pruebas, todas en el mismo día para cada persona. Los residentes incluidos provenían finalmente de dos centros: Adavir Ciudad Lineal y Adavir San Agustín de Guadalix.

Instrumentos de evaluación. Definición operativa de variables

Para medir las diferentes variables implicadas en la investigación, se eligieron los siguientes instrumentos:

Escala de resiliencia (ER) de Wagnild & Yung (1988). Para medir la capacidad de una persona de responder o hacer frente a las diversas situaciones de la vida pese a las posibles condiciones adversas que pueden presentarse, y salir fortalecido de ello (Salgado, 2005). Es una escala que fue diseñada para identificar el nivel de resiliencia individual fundamentalmente en adolescentes y adultos, como una característica de personalidad que favorece la adaptación de la persona. Resnick e Inquito (2011) llevaron a cabo una investigación en la que demostraron que es una prueba con aplicabilidad en ancianos y está validada en España (Heilemann, Lee y Kury, 2003). La escala, compuesta de 25 ítems, es de tipo Likert y comprende puntuaciones desde 1 (desacuerdo) hasta 7 (máximo acuerdo). Podemos encontrar puntuaciones bajas (25-120), moderadas (121-146) o altas (147-175). Tiene una fiabilidad de 0,72.

Cuestionario EuroQol-5D (EQ-5D). Es una herramienta que mide la calidad de vida y se ha usado ampliamente en personas mayores, siendo de sencilla aplicación. La propia persona valora su estado personal en función de diferentes ítems de varias dimensiones de la vida en general y en una escala visual analógica (Herdman, Badia, y Berra, 2001). El propio individuo valora su estado de salud, primero a nivel descriptivo y después de manera global. Podemos encontrarnos puntuaciones que oscilan entre 0 y 1 en la parte objetiva y entre 0 y 100 en la parte subjetiva. Tiene una fiabilidad que oscila entre 0,86 y 0,90.

Para medir el *estado de ánimo*, se emplearon dos escalas, una de depresión y una de ansiedad, ambos trastornos muy frecuentes en las personas que entran en las residencias (Delgado, 2001). Las escalas escogidas fueron:

- » *Escala de Depresión de Yesavage (versión de 15 ítems)*. Es una escala diseñada específicamente para la valoración de la depresión en personas mayores y está adaptada y validada en España (Martínez et al., 2002). Es una escala dicotómica (SI/NO) autoaplicada o aplicada por un interrogador, que consta de 15 ítems. Podemos encontrarnos puntuaciones de sin depresión (0-5), de depresión leve (6-9) y de depresión establecida (≥ 10). Tiene una fiabilidad alta (mayor de 0,80).
- » *Subescala de Ansiedad de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Zigmond y Snaitth, 1983)*. Es una subescala de fácil aplicación y que se ha validado en ancianos (Mykletun, Stordal y Dahl, 2001) y en población española (Terol et al., 2007). Esta escala permite evaluar síntomas de ansiedad con una menor interferencia de síntomas físicos. Consta de 7 ítems con cuatro opciones de respuesta y podemos encontrarnos ansiedad normal (0-7), dudosa (8-10) o problema clínico (≥ 11). Tiene una fiabilidad de 0,83.

Escala de estrés percibido (Perceived Stress Scale, PSS). Se trata de un test que ha sido validado en personas mayores para ver qué impacto provocaba el estrés en la salud en el último mes (Remor, 2006) y se ha visto evidencia de que mide adecuadamente la experiencia de los ancianos (Ezzati et al., 2014). Se trata de una escala tipo Likert de 10 ítems, con puntuaciones que oscilan desde 0 (Nunca) hasta 4 (Siempre), pudiendo ser la máxima puntuación 40 y la mínima 0. Tiene una fiabilidad de 0,81.

Análisis estadístico

Tras la recogida de información, se introdujeron los datos en una hoja de SPSS de forma sistematizada. En el análisis, en primer lugar, se llevó a cabo una descripción de cada una de las variables mediante $X \pm SD$ o mediante proporciones, según la variable. Las *variables cuantitativas* (edad, tiempo que lleva en la residencia...) se midieron mediante $X \pm SD$, mientras que las *variables categóricas* (género, estado civil...) se midieron mediante proporciones. Después, llevamos a cabo un análisis de fiabilidad de las escalas empleadas, para ver cómo fue su eficacia en esta población concreta y para el tamaño de muestra obtenida. Por último, procedimos a realizar un análisis de la correlación existente entre las diferentes variables. Así mismo, analizamos la relación de las variables sociodemográficas con la variable principal (resiliencia).

Resultados

Análisis descriptivos de la muestra

La muestra estuvo compuesta por una mayoría de mujeres (59,1%) con edades comprendidas entre los 68 y 97 años ($\bar{X} = 86,4$). El ingreso en la residencia fue en la mayoría de los casos voluntario (70,5%) y el tiempo de estancia en la residencia entre 3 y 120 meses ($\bar{X} = 39,6$). Hubo mucha variación en el estado civil, pero la mayoría de ellos eran viudos (70,5%). Por último, la mayoría tenían hijos (65,9%), presentando un máximo de 5 hijos ($\bar{X} = 2,7$) (Tabla 1).

Tabla 1. Variables sociodemográficas (frecuencias y descriptivos)

		N	%	\bar{X}	\pm DT	Intervalo (max-min)
Edad (años)				86,4	6,4	68-97
Sexo	Varón	18	40,9			
	Mujer	26	59,1			
Ingreso	Voluntario	31	70,5			
	Forzoso	13	29,5			
Tiempo de ingreso (meses)				39,6	35,6	3-120
Estado civil	Soltero/a	6	13,6			
	Casado/a	4	9,1			
	Divorciado/a	2	4,5			
	Viudo/a	31	70,5			
	Separado/a	1	2,3			
Hijos	Si	29	65,9			
	No	15	34,1			
Número de hijos				2,7	1,0	0-5

Fiabilidad de las escalas

Los niveles de fiabilidad hallados en las escalas empleadas en la investigación fueron variados. La escala de resiliencia fue la que logró una mayor fiabilidad con un estadístico Alfa de Cronbach de 0,85. Sin embargo, la escala que obtuvo la puntuación más baja de fiabilidad fue la de estrés, con una puntuación del Alfa de Cronbach de 0,59 (Tabla 2).

Tabla 2. Fiabilidad de las escalas

Escala	Alfa de Cronbach
Resiliencia	,855
Depresión	,808
Calidad de vida	,686
Ansiedad	,707
Estrés	,591

Análisis de los resultados obtenidos de las escalas

Llevamos a cabo después un análisis descriptivo de las puntuaciones de las escalas empleadas en el estudio. Las puntuaciones obtenidas en la escala de resiliencia oscilaron entre 56 y 163 puntos ($\bar{X} = 127,9$), pero podemos ver que la mayoría presenta una resiliencia media (68,2%). En la escala de depresión se obtuvieron unas puntuaciones entre 0 y 13 puntos ($\bar{X} = 4,5$), de manera que la gran mayoría no presentaba depresión (65,9%), pero un 11,4% tenían una depresión establecida.

Por otra parte, en la escala de ansiedad las puntuaciones también oscilaban entre 0 y 13 ($\bar{X} = 3,3$), sólo un 4,5% tenían un trastorno ansioso establecido. Por último en las escalas de estrés y de calidad de vida, no existen parámetros establecidos para clasificar las puntuaciones, por lo que solo se expresan las medias. En la escala de estrés encontramos puntuaciones de entre 2 y 23 puntos (siendo la mayor puntuación posible de 40 puntos). Por último, en la escala de la calidad de vida podemos observar puntuaciones de entre 0,51-1,0 ($\bar{X} = 0,7$) siendo el 1,0 la puntuación más alta que se puede obtener en la escala cuando la medimos de manera objetiva, y puntuaciones de entre 0 y 100 ($\bar{X} = 70,3$) cuando la medimos de manera subjetiva (**Tabla 3**).

Tabla 3. Resultados obtenidos de las puntuaciones de las escalas

	\bar{X}	\pm DT	Intervalo		N	%
			Max-Min	Obtenido		
Resiliencia	127,9	17,3	0-175	56-163		
Baja					11	25,0
Media					30	68,2
Alta					3	6,8
Depresión	4,5	3,4	0-15	0-13		
No					29	65,9
Leve					10	22,7
Establecida					5	11,4
Ansiedad	3,3	3,3	0-21	0-13		
Normal					39	88,6
Dudosa					3	6,8
Establecida					2	4,5
Estrés	13,9	5,4	0-40	2-23		
Calidad de Vida						
Objetiva	0,7	0,1	0-1,0	0,51-1,0		
Subjetiva	70,3	22,5	0-100	0-100		

Análisis de la relación existente entre las variables del estudio

En la tabla 4 se muestran las correlaciones entre las distintas variables y la resiliencia, que ofrecen algunos aspectos significativos. En primer lugar, podemos ver que la resiliencia sí guarda relación con la depresión. Encontramos una $r = -0,62$ (correlación moderada-alta), lo que indica que a mayores niveles de resiliencia habría menos niveles de depresión. Además la resiliencia también se relacionaba con calidad de vida de forma moderada, tanto si la medimos de manera objetiva ($r = ,42$), como si la medimos de manera subjetiva ($r = ,45$). Es decir, que en

la muestra, el tener más resiliencia, se relacionaría con tener más calidad de vida. Sin embargo, no encontramos relación entre la resiliencia y el grado de ansiedad o de estrés percibido.

Por otra parte, entre los hallazgos encontrados destaca el hecho de que la calidad de vida estaba relacionada con la depresión, tanto con la calidad de vida medida de forma objetiva ($r = -.53$) como con la calidad de vida medida de manera subjetiva ($r = -.39$), lo que sugiere que a mayores niveles de calidad de vida habrá menos niveles de depresión. Además la calidad de vida medida de manera objetiva también guardaba cierta relación con la ansiedad con una $r = -.033$ (moderada baja), lo que quiere decir que a mayores niveles de calidad de vida habría menos niveles ansiedad. También podemos destacar la relación entre las dos formas de medir la calidad de vida, con una $r = .43$, lo que indica que si medimos la calidad de vida tanto de manera subjetiva como de manera objetiva las puntuaciones aumentan de manera proporcional, es decir, cuando aumenta una aumenta la otra.

Otro dato que podemos mencionar es la relación existente entre la depresión y la ansiedad. Se ha encontrado una $r = 0,42$ (moderada), lo que apuntaría que cuando hay depresión también tiende a haber ansiedad. Además, la depresión también se ha relacionado con estrés percibido, aunque con menos intensidad, pues tiene una $r = ,32$, lo que revela que cuando hay más depresión, también hay más estrés.

Por último, la ansiedad también se ha relacionado con el estrés de una manera moderada ($r = ,46$), lo que indica que a más ansiedad también hay más estrés (**Tabla 4**).

Tabla 4. Correlaciones

		Resiliencia	Calidad de vida (obj)	Calidad de vida (subj)	Depresión	Ansiedad	Estrés
Resiliencia	R de Pearson						
	Sig. (bilateral)	--					
	N						
Calidad de vida (obj)	R de Pearson	,426**					
	Sig. (bilateral)	,004	--				
	N	44					
Calidad de vida (subj)	R de Pearson	,458**	,430**				
	Sig. (bilateral)	,002	,004	--			
	N	44	44				
Depresión	R de Pearson	-,626**	-,533**	-,399**			
	Sig. (bilateral)	,000	,001	,007	--		
	N	44	44	44			
Ansiedad	R de Pearson	-,095	-,337*	-,176	,426**		
	Sig. (bilateral)	,541	,025	,254	,004	--	
	N	44	44	44	44		
Estrés	R de Pearson	-,087	-,221	-,061	,328*	,465**	
	Sig. (bilateral)	,574	,150	,693	,030	,001	--
	N	44	44	44	44	44	

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Análisis de la relación entre la resiliencia y las variables sociodemográficas

Se analizaron por último las variables que pudieran guardar relación con el nivel de resiliencia. En primer lugar se analizó la variable “edad” mediante una R de Pearson y no se encontró una relación significativa ($r = ,26$; $p = 0,085$), es decir, que los datos señalan que los niveles de resiliencia no varían en función de ser más o menos mayor. Después se analizaron las variables sexo, tipo de ingreso y la existencia o no de hijos mediante una comparación de medias con la T de Student, y solo el tipo de ingreso resultó ser significativo ($T = 3,02$; $p = 0,004$). Aquellos residentes ingresados de forma voluntaria tenían un mayor grado de resiliencia ($\bar{X} = 132,61$) que los residentes ingresados de forma forzosa ($\bar{X} = 116,77$). Por último, se realizó un ANOVA en la variable de estado civil, por tener cinco niveles, y no se encontró una relación significativa con la resiliencia ($F = 0,78$; $p = 0,542$) (**Tabla 5**)

Tabla 5. Relación entre la resiliencia y las variables sociodemográficas

		R de Pearson	
Resiliencia	Edad	$r = 0,263$	$p = 0,085$
			T de Student
	Sexo	$T = - 1,56$	$p = 0,125$
	Tipo de ingreso *	$T = 3,02$	$p = 0,004$
	Hijos	$T = 0,47$	$p = 0,638$
		ANOVA	
	Estado civil	$F = 0,78$	$p = 0,542$

* Es significativa al nivel 0,05 ($p < 0,05$).

Discusión

El ingreso en una residencia es un suceso vital relevante en la vida de muchas personas mayores. En este estudio hemos encontrado que, en personas mayores que viven en una residencia, un mayor nivel de resiliencia está relacionado con un menor grado de depresión y una mejor calidad de vida. La resiliencia no guardó relación estadística en esta población con el grado de ansiedad o estrés percibido. Por tanto, nuestra hipótesis sólo se confirmó parcialmente.

Hemos encontrado que a niveles mayores de resiliencia hay menos depresión. Esto parece lógico, pues la resiliencia supone salir fortalecido de una situación estresante y con recursos, por lo que cuando hay niveles altos de resiliencia, esa persona dispondrá de más recursos ante los sucesos que le vayan ocurriendo, reduciéndose así la posibilidad de estancarse en procesos

depresivos, es decir, resultando ser un factor de protección (Inbar, 2011). Esto no quiere decir que las personas con alta resiliencia no pasen por momentos en la vida tristes o en los que se encuentren más pesimistas, si bien habrá menos posibilidades de desencadenar un trastorno depresivo, al tener dichos factores protectores (Jiménez, 2008).

Además de la resiliencia, existen otros factores de protección que pueden ayudar al anciano en la adaptación y en la buena gestión de las diferentes situaciones que pueden precipitar una depresión. Entre ellos podría figurar la autoestima, el entorno social o el grado de optimismo. Estos factores pueden ayudar a los ancianos a sobreponerse a situaciones más tristes o de más desolación, saliendo adelante sin desarrollar un trastorno depresivo (Jiménez, 2011). Por otro lado, no podemos olvidar que también hay factores que pueden facilitar la depresión o agravarla, como los sentimientos de abandono, las dificultades u obstáculos sociales o económicos, o la falta de apoyo social, que requieren que el anciano tenga que llevar a cabo mayores esfuerzos para la adaptación empleando así todos sus recursos de resistencia disponibles (Delgado, 2001; Yanguas, 2006).

Se tiende a pensar que la depresión es un trastorno muy común en quienes viven en residencias. Sin embargo, se ha podido observar que no es así, pues la gran mayoría de las personas ingresadas no presentaban depresión. La prevalencia de depresión establecida en nuestro estudio, según la escala GDS (que no es un criterio clínico, aunque tiene buena especificidad), es similar a la de otros estudios, alrededor de un 10%. Bien es cierto que muchos pueden tener algunos síntomas depresivos sin cumplir criterios diagnósticos de depresión. Algunos autores justifican la baja prevalencia de la depresión en residencias haciendo referencia al posible enmascaramiento del trastorno con otros problemas de salud más significativos (Aracil et al., 2014; Riquelme et al., 2006; Ruíz et al., 2014; Seitz et al., 2010). En este estudio no se ha podido valorar este último aspecto, puesto que se partía de una muestra sana sin deterioro cognitivo ni enfermedades graves.

Un segundo hallazgo que hemos encontrado en este estudio es que mayores niveles de resiliencia se asocian a mayores niveles de calidad de vida. Esto también parece lógico, pues en la medida que una persona dispone de más repertorios de conducta, más recursos o más fortalezas podrá hacer frente de una manera más adaptativa a las situaciones de crisis, y de esa manera la sensación general será de mayor bienestar. Sin embargo, uno de los factores que más parece influir en los niveles de calidad de vida, tanto cuando es medida de manera objetiva como cuando es medida de manera subjetiva, es el hecho de plantearse metas realistas, fáciles de lograr y planteadas de forma optimista, es decir, reestructurar la percepción de uno mismo ajustándose a dichas metas, de manera que haya menos sentimientos de frustración y más calidad de vida (Molina et al., 2008; Zamarrón, 2006). Otro factor que puede influir en la calidad de vida, y muy relacionado con el anterior, es el propio ingreso en la residencia. Las

personas mayores que ingresan cambian de domicilio, de vida, de horarios y de entorno social, y tienen que empezar de nuevo a reestructurar la y adaptarse a todos los cambios de forma simultánea (Molina et al., 2008). En un primer momento el afrontamiento podría parecerles muy negativo, pero se ha comprobado que la actitud del residente va cambiando con el tiempo (Fernández, 2009). En nuestra muestra el tiempo de estancia en la residencia era mayoritariamente largo, por lo que los resultados podrían ser distintos si se hubieran tomado solo residentes en sus primeros meses de estancia.

En este estudio, en contra de nuestra hipótesis, no hemos encontrado relación entre la resiliencia y el nivel de estrés o el grado de ansiedad la ansiedad. En primer lugar, parece que lo normal es pensar que a mayores niveles de resiliencia habrá menos niveles de estrés (Jiménez, 2008). Sin embargo, en el estudio no tenemos datos que nos confirmen esta hipótesis, es decir, no se ve una relación clara entre los recursos obtenidos y la resolución de problemas ante los estresores (como por ejemplo ante el hecho de convivir con personas desconocidas, aceptar nuevas reglas que la institución impone, afrontar pérdidas como de la casa, la intimidad, la libertad, etc.). Concretamente en toda la muestra, no se han obtenido niveles altos de estrés, lo que nos lleva a señalar que quizás en esta etapa vital existan otras maneras de adaptación beneficiosas que hagan que los estresores no se cronifiquen (Delgado, 2001; Stefani y Feldberg, 2006).

En segundo lugar, tampoco hemos observado una relación entre la resiliencia y ansiedad, cuando nuestras hipótesis iban orientadas a demostrar que a mayores niveles de resiliencia encontraríamos niveles más bajos de ansiedad. Esto puede deberse a que igual que en la depresión, se pueden percibir bien los síntomas ansiosos pero no llegando a cumplir los criterios necesarios para establecer un diagnóstico (Yanguas, 2006) o también por estar encubierto con trastornos mentales más graves (Lluís y Jarne, 2006; Pérez, 2007). No obstante, no solo no hemos encontrado la relación entre ambas variables, sino que también hemos podido observar que la mayoría de los participantes del estudio no padece de ansiedad, cuando lo que se tiende a pensar es que es una etapa vital en la que sí que es común y frecuente este trastorno sobretodo como consecuencia de falta de apoyo social o por verse dificultados, física o mentalmente, ante tareas que anteriormente sí podían llevar a cabo (Canto y Castro, 2004).

Si hemos observado que hay mucha relación entre el estrés y la ansiedad, y puede deberse, como dicen algunos autores, a que ambos tienen procesos biológicos similares y que por ello hay ciertos síntomas o manifestaciones que pueden interaccionar entre sí (Begoña et al., 2013). De igual manera, hemos encontrado una relación entre la ansiedad y la depresión, algo que es bien conocido (Lluís y Jarne, 2006). Llama la atención este resultado porque hemos podido observar mucha relación de la depresión con la resiliencia y, sin embargo, no se ha observado la relación con la ansiedad. ¿No cabría pensar que si se relaciona la depresión con la

resiliencia y la depresión con la ansiedad, que entre ansiedad y resiliencia también la hubiera? Esta ausencia de relación puede deberse a que en verdad la relación no exista, o deberse a fallos del estudio en cuanto a aspectos como escasez de la muestra, muestra provenientes de una residencia con mucha atención al trastorno o con fallos en el diagnóstico, etc. (Lluís y Jarne, 2006; Yanguas, 2006).

Por último, destacar la relación existente entre la resiliencia y el tipo de ingreso. Hemos encontrado la relación entre ambas variables, puede deberse a la posibilidad de que a mayor resiliencia mejor sea llevado el ingreso, es decir, que cuando tenemos una resiliencia alta podremos afrontar mejor pese a si el ingreso es forzoso o voluntario. Además se ha comprobado que el ingreso forzoso en la residencia promueve síntomas de depresión en el anciano (Estrada et al., 2013), por lo que es una variable que hay que tener muy en cuenta.

Importancia práctica de los resultados

Pensamos que la relación encontrada entre una mayor resiliencia - es decir, una alta capacidad de afrontamiento ante las situaciones de crisis generando recursos - y una mejor calidad de vida con menor grado de depresión podría ser un punto de partida a la hora de diseñar programas de intervención.

El hecho de que la resiliencia pueda ser un proceso adquirido implicaría la posibilidad de intervenir sobre ella, de manera que se sería posible conseguir su desarrollo en un individuo mayor, permitiéndole así mejorar la respuesta ante las situaciones adversas y reduciendo las consecuencias negativas de estas situaciones. Se podría plantear la hipótesis de que cualquier mecanismo que produzca un aumento de la resiliencia podría mejorar algunos aspectos de la adaptación de los mayores el ingreso en una residencia de ancianos. Nos gustaría que este trabajo ayudase de manera que se pudieran fomentar medidas de refuerzo o técnicas de facilitación del afrontamiento de esta u otras crisis vitales para que la entrada en la residencia de estas personas fuera más adaptativa y beneficiosa. Además, sería importante también, hacer ver la importancia de detectar, evaluar y tratar tanto la depresión como la ansiedad de las personas mayores en residencias de cara a intervenir en ellas antes de que puedan ser ocultadas por otros problemas como podría ser una demencia.

Futuras líneas de investigación

Uno de los aspectos sobre el cual podríamos ampliar este estudio, podría ser acerca del propio concepto de resiliencia. En este estudio se ha contemplado solo una parte de lo que engloba este concepto, que es mucho más amplio. El término resiliencia es muy novedoso y por

ello, aún requiere que se lleven a cabo más estudios que profundicen en él y lo delimiten mejor. Concretamente, se podrían buscar más aspectos positivos relacionados con la resiliencia sobre los que podríamos incidir, de manera que se generen o potencien más factores de protección para que la persona se pueda adaptar mejor a los sucesos que les puedan ocurrir. Es decir, se podría intentar conceptualizar mejor el concepto buscando sus componentes más prácticos sobre los que poder intervenir. En este sentido, tal vez sería útil considerar la validez y amplitud de la escala empleada en esta población. Aunque en nuestro estudio pareció una escala fiable, podría intentarse validar una escala que esté mejor adaptada y más breve para la mejor aplicación a personas mayores.

Por otra parte, podríamos en un futuro diseñar programas de envejecimiento activo que ayuden en este objetivo de aumentar la resiliencia, de manera que la estimulación de las áreas más deficitarias consigan que los ancianos puedan adaptarse mejor a todo tipo de situaciones, ya sea el ingreso en una residencia u cualquier otra situación estresante que pueda necesitar de recursos para afrontarla de manera beneficiosa.

Por último, en cuanto a aspectos técnicos de la investigación, podríamos contemplar la opción de hacer el estudio en una muestra mayor, lo que permitiría dividir la muestra en función de los niveles de resiliencia en tres grupos (alta, media y baja) para poder analizar y valorar mejor los datos y su coherencia y, asimismo, extrapolarlos a otras situaciones similares que puedan surgir esta población.

Limitaciones o críticas

Una primera limitación que nos encontramos en la investigación fue el tamaño de la muestra. No se pudo generalizar los resultados puesto que el número de participantes no fue muy abundante. Además, se juntó el hecho de que no se pudo obtener una muestra muy homogénea, esto fue debido a que en esta población concreta predominan las mujeres viudas, y por tanto encontrar el mismo número de hombres fue más complejo. De ahí que no hayamos podido analizar las variables en función del sexo.

Otra limitación que encontramos en el estudio fue la fiabilidad de las escalas empleadas. La mayoría mostraron una elevada fiabilidad, sin embargo, la escala de calidad de vida y la escala de estrés obtuvieron una fiabilidad media baja. Esto pudo deberse a varios factores como por ejemplo, pocos sujetos, dificultad en la comprensión de las preguntas del cuestionario o simplemente que para esta muestra concreta no fue válido el cuestionario. En cualquier caso, sería conveniente investigar más qué ha podido ocurrir para ver qué otros factores han podido interferir y tenerlo en cuenta a la hora de hablar de los resultados.

Agradecimientos

Gracias a la colaboración de las residencias Adavir de Ciudad Lineal y de San Agustín de Guadalix se pudo llevar a cabo el siguiente estudio. Por ello, queremos agradecer a Rosa, Nieves, Ainhoa y Sara por su disposición y facilitación de la muestra.

Referencias

- Aracil, D., Esteso, M. E., Girón, M. y López, M. (2014). Factores de riesgo determinantes en la aparición de depresión en ancianos. *Revista de Fundamentos de Psicología*, 6(1), 47-54.
- Baile, J. I. (2007). Psicología y envejecimiento. El acercamiento a la psicología de la vejez a comienzos del siglo XXI. *Informes Portal Mayores*, 72, 1-16.
- Balo, A. (2013). *Evaluación y seguimiento del estado cognitivo y afectivo de una muestra de personas mayores institucionalizadas*. Tesis no publicada, Departamento de Medicina, Universidad de A Coruña. Descargado de http://ruc.udc.es/bitstream/2183/11669/2/BaloGarcia_Aranzazu_TD_2013.pdf
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología Clínica*, 11(3), 125-146.
- Begoña, M., Briones, A. y Ballesteros, S. (2013). Programa combinado para mejorar el estado emocional y prevenir el deterioro cognitivo de adultos mayores institucionalizados. *Información Psicológica*, 106, 41-53.
- Brandburg, G. L., Symes, L., Mastel-Smith, B., Hersch, G. y Walsh, T. (2013). Resident strategies for making a life in a nursing home: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 862-874.
- Cabanyes, J. (2010). Resiliencia: una aproximación al concepto. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(4), 145-151.
- Canto, H. G. y Castro, E. K. (2004). Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. *Enseñanza e investigación en psicología*, 9(2), 257-270.
- Cardona, D. (2013). Envejecimiento poblacional: reto a la salud pública. *Revista CES Salud Pública*, 4(2), 82-83.
- Cheng, S. T., Lee, C. K. L. y Chow, P. K. Y. (2010). Social support and psychological well-being of nursing home residents in Hong Kong. *International Psychogeriatrics*, 22(7), 1185-1190.
- Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R. y Vaupel J. W. (2009). Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet*, 374(9696), 1196-208.
- Delgado, L. (2001). Intervención psicosocial en residencias para personas mayores. *Cuadernos de Trabajo Social*, 14, 323-339.

- Drageset, J., Eide, G. E. y Ranhoff, A. H. (2013). Anxiety and depression among nursing home residents without cognitive impairment. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 27(4), 872-881.
- Escobar, M. A., Botigué, T., Jürschik, P., Nuin, C. y Blanco, J. (2013). Sintomatología depresiva en ancianos. La influencia del género. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 48(2), 59-64.
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, A. M., Ordoñez, J., Osorio, J. J. y Chavarriaga, L. M. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica*, 12(1), 81-94.
- Ezzati, A., Jiang, J., Katz, M. J., Sliwinski, M. J., Zimmerman, M. E. y Lipton, R. B. (2014). Validation of the perceived stress scale in a community sample of older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(6), 645-652.
- Fernández, J. J. (2009). *Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba*. Tesis Doctoral, Departamento de Antropología, Universidad de Valencia. Descargado de <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/15670/fgarrido.pdf?sequence=1>
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). La psicología de la vejez. *Encuentros multidisciplinares*, 16, 1-11.
- Fernández-Lansánc, V. y Crespo, M. (2011). Resiliencia, personalidad resistente y crecimiento en cuidadores de personas con demencia en el entorno familiar: una revisión. *Clínica y Salud*, 22(1), 21-40.
- Fernández-Lansánc, V., Crespo, M., Cáceres, R. y Rodríguez, M. (2012). Resiliencia en cuidadores de personas con demencia: estudio preliminar. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 47(3), 102-109.
- Gómez-Busto, F. (2007). Residencias de ancianos: de «casas de misericordia» a centros gerontológicos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 42(1).
- Heilemann, M. V., Lee, K. y Kury, F. S. (2003). Psychometric properties of the Spanish version of Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 11, 61-72.
- Herdman, M., Badia, X. y Berra, S. (2001). El EuroQol-5D: Una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Atención primaria*, 28(6), 425-429.7
- Hidalgo, M. y Miralles, B. (2014). Vulnerabilidad y resiliencia: medios y miedos. *Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo*, 32, 97-105.

- Iglesias, J. (2001). *La soledad en las personas mayores: Influencias Personales, Familiares y Sociales. Análisis Cualitativo*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Descargado de <http://www.iscet.pt/sites/default/files/obsolidao/Artigos/La%20soledad%20en%20las%20personas%20mayores.pdf>
- IMSERSO (2012). *Informe 2012. Las Personas Mayores en España Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*. Descargado de <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/infoppmm2012.pdf>
- Inbar, J. (2011). Resiliencia, prevención y afrontamiento de la depresión y crecimiento posterior desde una perspectiva psicoterapéutica integrativa. *Revista electrónica de Psicología*, 15(1). Descargado de <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/viewFile/1218/1127>
- Instituto Nacional de Estadística (2012). *Esperanza de vida a los 65 años en la UE por periodo y sexo. Brecha de género*. Descargado de: http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?type=pcaxis&path=/t00/mujeres_hombres/tablas_1/10/&file=d01009.px
- Jiménez, M. G. (2008). Resiliencia y vejez. *Informes Portal Mayores*, 80, 1-17.
- Jiménez, M. G. (2011). La resiliencia, el tesoro de las personas mayores. *Revista española de geriatría y gerontología*, 46(2), 59-60.
- Lázaro, V. y Gil, A. (2010). Cómo perciben los ancianos que viven en ambientes residenciales sus relaciones sociales con el mundo exterior. *Revista de Humanidades: Cuadernos del Marqués de San Adrián*, 7, 29-40.
- Lluís, J. y Jarne, A. (2006). Trastornos mentales en la vejez. En C. Triadó y F. Villar (Comps.), *Psicología de la Vejez*, (pp. 341-364). Madrid: Alianza Editorial.
- Martinez, J., Onís, M. C., Dueñas, R., Aguado, C., Albert, C. y Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el cribado de depresión en mayores de 65 años: Adaptación y validación. *Medifam*, 12, 620-630.
- Menezes, V., Fernández, B., Hernández, L., Ramos, F. y Contador, I. (2006). Resiliencia y el modelo Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, 18(4), 791-796.
- Molina, C., Meléndez, J. C. y Navarro, E. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de psicología*, 24(2), 312-319.
- Monroy, B. G. y Palacios, L. (2011). Resiliencia: ¿Es posible medirla e influir en ella? *Salud Mental*, 34, 237-246.

- Mykletun, A., Stordal, E. y Dahl, A. A. (2001). Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale: factor structure, item analyses and internal consistency in a large population. *The British Journal of psychiatry: the journal of mental science*, 179, 540-544.
- Nebel, S. (2008). Resiliencia: A Qualitative Meta-Synthesis. University of Denver. *Mental Health Center of Denver*.
- Onwuameze, O. E. y Paradiso, S. (2014). Social Adaptive Functioning, Apathy, and Nondysphoric Depression among Nursing Home-Dwelling Very Old Adults. *Psychopathology*, 47(5), 319-26.
- Ortíz, M. D., Díaz, L., Mielgo, A., Ramos, C. (2000). Programa de adaptación en centros de personas mayores. *Papeles del Psicólogo*, 76.
- Palgi, Y. (2013). Ongoing Cumulative Chronic Stressors as Predictors of Well-Being in the Second Half of Life. *Journal of Happiness Studies*, 14(4), 1127-1144.
- Pérez, R. (2007). Tratamiento de la ansiedad en el adulto mayor. *GEROINFO*, 2(1), 1-15.
- Remor, E. (2009). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93.
- Resnick, B. A. y Inquinto, P. L. (2011). The resilience Scale: psychometric properties and clinical applicability in older adults. *Archives of psychiatric nursing*, 25(1), 11-20.
- Riquelme, A. (1997). *Depresión en residencias geriátricas: un estudio empírico*. Murcia: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Riquelme, A., Buendía, J. y López, A. (2006). Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación de la depresión en ancianos. *Psicothema*, 18(2), 288-292.
- Rodrigues, R., Huber, M. y Lamura, G. (eds.) (2012). *Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care*. Viena: European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- Ruíz, G., y López, A. (2012). Resiliencia psicológica y dolor crónico. *Escritos de psicología*, 5(2), 1-11.
- Ruíz, L. J., Cangas, A. J. y Barbero, A. (2014). Intervención breve en Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en ancianos institucionalizados con sintomatología depresiva. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(3), 445-458.
- Salgado, A. C. (2005). Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: una alternativa peruana. *Liberabit*, 11, 41-48.
- Sanford, A.M., Orrell, M., Tolson, D., Abbatecola, A. M., Arai, H., Bauer, J. M., Cruz-Jentoft, A. J., Dong, B., Ga, H., Goel, A., Hajjar, R., Holmerova, I., Katz, P. R., Koopmans, R.

- T., Rolland, Y., Visvanathan, R., Woo, J., Morley, J. E. y Vellas, B. (2015). An international definition for “nursing home”. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(3), 181-184.
- Santos, S. S. C., Tier, C. G., Silva, B. T., Barlem, E. L. D., Felicianni, A. M. y Valcarenghi, F. V. (2010). Diagnósticos e intervenciones de enfermería para ancianos con depresión y residentes en una institución de larga estancia. *Enfermería Global*, 9(20). Descargado de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/110811/105151>
- Seitz, D., Purandare, N. y Conn, D. (2010). Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 22(7), 1025-1039.
- Smalbrugge, M., Jogenelis, L., Pot, A. M., Eefsting, J., Ribbe, M. y Beekman, A. (2006). Incidence and outcome of depressive symptoms in nursing home patients in the Netherlands. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(12), 1069-1076.
- Snowdon, J. (2010). Depression in nursing homes. *International Psychogeriatrics*, 22(7), 1143-1148.
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (1995). *Residencias para personas mayores. Manuela de orientación* (1ª ed.). Barcelona: SG Editores.
- Stefani, D. y Feldberg, C. (2006). Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez: Un estudio comparativo en senescentes Argentinos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología*, 22(2), 267-272.
- Terol, M.C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martín-Aragón, M., Pastor, M. A. y Reig, M. T. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Estrés (HAD) en población española. *Ansiedad y Estrés*, 13(2-3), 163-176.
- Torres, I. (2014). *Funcionamiento neuropsicológico y emocional en el envejecimiento. Estudio comparativo entre ancianos institucionalizados y no-institucionalizados*. Tesis Doctoral, Departamento de Psicología y Antropología, Universidad de Extremadura. Descargado de http://dehesa.unex.es:8080/xmlui/bitstream/handle/10662/1778/TDUEX_2014_Pena_IT.pdf?sequence=1
- Urzúa, A., Bravo, M., Ogalde, M. y Vargas, C. (2011). Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. *Revista Médica de Chile*, 139(8), 1006-1014.
- Vélez, P. (2007). La resiliencia: nuevo abordaje del trauma. *Ciencia y cuidado*, 4(4), 58-62.

- Villar, F. (2005). El enfoque del ciclo vital: hacia un abordaje evolutivo del envejecimiento. En S. Pinazo y M. Sánchez, *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas* (pp. 147-181). Madrid: Pearson.
- Wagnild, G., y Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- Washburn, A. M. (2005). Relocation puts elderly nursing home residents at risk of stress, although the stress is short lived. *Evidence Based Mental Health*, 8(2), 49.
- Wild, K., Wiles, J. y Allen, R. (2013). Resilience: thoughts on the value of concept for critical gerontology. *Ageing and Society*, 33, 137-158.
- Yanguas, J.J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid, IMSERSO, Colección Estudios: Serie Personas Mayores.
- Zaidi, A. (2008). Características y retos del envejecimiento de la población: La perspectiva europea. *Policy Brief, European Centre*, marzo. Descargado de http://www.euro.centre.org/data/1242392033_86769.pdf
- Zamarrón, C. y Fernández-Ballesteros, R. (2000). Satisfacción con la vida en personas mayores que viven en sus domicilios y en residencias. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 35(2), 17-29.
- Zamarrón, M. D. (2006). El bienestar subjetivo en la vejez. *Informes portal Mayores*, 52, 1-19.
- Zigmond, A. S. y Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychiatr Scand*, 67, 361-370.