



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y
VARIABLES RELACIONADAS (CALIDAD
DE VIDA, DEPRESIÓN, RESILIENCIA Y
AUTOESTEREOTIPO) EN FUNCIÓN DEL
LUGAR DE RESIDENCIA**

Autor: Teresa Navarro Pastor

Tutor profesional: Macarena Sánchez-Izquierdo Alonso

Tutor Metodológico: David Paniagua Sánchez

Madrid

Mayo 2019



**ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y VARIABLES RELACIONADAS
(CALIDAD DE VIDA, DEPRESIÓN, RESILIENCIA Y
AUTOESTEREOTIPO) EN FUNCIÓN DEL LUGAR DE RESIDENCIA**

Teresa
Navarro
Pastor

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento activo es un fenómeno cada vez más frecuente en la etapa de la vejez que contempla una serie de variables que optimizan el proceso de envejecer. El presente estudio tiene como objetivo aportar una visión más completa de las variables que influyen en el envejecimiento activo y que necesitan de una mayor investigación: calidad de vida, depresión, resiliencia y autopercepción del envejecimiento, en función del lugar de residencia del mayor.

Material y métodos: En el estudio realizado han participado voluntariamente 30 personas mayores institucionalizadas y 31 personas mayores que viven en comunidad (edad media 82,4 años, 77,0% mujeres y 23,0% hombres). Se ha evaluado la calidad de vida mediante el cuestionario OMS WHOQOL-BREF, la depresión mediante la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), la resiliencia mediante la Escala de resiliencia (ER) y la autopercepción del envejecimiento mediante la elaboración de una batería de cinco ítems de la Escala Moral Philadelphia.

Resultados: Los resultados encontrados han mostrado que niveles de calidad de vida, depresión, resiliencia y autopercepción del envejecimiento en personas mayores que están institucionalizadas y en personas que viven en su propio domicilio son similares.

Conclusiones: La institucionalización del mayor no necesariamente tiene que estar relacionada con características negativas y por tanto, con la disminución de la calidad de vida del mayor. Es necesario realizar más investigaciones que tengan en cuenta las distintas variables que influyen en el envejecimiento activo y que comparen estas variables en personas mayores institucionalizadas y personas mayores que viven en su propio domicilio.

Palabras clave: Personas mayores, Envejecimiento activo, Calidad de vida, Depresión, Resiliencia, Autoestereotipo, Institución, En comunidad.

ABSTRACT

Introduction: Active ageing is an increasingly common phenomenon in the stage of old age that considers variables that optimize the aging process. The current aimed to provide a more complete view of the variables that influence active ageing and that need further research: quality of life, depression, resilience and self-perception of aging, depending on the place of residence of the elderly.

Material and methods: 30 institutionalized elderly people and 31 elderly people living in the community participated voluntarily (mean age 82.4 years, 77.0% women and 23.0% men). The quality of life was evaluated through the WHOQOL-BREF questionnaire, depression through the Geriatric Depression Scale (GDS), resilience through the Resilience Scale (ER) and the self-perception of aging through the development of a five-item battery of the Philadelphia Moral Scale.

Results: The levels of quality of life, depression, resilience and self-perception of aging that have been found to be similar in elderly people who are institutionalised and those living in their own home.

Conclusions: The institutionalisation of the elderly does not have to be related to negative characteristics and, therefore, to a decrease in the quality of life. It is necessary to carry out more research that takes into account the different variables that influence active ageing and that compare these variables in institutionalized elderly people and elderly people living in their own homes.

Key words: Elderly people, Active Ageing, Quality of life, Depression, Resilience, Auto-stereotype, Nursing homes, In community.

Introducción

La esperanza de vida ha mejorado considerablemente en los últimos años y con su aumento, el envejecimiento se convierte en un gran desafío para las sociedades (Gañán y Villafruela, 2015). Saavedra y Acero (2017) refieren que *“el envejecimiento es un proceso dinámico, gradual, natural e inevitable, que se desarrolla en los aspectos biológicos, psíquicos y sociales de los sujetos y que está estructurado en torno al tiempo”* (p.3).

En España, según los datos publicados en el Padrón Continuo del Instituto Nacional de Estadística (INE, citado en Abellán, Ayala, Pérez y Pujol, 2018) hay 8.764.204 personas con una edad de 65 años o más, suponiendo un 18'8% del total de la población española (46.572.132). El cambio en la estructura se debe principalmente al aumento de la esperanza de vida, a la disminución de la mortalidad y a la caída de las tasas de fecundidad (OMS, 2015). Según el Tercer Informe sobre Demografía publicado por la Comisión Europea y la Oficina Europea de Estadísticas (2011, citado en Vicente, 2011), España es el primer país de Europa en esperanza de vida. La esperanza de vida al nacer no afecta por igual a los dos sexos, existe una fuerte *feminización del envejecimiento* ya que la esperanza de vida es mayor para las mujeres. En 2016, las mujeres españolas tuvieron una esperanza de vida de 85'8 años y los hombres de 80'3 años (Abellán et al., 2018).

Envejecer es un proceso que no tiene un comienzo claro y que va ocurriendo a lo largo de la vida del individuo. Tiene que ver con condiciones genéticas, biológicas, sociales y psicológicas, por lo que la heterogeneidad que encontramos dentro de la vejez es muy amplia (Fernández-Ballesteros, Caprara y García, 2004). Al mismo tiempo, la manera de mirar esta etapa vital presenta una gran diversidad; existe un continuum desde un modelo centrado en las carencias -proveniente de Aristóteles- considerando la vejez como una etapa de deterioro y ruina, a lo que Séneca añadió que se trata de una enfermedad incurable; hasta un modelo positivo -propuesto por Platón- basado en la importancia de la participación social en la edad avanzada y en el respeto de la sociedad hacia el mayor (Cardona-Arango y Peláez, 2015; Lehr y Thomae, 2003). Actualmente, atendiendo a este continuum encontramos diversas formas de envejecimiento: personas mayores que padecen enfermedades crónicas, sufren fuertes deterioros y son dependientes, junto a otras que mantienen una adecuada salud, son autónomas y permanecen activas e implicadas en la sociedad (Fernández-Ballesteros, Caprara, Iñiguez y García, 2005; OMS, 2015).

Envejecimiento activo

Dentro de las diversas formas de envejecimiento existen nuevos planteamientos que buscan acercarse al modelo positivo de vejez.

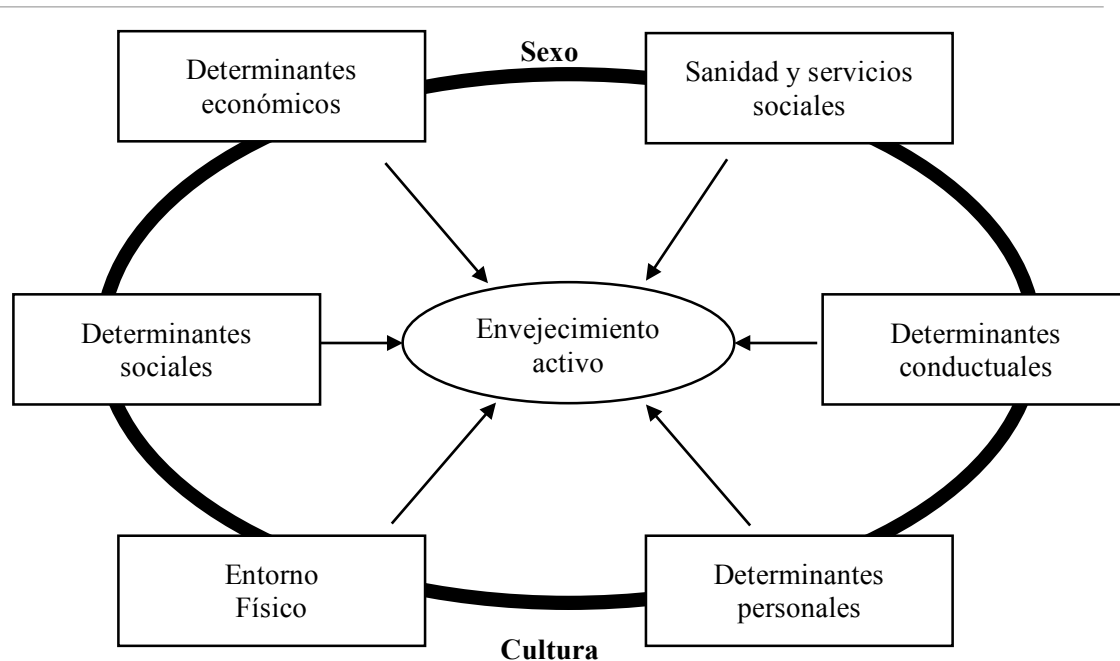
En los años 1980 y 2002 se llevaron a cabo los dos planes internacionales de Envejecimiento Activo de las Naciones Unidas (UN 1980, 2002), que fueron publicados junto

con el II Plan de Acción sobre el envejecimiento por la OMS. Estos documentos apoyaban que una mayor longevidad debe estar acompañada de oportunidades para la independencia, salud, productividad y protección, y denominaron este concepto “Active Ageing” o “envejecimiento activo”, definido como *“the process of optimizing opportunities for physical, social and mental well-being throughout the life course, in order to extend healthy life expectancy, productivity and quality of life in older age”* (WHO, 2001, p.17). Posteriormente, este concepto fue enriquecido por el International Longevity Centre (ILC, 2015) que lo definió como *“the process of optimizing opportunities for health, lifelong learning, participation and security to enhance quality of life as people age”* (p.20). Atendiendo a las definiciones de envejecimiento activo, sus objetivos son: 1) que la persona mayor participe de forma continua en la vida social, económica, cultural, espiritual y ciudadana y no sólo desarrollando una actividad profesional o manteniéndose físicamente activa; 2) prevenir y promocionar la salud mejorando las políticas de forma que no solo se centren en medidas paliativas o curativas; 3) atender a la diversidad que existe dentro del colectivo personas mayores (OMS, 2002).

Aparecen también asociados los términos: envejecimiento saludable, haciendo referencia a las condiciones de salud; envejecimiento productivo, considerando la intencionalidad y resultados de seguir queriendo mantenerse activo y envejecimiento satisfactorio, teniendo en cuenta los beneficios propios de cada sujeto (Limón y Ortega, 2011).

El envejecimiento activo contempla una serie de determinantes: factores sociales, medioambientales y económicos, así como los servicios sociales y de salud, los factores personales y los comportamentales.

Figura 1. Determinantes del envejecimiento activo.



Fuente: Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo. Un marco político. *Revista española de geriatría y gerontología*, 37(2), 74-105.

Variables transversales (sexo y cultura). Tanto el sexo como la cultura son variables que inciden en el resto de factores, por ello se denominan transversales. El género puede tener efecto en factores como la condición social, la forma en que las personas mayores acceden a la atención médica, el trabajo significativo y los alimentos nutritivos. Los valores y las tradiciones culturales determinan cómo una sociedad considera a las personas mayores. El género y la cultura son el sustento de las diversas opciones políticas para que éstas tengan efecto en el bienestar de los diferentes subgrupos de población (López, 2008; WHO, 2001).

Salud y servicios sociales. Los sistemas de salud, para poder promover el envejecimiento activo, deben adoptar una perspectiva de curso de vida centrada en la promoción de la salud, prevención de enfermedades, el acceso equitativo a la atención primaria y un enfoque equilibrado de atención a largo plazo. Uno de los mayores desafíos en la política de salud es encontrar un equilibrio entre el autocuidado, el apoyo formal (cuidado al mayor de familiares y amigos) y atención formal (salud y asistencia social) (López, 2008; Vicente, 2011; WHO, 2001).

Factores comportamentales. Uno de los mitos sobre la edad avanzada es que a esta edad ya es demasiado tarde adoptar comportamientos de estilo de vida saludables. Participar en una actividad física adecuada, comer sano, no fumar y consumir alcohol y medicamentos de manera inteligente puede prevenir enfermedades y deterioro funcional, extender la longevidad y mejorar la calidad de vida (López, 2008; WHO, 2001).

Factores personales. Dentro de éstos son clave en el envejecimiento de una persona la biología y la genética, influyendo en el desarrollo de enfermedades crónicas como las diabetes, la enfermedad cardíaca, la enfermedad de Alzheimer y ciertos tipos de cáncer. También son predictores del envejecimiento activo y la longevidad factores psicológicos como la personalidad, el manejo de estrés y estilos de afrontamiento ante situaciones difíciles o conflictivas, la creencia de autoeficacia y el control interno del individuo, el afecto positivo y el enfrentamiento a la depresión mediante el manejo de actividades agradables y del pensamiento positivo (Baltes y Cartensen, 1996; Fernández-Ballesteros, 2017; Fernández-Ballesteros et al., 2005; López, 2008; WHO, 2001). Pero tal y como afirma Kirkwood (1999), el 25% es genética mientras que el 75% es comportamental.

Factores del entorno físico. Una vivienda segura y adecuada es especialmente importante para el bienestar de los adultos mayores. En el presente trabajo vamos a tener en cuenta el lugar de

residencia del mayor atendiendo a aquellos que viven en una residencia o que viven en comunidad (López, 2008; Vicente, 2011; WHO, 2001).

Factores sociales. La soledad y el aislamiento social tienen un fuerte impacto sobre la salud, la independencia y la productividad en la edad avanzada. Además, el analfabetismo y la falta de educación, el maltrato y la exposición a situaciones de conflicto a personas mayores aumentan enormemente los riesgos de discapacidad y muerte prematura de las personas mayores (López, 2008; Vicente, 2011; WHO, 2001).

Factores económicos. En el entorno económico existen tres factores que ejercen un efecto particularmente significativo: los ingresos, el trabajo y la protección social (Vicente, 2011). Muchas personas no cuentan con ingresos confiables ni suficientes, esto afecta en la salud e independencia del mayor. En relación al trabajo, cada vez es mayor la necesidad de apoyar la contribución activa y productiva que las personas mayores pueden hacer en trabajos remunerados, no remunerados y voluntarios (Vicente, 2011). Esto a su vez ayuda al mayor a aumentar los contactos sociales y el bienestar mental, al mismo tiempo que contribuye de manera significativa a su comunidad (WHO, 2001). Por último, debemos tener en cuenta que en las sociedades deben existir políticas que ofrezcan protección social a personas mayores que están solas o son vulnerables (Vicente, 2011; WHO, 2001).

El término Active Ageing se relaciona con otros términos como exitoso, óptimo, vital o envejecimiento positivo (Baltes y Baltes, 1990; Fernández-Ballesteros, 2008; Rowe y Khan, 1997), que suponen un nuevo paradigma en gerontología, opuesto a aquel focalizado en los déficits o pérdidas, y que hace hincapié en los aspectos positivos del envejecimiento.

Existe una conceptualización muy interesante del envejecimiento activo que puede traer consigo grandes beneficios; consiste en abordarlo desde una naturaleza preventiva que lleve a fomentar la participación y el bienestar no solo al inicio de la vejez, sino a lo largo de todas las etapas vitales (Fernández-Ballesteros et al., 2005; OMS, 2002; Vicente, 2011; Villa, 2010). La puesta en marcha de actuaciones en diferentes ámbitos desde edades tempranas permitirá a los sujetos llegar a ser mayores en las mejores condiciones. Las áreas de intervención consideradas esenciales para un buen envejecimiento son: 1) promover la salud y el ajuste físico y prevenir la discapacidad, 2) optimizar y compensar las funciones cognitivas, 3) desarrollo afectivo y de la personalidad y 4) maximizar la implicación social (Fernández-Ballesteros et al., 2005). Otro aspecto interesante es desarrollar el envejecimiento activo desde una perspectiva individual, es decir, hecho a medida para cada sujeto, diseñando una atención individualizada que tenga en cuenta la gran heterogeneidad que nos encontramos en la población mayor (Fernández-Ballesteros et al., 2005; Urrutia, 2018).

Modelo ecológico de competencia (Lawton y Nahemow, 1973)

Abordar el envejecimiento desde una perspectiva ambiental, es decir, conocer la relación individuo-ambiente en la vejez puede ser útil para llevar a cabo una atención individualizada e integral del sujeto. El *modelo ecológico de la competencia* (Lawton y Nahemow, 1973; Lawton, citados en Izal y Fernández-Ballesteros, 1990) tiene en cuenta las relaciones persona-ambiente y tiene como objetivo identificar los componentes personales y ambientales que intervienen en el proceso de envejecimiento. Este modelo refiere que el comportamiento surge de la capacidad del sujeto para actuar desde su salud biológica, su sensación-percepción, su conducta motora y su cognición, influyendo también la presión ambiental de la situación. Cuando la demanda ambiental es muy alta, el resultado es la aparición de estrés en el mayor, mientras que cuando la demanda es muy baja, se da una disminución de la competencia debido a la falta de práctica. Por tanto, este modelo propone que lo más eficaz sería encontrar un equilibrio entre el nivel de estimulación externa y el grado de sensibilidad perceptiva, sensorial y cognitiva que presenta el sujeto (Izal y Fernández-Ballesteros, 1990).

Observamos que son muchos los factores que influyen en la forma de vivir el proceso de envejecimiento y que por tanto, se puede vivir de maneras muy diversas. Tanto el envejecimiento exitoso como el envejecimiento activo que hemos referido con anterioridad, tienen en común la promoción de un envejecimiento positivo, en el que la persona mayor logre una buena salud física, funcional, cognitiva y social. A pesar de que la búsqueda por conseguir un envejecimiento positivo cada vez cumple un papel más importante en la sociedad, existen variables como los estereotipos o prejuicios de envejecimiento que ponen en riesgo esta consecución, considerándose una amenaza para el mayor y llevando a su discriminación en la sociedad (Fernández-Ballesteros, Olmos, Santacreu, Bustillos y Molina, 2017).

Estereotipos

Las personas mayores son un grupo que enfrentan un tipo de prejuicio complejo que incluye creencias, sentimientos y comportamientos negativos y subjetivamente positivos. El estereotipo del mayor es ambivalente (mixto evaluativamente), es decir, se estereotipa a las personas mayores tanto como positivamente (sujetos con prestigio, experiencia y sabiduría) como negativamente (incompetentes, discapacitados, enfermos, etc.). Se ha comprobado que este estereotipo ambivalente está sustentado a nivel cultural, además de ser persistente, es decir, muy resistente al cambio. (Causapié, Balbotín, Porrás y Mateo, 2011; Cuddy y Fiske, 2002; Fiske, Cuddy, Glick y Xu, 2002).

Los estereotipos son componentes cognitivos que junto con los componentes emocionales (prejuicios) conllevan a emociones como pena, admiración y desprecio (Cuddy et al., 2007). También existen los componentes conductuales que tienen un papel fundamental ya que con ellos surge la discriminación hacia las personas mayores. Hacia este colectivo se desarrollan programas

de atención y protección, se diseñan nuevas políticas dirigidas a áreas como la asistencia sanitaria, la protección social y la vivienda. Este grupo también se enfrenta a la discriminación, maltrato y exclusión por parte de la sociedad. La exclusión les perjudica en gran medida, limita su acceso a recursos emocionales y físicos y tiene consecuencias negativas para la salud. La exclusión lleva a las personas mayores a involucrarse en conductas autodestructivas no intencionales, como pueden ser asumir riesgos irracionales y llevar a cabo conductas poco saludables. Disciplinas como la Psicología o la Sociología aumentan su interés por estos estereotipos y prejuicios para poder poner fin tanto a los sentimientos de pena como a las conductas discriminatorias existentes y poder así mejorar la calidad de vida de nuestros mayores (Causapié et al., 2011; Cuddy y Fiske, 2002; Fiske et al., 2002; Cuddy, Norton y Fiske, 2005; Fernández-Ballesteros, Bustillos y Huici, 2015; Fernández-Ballesteros, Sánchez Izquierdo, Olmos, Huici, Santacreu et al, 2018; IMSERSO, 2016; OMS, 2015; Sarabia y Castanedo, 2015; Twenge, Catanese y Baumeister, 2002).

Actualmente, el modelo que más auge está teniendo es el *modelo de contenido de estereotipos* (SCM, por sus siglas en inglés). Este modelo tiene como base la cultura, considerándolo como un entorno fundamental y generalizado que influye en cómo las personas se sienten, piensan y se comportan. Desde este modelo los estereotipos se consideran ambivalentes, es decir, comprenden puntuaciones altas en una dimensión y puntuaciones bajas en la otra. Las personas mayores por tanto, son vistos como cálidos y afables pero poco competentes y poco ambiciosos. Todavía hoy en día, se tiende a asociar más rápido el término anciano con rasgos de calidez que con rasgos de competencia (Cuddy et al., 2009; Cuddy y Fiske, 2002; Cuddy, Fiske y Glick, 2008).

Otros aspectos relacionados con el envejecimiento activo

El envejecimiento activo, como bien expresan sus definiciones, es un recurso fundamental para aumentar o mantener la calidad de vida de las personas mayores. Entendemos por calidad de vida *“la manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales”* (OMS, citada en Cardona y Higuera, 2014, p. 177).

Calidad de vida

El término calidad de vida es un concepto multidimensional, para la que no existe consenso en su definición, aunque los diversos autores están de acuerdo en la necesidad de abordarla desde una dimensión subjetiva en la que sea la propia persona quién la valore teniendo en cuenta su percepción y no la percepción de terceros (Mora, Villalobos, Vargas y Ozols, 2004;

Robles, Rubio, La Rosa, Vanessa y Nava, 2016; Sena y Moral, 2008; Sifontes, 2012; Vives, Orte y Ballester, 2015; WHOQOL Group, 1995).

La calidad de vida ligada al concepto de salud es considerada fundamental al hablar de la duración de la vida de un sujeto en base a su percepción sobre sus propias limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades debido a enfermedades, secuelas, tratamientos o políticas. La percepción que tenga una persona sobre su estado de salud en un momento dado y lo capaz que se perciba para realizar actividades importantes, determinará su calidad de vida (Patrick y Erickson, 1993; Schwartzmann, 2003). La calidad de vida es un constructo que tiene en cuenta infinidad de factores, por lo que además de salud, también se relaciona con bienestar y satisfacción. Se considera la percepción general de satisfacción en un determinado número de dimensiones clave del sujeto, poniendo especial interés en su bienestar. La percepción que tiene el sujeto sobre su estado de bienestar físico, psíquico y social depende de su historia personal, sus propios valores y creencias y su contexto cultural (Badía y Lara, 2004; Badía y Patrick, 1995; Flecha, 2015; Schwartzmann, 2003).

El grupo WHOQOL (1995) pone énfasis en que la medida de la calidad de vida debe ser subjetiva (percepción del propio sujeto), multidimensional (dominios físico, emocional, social y ambiental), debe incluir tanto los sentimientos positivos como los negativos y debe registrar la variabilidad en el tiempo (etapa vital que se está atravesando y edad). En cuanto a esto último, sabemos que con el aumento de la longevidad, la calidad de vida en personas mayores se convierte en foco de atención. Supone un reto para la sociedad ya que uno de los objetivos fundamentales en las nuevas formas de considerar el envejecimiento (positivo, satisfactorio, activo, productivo, etc.) es mantener e incluso aumentar el nivel de calidad de vida de esta población (Adra, Hopton y Keady, 2017; Farquhar, 1995; IMSERSO, 1993; Kerschner y Pegues, 1998; Limón y Ortega, 2011; Salguero, Mantínez-García, Molinero y Márquez, 2011).

En las personas mayores, la compleja interacción de las características del individuo y su ambiente influyen en su calidad de vida. Estas características conforman los distintos aspectos determinantes del envejecimiento activo, algunos a destacar serían las relaciones familiares y contactos sociales, la salud general, el estado funcional, la disponibilidad económica y la vivienda (Farquhar, 1995; Fletcher, Dickinson y Philp, 1992).

Otras características existentes y en las que nos vamos a centrar en el presente estudio son dentro de los determinantes personales: la depresión, la resiliencia y la autopercepción del envejecimiento. Consideramos que estas características pueden influir considerablemente en el envejecimiento activo de las personas mayores y por tanto, en su calidad de vida. Además, nos parece de especial interés atender al determinante de entorno físico, teniendo en cuenta el lugar de residencia de las personas mayores, ya que el cambio de entorno puede influir en la calidad de vida de éstos.

Depresión

A lo largo de la historia de la psicología se ha tenido más en cuenta y se ha investigado más sobre el afecto negativo (depresión, tristeza, miedo, etc.) que el positivo (bienestar, amor, esperanza, etc.) (Cohen y Pressman, 2006; Fernández-Ballesteros, 2017). El afecto negativo engloba una variedad de estados de ánimo aversivos, entre los que cabe destacar la ansiedad y la depresión (Blazer y Hubels, 2004; Fernández-Ballesteros, 2017; Hu y Gruber, 2008).

La depresión es uno de los trastornos psicológicos más frecuente y de mayor importancia en la población geriátrica, conlleva graves consecuencias como el deterioro funcional que da origen a la incapacidad, sufrimiento y la disminución de la calidad de vida. Constituye además un factor de riesgo de suicidio y de mortalidad en la vejez (Beck, Steer y Brown, 2006; Dow, Lin, Tinney, Haralambous y Ames, 2011; Franco y Gil, 2014; Losada y Strauch, 2014).

La depresión es definida como *“alteración del humor que se caracteriza por el padecimiento de tristeza, reducción de la energía vital, disminución del nivel de actividad, pérdida de interés, de concentración y de la capacidad de disfrutar”* (OMS, citada en Franco y Gil, 2014, p.3714). Actualmente, es considerada como un síndrome con múltiples manifestaciones clínicas: a nivel funcional conlleva abatimiento, tristeza, sentimiento de soledad, irritabilidad, llanto, miedo, pérdida de interés, etc. A nivel cognoscitivo puede aparecer baja autoestima, pesimismo, ideas delirantes, alucinaciones, pensamientos suicidas, duda de valores y creencias, mala memoria y dificultad de concentración entre otras. A nivel físico pueden experimentar trastornos del sueño, dolores, inquietud, etc. Pueden reflejar también una pérdida de motivación o parálisis de la voluntad (Fiske, Wetherell y Gatz, 2009; Franco y Gil, 2014; Kok y Reynolds, 2017; Losada y Strauch, 2014; Riquelme, Martín, Ortigosa y Lechuga, 2008).

La depresión en las personas mayores no se considera una consecuencia normal del proceso de envejecer, sin embargo, los mayores tienen mayor tendencia a presentar síntomas melancólicos (Franco y Gil, 2014; Trigo, 2001).

Hoy en día la detección de la depresión sigue siendo un reto, sobre todo en población mayor. Como ya referimos con anterioridad, es una causa principal de sufrimiento del mayor y tiene un fuerte impacto en la realización de actividades o desempeño social del sujeto, que en ocasiones puede llevar al mayor al aislamiento. Por ello, animar a los mayores a iniciar, mantener y expandir su compromiso social en los últimos años de vida podría servir de gran ayuda para mantener y mejorar la calidad de vida relacionada a la salud y disminuir los síntomas depresivos (Calderón, 2018; Domínguez y Centeno, 2017; Dow et al., 2011; Poblete, Castillo, Sandoval, Silvia y García, 2015).

Resiliencia

Los factores que facilitan una adaptación positiva y saludable se reconocen en la literatura como cualidades resilientes. Definir la resiliencia es un desafío y existe una gran variedad de

definiciones. Comúnmente se entiende como el proceso de adaptación positiva ante la adversidad, trauma, tragedia, amenazas o fuentes significativas de estrés; o más específicamente, como un proceso dinámico, en el cual los factores psicológicos, sociales, ambientales y biológicos interactúan para permitir que un individuo en cualquier etapa de la vida desarrolle, mantenga o recupere su salud mental a pesar de estar expuesto a la adversidad (Gerino, Rollé, Sechi y Brustia, 2017; Las Hayas, López de Arroyabe y Calvete, 2015; Newman, 2005; Parra et al., 2012).

Se considera que el crecimiento personal se lleva a cabo a partir de las dificultades que van surgiendo en el día a día, tomándolas como oportunidades para generar nuevos recursos. La resiliencia se puede adquirir o modificar en cualquier momento. Durante las etapas del ciclo vital realizamos ajustes y regulaciones en nuestros pensamientos, conductas, creencias y relaciones para lograr una adaptación satisfactoria mediante el desarrollo de cualidades personales que permiten dar respuesta a la adversidad (Connor y Davidson, 2003; Las Hayas et al., 2015; Uriarte, 2014).

Richardson (2002) nos describe una teoría de la resiliencia, que puede llamar la atención por no estar orientada a los problemas. Esta teoría se describe como una fuerza motivacional dentro de todos los sujetos que impulsa a perseguir la sabiduría, la autorrealización y el altruismo y a estar en armonía con una fuente espiritual de fortaleza. Este modelo refiere que las personas cultivan cualidades resilientes (crecimiento, conocimiento, autocomprensión y aumento de la fuerza) que permiten que los indicios de la vida tengan menos probabilidades de ser perjudiciales. Los sujetos tienen la oportunidad de elegir de manera consciente o inconsciente como dar respuesta a las situaciones adversas de la vida. Cuando las cualidades resilientes no se desarrollan adecuadamente los estresores tendrán un fuerte impacto en la vida del sujeto (Fletcher y Sarkar, 2013).

Las investigaciones realizadas durante los últimos años han mostrado que la resiliencia es una característica multidimensional que varía según el contexto, el tiempo, la edad, el género y el origen cultural. Teniendo en cuenta sus variaciones resulta interesante su estudio en población mayor. La investigación de la resiliencia en mayores es muy reciente y escasa, ya que hasta el momento la mayoría de las investigaciones en esta población se han centrado en estudiar sus debilidades y disfunciones. Este constructo explora los dones personales y las fortalezas por lo que su estudio en mayores, en ocasiones, ha quedado en el olvido (Cárdenas y López, 2011; Connor y Davidson, 2003; Gerino et al., 2017; Richardson, 2002).

El fenómeno llamado “paradoja del bienestar en la vejez” muestra como al preguntarle a los mayores sobre su bienestar, la mayoría de las respuestas que ofrecen son de satisfacción con distintos aspectos de su vida. Esto evidencia la gran capacidad que presentan las personas mayores para adaptarse a los cambios acaecidos en los diferentes ámbitos, siendo capaces de mantener el equilibrio y un adecuado nivel de bienestar. Se podría decir que la vejez es una etapa caracterizada

por la resiliencia (Ambriz, 2011; Baltes, Lindenberg, Staudinger, 1998; Carstensen, Isaacowitz, Charles, 1999).

Un componente esencial a tener en cuenta en la resiliencia en la vejez son las emociones positivas ya que operan de manera especial durante esta etapa. A mayor edad, los sujetos son capaces de controlar mejor la emoción, fenómeno conocido como “regulación previa de la emoción”, que consiste en evitar las respuestas emocionales negativas y optimizar las positivas. Además la experiencia emocional en los mayores se ve afectada por el conocimiento de éstos de que el tiempo es limitado, es entonces cuando desaparecen las preocupaciones por el futuro, comienzan a centrarse más en el presente, en el aquí y ahora y además ponen de manifiesto sus mejores cualidades, como por ejemplo, la bondad. La sensación de “esta puede ser la última vez” cambia las reacciones emocionales a los intercambios sociales positivos y negativos (Carstensen et al., 1999).

A pesar de que en el periodo de vejez aparecen adversidades, limitaciones, deterioros o pérdidas, los mayores son capaces de mantener un alto nivel de funcionamiento y participación gracias a la importante labor de la resiliencia y de las emociones positivas durante esta etapa que les permite llegar al final de la vida sintiéndose satisfechos de sí mismos y de sus vidas (Cárdenas y López, 2011; Gerino et al., 2017; Parra et al., 2012; Uriarte, 2014).

Autopercepción del envejecimiento

Como ya hemos introducido anteriormente, la autopercepción del envejecimiento surge tras internalizar los estereotipos asociados a la vejez asimilados por la cultura. Teniendo además un gran impacto sobre el funcionamiento, salud y longevidad de los sujetos. La autopercepción del envejecimiento tiene un papel moderador que hace que con una autopercepción positiva se reduzcan los sentimientos de amenaza, por lo que una buena autopercepción del envejecimiento tiene efectos favorables en el comportamiento y salud del mayor, mejorando su bienestar y calidad de vida (Fernández-Ballesteros et al., 2015; Levy, 2009).

Los estereotipos se integran en la autoestima de los adultos mayores, llegando a formar parte de su propia imagen y del autoconcepto. A medida que aumenta la edad éstos tienden a hacerse más importantes (Fernández-Ballesteros et al., 2015; Han y Richardson, 2015; Kotter, 2015; Kotter y Hess, 2012; Levy, 2009; Wurm y Benyamini, 2014).

El término autopercepción del envejecimiento se utiliza para hacer referencia a la edad subjetiva de una persona o a su propia satisfacción con el envejecimiento, refleja una adaptación a los cambios relacionados con la edad (Kleinspehn, Kotter y Smith, 2008; Kotter y Hess, 2012; Levy, 2009).

Se considera un proceso de evaluación personal basado en dos etapas. En la primera etapa, el propio sujeto durante toda su vida internaliza una serie de expectativas que son las que aumentan o disminuyen el número de atributos que la persona asocia al envejecimiento. A esto

último, hay que añadirle las expectativas que se forman ya en la etapa de la vejez a partir de los encuentros que tienen las personas mayores con su entorno en el día a día. Existen infinidad de diferencias individuales en las interpretaciones que hacen las personas mayores sobre sus circunstancias personales y ambientales; por ello las autopercepciones del envejecimiento pueden servirnos para entender las vulnerabilidades que pueden aparecer en el mayor (Han y Richardson, 2015; Moser, Spagnoli y Santos-Eggimann, 2011).

La imagen que cada mayor tiene de sí mismo comprende no solo aspectos cognoscitivos, sino también afectivos, éstos estarían relacionados con la propia estima, la cual influye enormemente sobre el modo de comportarse y la actitud que presenta el mayor ante la vida (Orozco, 2015). Por ello, una autopercepción del envejecimiento positiva puede asociarse con bienestar (Sargent-Cox, Anstey y Luszcz, 2012), mientras que una autopercepción del envejecimiento negativa se relaciona con depresión y mortalidad (Han y Richardson, 2015; Kotter y Hess, 2012; Sargent-Cox, Anstey y Luszcz, 2013; Wurm y Benyamini, 2014).

Lugar de residencia (en comunidad *versus*. institución)

El lugar de residencia es considerado un bien indispensable para el mayor, en este sentido, la mayoría de las personas mayores prefieren vivir en su propio domicilio (Muñoz, 2015), se aferran a lo que ya conocen, es decir, a su barrio, su casa, a aquellas cosas que representan su conexión con el entorno, etc. Es el lugar en el que han desarrollado gran parte de su vida y es dónde persisten sus recuerdos y experiencias, por lo que es comprensible que manifiesten su preferencia de continuar viviendo en su propio hogar. Los mayores consideran el hogar su bien más importante, tanto por su valor material como por su valor de identidad y pertenencia. Además, la permanencia en el hogar en los últimos años se ve favorecida por la mayor esperanza de vida sin discapacidad (Muñoz, 2015; Torres, Quezada, Rioseco y Ducci, 2008).

En la mayoría de las ocasiones se intenta tener en cuenta su opinión, es decir, que el mayor continúe viviendo en su propia casa pero esto no siempre es posible ya que llega un momento dentro del proceso de envejecimiento en el que aparecen dificultades de autocuidado, dependencia, aumento de la fatiga, debilidad de los mayores o no pueden disponer de la posibilidad de un cuidado familiar o profesional en el propio hogar. Junto con esto, debemos tener en cuenta que el hogar puede envejecer de la misma forma en que lo hace la persona que lo habita, las condiciones de la vivienda llegan a no ser óptimas y dejan de tener los servicios adecuados y necesarios para el mayor. Llegados a este punto, en el que las condiciones de la vivienda no son aptas para continuar viviendo en ella y la dependencia del mayor junto con alteraciones cognitivas y conductuales van en aumento, incrementan el estrés y ansiedad experimentado por familiares y cuidadores, llevándolos en ese momento a empezar a mostrar interés por el ingreso del mayor en la institución (Escudero et al., 2003; Lázaro y Gil, 2005; Satorres, 2013; Vicente, 2011).

En la actualidad, aparecen instituciones especializadas en la población mayor, tales como los Centros de Días, los pisos tutelados o los Centros Geriátricos y Residencias de Ancianos. Éstos últimos son establecimientos que sirven de vivienda u hogar a personas de la tercera edad y en los que se ofrece una asistencia integral y continuada. Incluye alimentación, cuidados de salud, higiene y confort, entre muchos otros. A finales de 2012, en España se ofrecían alrededor de 350.000 plazas repartidas en 5.490 centros (Buedo-Guirado, Rubio, Aranda, Dumitrache, 2018; Esteban y Rodríguez, 2015).

Estos lugares deben asumir la responsabilidad de una atención biopsicosocial acorde con la propuesta del envejecimiento satisfactorio y activo de dar respuesta a los cambios sociales que han tenido lugar en los últimos años, junto con incrementar o mantener la calidad de vida de los mayores que viven en ellos. Los centros geriátricos ponen en marcha proyectos para mayores aún independientes y sin discapacidad con el fin de potenciar un envejecimiento saludable y fomentar la participación de los mayores, previniendo su deterioro biopsicosocial. De esta forma los familiares no tienen por qué verse obligados a esperar a que el mayor muestre signos de dependencia para plantearse su institucionalización (Cerri, 2015).

La nueva conceptualización de las residencias de ancianos o centros geriátricos deja atrás la idea de “asilo” en la que se daba un servicio de asistencia al mayor totalmente dependiente y opta por un nuevo modelo que persigue cada uno de los pilares del envejecimiento activo (salud, participación y seguridad), que tiene como base la mejora de la calidad de vida del mayor residente y un buen mantenimiento de su salud (Buedo-Guirado, et al., 2015; Cerri, 2015; Urrutia, 2018), surgiendo el modelo de atención centrada en la persona, tan en auge actualmente (Martínez, 2016).

Para una persona mayor el proceso de institucionalización no suele ser fácil, surgen algunas características negativas como el cambio de contexto o la pérdida de contacto con vecinos, familiares y amigos, por ello, la gran mayoría apuesta por seguir viviendo en su casa con la que expresan altos niveles de satisfacción. La institucionalización puede producir efectos negativos como pérdida de identidad personal y desesperanza ante la vejez, entre otros (Cerquera, 2008; Muñoz, 2015).

Resumen del estado actual del tema

Como hemos venido señalando, el envejecimiento activo es un concepto fundamental hoy en día, que busca mantener y mejorar la calidad de vida de las personas mayores. El envejecimiento activo es un concepto multidimensional, siendo múltiples estudios los que han mostrado la influencia de diversas variables en el mismo: los servicios sociales y de salud, aspectos económicos, sociales y medioambientales, y los factores comportamentales y personales. Entre los aspectos personales caben destacar dos conceptos cuyo estudio ha comenzado hace

pocos años y que arrojan resultados sorprendentes: en primer lugar la resiliencia. La vejez se considera una etapa caracterizada por la resiliencia, pero es un constructo aún poco estudiado en esta etapa vital, por lo que no hemos encontrado estudios que relacionen la resiliencia con la institucionalización del mayor. En segundo lugar, el autoestereotipo del propio envejecimiento, que parece tener un efecto importante en un envejecimiento activo en sujetos que viven en comunidad. Sabemos que la autopercepción del envejecimiento se asocia si es positiva a mayor bienestar del mayor y si es negativa a un mayor nivel de depresión del sujeto. Al igual que la resiliencia, esta variable está muy poco estudiada por lo que no se han encontrado investigaciones que la estudien dentro del contexto de institución.

Por otro lado, se ha encontrado una coincidencia en dos aspectos que están al mismo tiempo relacionados con el envejecimiento activo y con la posibilidad de institucionalizar a la persona mayor: la calidad de vida y la depresión. Entre las diversas variables que se relacionan con el envejecimiento activo, nos vamos a centrar en aquellas cuyo estudio ha comenzado hace relativamente pocos años y cuya influencia parece determinante para un envejecimiento activo y saludable.

A día de hoy se considera que la calidad de vida de mayores institucionalizados obtiene puntuaciones más bajas que en aquellos mayores que viven en comunidad. Del mismo modo, la mayoría de estudios encuentran mayores puntuaciones de depresión en sujetos institucionalizados. Aunque también se han encontrado autores que refieren niveles de depresión similares y equivalentes tanto en residencias como en comunidad, o incluso hay estudios que han observado un mayor número de sujetos con depresión que viven en su propio domicilio.

Objetivos e hipótesis

El presente estudio busca aportar una visión más completa de las variables que influyen en el envejecimiento activo y que necesitan de una mayor investigación: calidad de vida, depresión, resiliencia y autopercepción del envejecimiento, en función del lugar de residencia de la persona mayor.

En primer lugar, se va realizar un análisis descriptivo de las personas mayores en Córdoba. Además, se quiere analizar la relación entre las diversas variables: en primer lugar, se quiere estudiar la relación entre calidad de vida y depresión. En este sentido, se espera encontrar una relación entre calidad de vida y depresión; de manera que aquellos sujetos que muestren menores niveles de depresión tendrán mayor calidad de vida. En segundo lugar, se quiere analizar la relación entre resiliencia y calidad de vida; esperando encontrar que aquellos sujetos que muestren mayores niveles de resiliencia tendrán niveles más altos de calidad de vida. En tercer lugar, se quiere profundizar en la relación entre la autopercepción del envejecimiento y la calidad de vida; esperando encontrar que una autopercepción del envejecimiento más positiva va a estar

relacionada con mayor calidad de vida. Por último, se espera encontrar relación entre depresión y autopercepción del envejecimiento; de manera que aquellos sujetos que muestren una autopercepción del envejecimiento más negativa tendrán niveles más altos de depresión.

Por otro lado, se quiere profundizar en el estudio de estas variables en función del lugar de residencia de la persona mayor. En este sentido, se espera encontrar menores puntuaciones de calidad de vida en personas institucionalizadas *versus* las que viven en su propio domicilio. Al estar calidad de vida y depresión altamente relacionadas se espera encontrar niveles más altos de depresión en personas mayores institucionalizadas. Al estar depresión y autopercepción del envejecimiento altamente relacionadas se espera encontrar niveles más bajos de autopercepción del envejecimiento en personas mayores que están institucionalizadas. Por último, esperamos encontrar niveles equivalentes de resiliencia en ambos grupos.

Por último, se quiere conocer cuáles son las variables estudiadas (depresión, resiliencia, autopercepción del envejecimiento y lugar de residencia) que más influyen en el nivel de calidad de vida. En este sentido, se espera encontrar que la depresión y el estar institucionalizado están altamente relacionadas con un bajo nivel de calidad de vida.

MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 61 personas; un 49,2% de personas mayores institucionalizadas y un 50,80% de personas mayores que vivían en su propio domicilio. Se contó con un total de 61 sujetos, de los cuáles un 77,0% fueron mujeres ($n = 47$) y un 23,0% fueron hombres ($n = 14$). Los participantes se encuentran entre los 66 y 97 años, la media de edad del estudio es de 82,4 años ($DT = 6,98$).

Los criterios de inclusión para poder participar en el estudio fueron: a) tener 65 años o más; b) estar institucionalizado o vivir en comunidad; c) voluntad de participar en el estudio. El criterio de exclusión para la participación fue: tener deterioro cognitivo grave o moderado.

Instrumentos de medida

Además de evaluar las variables objeto de estudio, Calidad de vida, Depresión, Resiliencia y Autopercepción del envejecimiento, también se registraron las siguientes variables socio-demográficas: sexo, edad y lugar de residencia.

Los instrumentos de evaluación escogidos para esta investigación fueron los siguientes:

- *Calidad de vida*. Se utilizó el Cuestionario Calidad de Vida WHOQOL-BREF (WHOQOL Group, 1993) versión abreviada que consta de 26 ítems: un ítem mide la calidad de vida general, otro de los ítems mide la satisfacción con la salud y los 24 ítems

restantes evalúan cuatro áreas de la calidad de vida (*salud física, salud psicológica, relaciones sociales y salud ambiental*). Cada ítem tiene cinco opciones de respuesta ordinales tipo Likert. Una puntuación igual o menor a 69 sería indicador de baja calidad de vida, 70-99 indicaría calidad de vida media y 100-130 indicaría alta calidad de vida. En el presente estudio las puntuaciones fueron tenidas en cuenta como un continuo en el que a mayor puntuación obtenida, mayor calidad de vida.

En el estudio de Lucas, Laidlaw y Power (2011), se analizaron las propiedades psicométricas del cuestionario, concluyendo que tiene una buena consistencia interna (alpha de Cronbach de .90 para la escala completa). Para el dominio físico el alpha de Cronbach tuvo un valor de .80, un .76 para el dominio psicológico, .55 en el dominio social y .77 para el dominio ambiental. En este estudio el alpha de Cronbach para la escala completa fue de .90; y para el dominio físico el alpha de Cronbach tuvo un valor de .74, un .78 para el dominio psicológico, .69 para el dominio social y .67 para el dominio ambiental.

- *Depresión*. La Escala de Depresión Geriátrica (GDS) (Sheikh y Yesavage, 1986) investiga síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, durante los últimos 15 días. En esta investigación se utilizó la versión reducida adaptada y validada al castellano (Martínez et al., 2002). Esta escala consta de 15 ítems: 10 ítems directos y 5 ítems inversos. Tiene un patrón de respuesta dicotómico en el que el participante responde *si* o *no*. La puntuación más baja que se puede obtener es 0 y la más alta es 15. La consistencia interna es muy buena (alpha de Cronbach de .99). En este estudio el alpha de Cronbach fue de .83.
- *Resiliencia*. Se estudió a través de la Escala de resiliencia (ER) (Wagnild y Young, 1987) y evalúa el grado de resiliencia individual y la perspectiva de resiliencia como una característica de personalidad positiva que favorece la adaptación (Wagnild y Young, 1993). Es una prueba con aplicabilidad en acianos y está validada en España (Heilemann, Lee y Kury, 2003; Resnick y Inquiro, 2011). La escala consta de 25 ítems tipo Likert de 7 puntos, donde 1 es en desacuerdo y 7 máximo acuerdo. Las puntuaciones más altas indicarían mayor resiliencia. La consistencia interna es media (alpha de Cronbach de .72). En este estudio el alpha de Cronbach fue de .88.
- *Autopercepción del envejecimiento*. Para el estudio de esta variable se elaboró una batería con cinco ítems obtenidos de la adaptación de la Escala Moral Philadelphia (Lawton, 1975). Los ítems utilizados fueron: 1, 2, 5, 7 y 9. Las respuestas de los participantes tuvieron carácter dicotómico (si / no). Puntuaciones más altas denotan mejores

autopercepciones del envejecimiento. Los 5 ítems empleados tienen una buena consistencia interna (alpha de Cronbach de .81). En este estudio el alpha de Cronbach para los cinco ítems empleados fue de .67.

Procedimiento

Para la recogida de datos de las personas mayores que vivían en residencia, se tuvo una entrevista con la directora de la institución para informarle de los objetivos del estudio y solicitar su permiso para acceder a la muestra. Una vez firmado este, la psicóloga del centro elaboró un listado con el nombre de aquellos residentes que podían realizar los cuestionarios en función del criterio de exclusión (no padecer deterioro cognitivo grave o moderado). La investigadora acudió al centro seis mañanas para administrar los cuestionarios a los residentes.

Para la recogida de datos de las personas mayores que vivían en su propio domicilio, la investigadora acudió a algunos domicilios para administrar los cuestionarios. Personas mayores que realizaron la entrevista en su domicilio se ofrecieron a repartir cuestionarios en parroquias y a conocidos, estos cuestionarios una vez completados, fueron enviados por correo postal al entrevistador.

A la hora de administrar los cuestionarios, se informó a los participantes sobre el objetivo de la investigación y se les alentó a resolver cualquier duda acerca del estudio o de los cuestionarios. Se les pidió sinceridad a la hora de contestar a las preguntas. Se les informó sobre la confidencialidad y anonimato de los datos, sobre el carácter voluntario de participación y la posibilidad de retirarse de la investigación si así lo deseaban. Por último, se les agradeció su colaboración.

Las variables sociodemográficas fueron los primeros datos administrados. El orden en que se administraron los cuestionarios fue el siguiente: el Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF, la Escala de Depresión Geriátrica GDS, la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y por último, se administró la batería sobre la Autopercepción del Envejecimiento.

El estudio fue aprobado por la Dirección del Master de la Universidad Pontificia de Comillas.

Análisis estadísticos

En este estudio para comprobar la distribución normal de los datos se realizó la prueba Kolmogorov-Smirnov. Los resultados obtenidos para las variables “calidad de vida” y “resiliencia” para la muestra completa fueron significativos ($p < .05$), por tanto, no hay evidencia para decir que las variables se distribuyen de manera normal. Sin embargo, según los criterios de Curran, West y Finch (1996) se puede asumir normalidad. Por lo que se optó por realizar pruebas estadísticas paramétricas.

Se realizó un análisis correlacional (coeficiente de correlación de Pearson) para conocer en qué medida estaban relacionadas las variables. Se realizó un análisis de varianza (ANOVA) sobre cada una de las medidas de las personas mayores (calidad de vida, depresión, resiliencia y autopercepción del envejecimiento) considerando el factor inter-sujetos lugar de residencia. Se realizó un análisis descriptivo para conocer el estado de cada una de las variables estudiadas en función del lugar de residencia de los participantes. Y por último, se realizó un análisis de regresión lineal para conocer qué variables (depresión, resiliencia, autopercepción del envejecimiento y lugar de residencia) tienen una mayor influencia en el nivel de calidad de vida del mayor.

Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS – versión 24.0, año 2016). En todos los casos se ha trabajado con un nivel de confianza del 95% considerando significativos los valores de $p < .05$.

RESULTADOS

Análisis de la relación existente entre las variables del estudio

La Tabla 1 muestra las correlaciones entre las diversas variables del estudio que ofrecen aspectos significativos. Los resultados muestran que la calidad de vida percibida guarda relación con la depresión ($r = -.72, p < .01$), lo que indica que menores niveles de depresión se asocian con niveles más altos de calidad de vida. Los resultados muestran que la calidad de vida también guarda relación con la resiliencia ($r = .65, p < .01$), indicando que mayores niveles de resiliencia se asocian con niveles más altos de calidad de vida. Los resultados muestran que la calidad de vida guarda relación también con la autopercepción del envejecimiento ($r = .56, p < .01$), lo que indica que una autopercepción del envejecimiento positiva se asocia con mayores niveles de calidad de vida. Por último, los resultados muestran que la autopercepción del envejecimiento también guarda relación con la depresión ($r = -.61, p < .01$), lo que indica que niveles más altos de depresión se asocian con una autopercepción del envejecimiento negativa.

Además de observar los datos significativos teniendo en cuenta nuestras hipótesis, encontramos también que la resiliencia guarda relación con depresión ($r = -.56, p < .01$), lo que sugiere que aquellos sujetos con mayor resiliencia muestran niveles más bajos de depresión. También encontramos que la resiliencia guarda relación con la autopercepción del envejecimiento ($r = .37, p < .01$), lo que sugiere que a mayores niveles de resiliencia, mejor autopercepción del envejecimiento tendrán los sujetos.

Tabla 1

Análisis de correlaciones entre las variables estudiadas (N = 61)

		Calidad de vida	Depresión	Resiliencia	Autopercepción
Depresión	R de Pearson	-,727**			
	Sig. (bilateral)	< .01	--		
Resiliencia	R de Pearson	,653**	-,560**		
	Sig. (bilateral)	< .01	< .01	--	
Autopercepción	R de Pearson	,563**	-,617**	,375**	
	Sig. (bilateral)	< .01	< .01	< .01	--

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

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

Análisis de diferencia en cada una de las variables en función del lugar de residencia

La Tabla 2 muestra los resultados del análisis de varianza (ANOVA de un factor) que indican si existen diferencias en el nivel de cada una de las variables en función de si las personas mayores están institucionalizadas o siguen viviendo en comunidad. Los resultados muestran que no existen diferencias significativas en el nivel de las variables estudiadas entre el grupo de personas mayores que viven en institución y el grupo de personas mayores que viven en comunidad ($p < .05$).

Los análisis descriptivos nos permiten comparar las medias y las desviaciones típicas de cada una de las variables del estudio en función del lugar de residencia muestran lo siguiente: la media de la calidad de vida es mayor en personas mayores que viven en su propio domicilio que en aquellas que están institucionalizadas. La media para la variable depresión es mayor en personas mayores institucionalizadas que en personas mayores que viven en su propio domicilio. La media para resiliencia es mayor en personas mayores que viven en su propio domicilio que en personas mayores institucionalizadas. Por último, la media de autopercepción del envejecimiento es mayor en personas mayores institucionalizadas que en personas mayores que viven en su propio domicilio.

La desviación típica nos indica que las puntuaciones de las variables calidad de vida, depresión y autopercepción del envejecimiento tienden a ser más variables en el grupo de personas mayores institucionalizadas. Para la variable resiliencia, se observa más variabilidad en el grupo de personas mayores que viven en su propio domicilio.

Tabla 2

Resumen de las medias y de las diferencias en las variables objeto de estudio en función del lugar de residencia de las personas mayores

	<u>En institución</u>	<u>En comunidad</u>	<u>ANOVA</u>	
	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	F	P
<i>Calidad de vida</i>	95 (16,67)	98,77 (13,36)	0,954	,333
<i>Depresión</i>	4,6 (4,18)	3,77 (2,77)	0,831	,366
<i>Resiliencia</i>	132,45 (19,26)	134,45 (21,69)	0,083	,774
<i>Autopercepción</i>	2,03 (1,84)	1,51 (1,63)	1,346	,251

Análisis de la relación entre calidad de vida con el resto de las variables

Para conocer qué variables de las estudiadas (depresión, resiliencia, autopercepción del envejecimiento y lugar de residencia) influyen más en el nivel de calidad de vida de las personas mayores, realizamos un análisis de regresión múltiple.

Encontramos una regresión significativa ($F(1, 59) = 49.76, p < .01$), con una R^2 de .60. Esto indica que el 60% de la calidad de vida es explicada por la depresión y la resiliencia. Las β estandarizadas de las variables con las que guardan relación son las siguientes: depresión $\beta = -.527; p = < .01$, resiliencia $\beta = .358; p = < .01$; todas las demás variables no entran en el modelo ($p > .05$).

DISCUSIÓN

El envejecimiento es actualmente un desafío para la sociedad, ya que en los últimos años ha tenido lugar un cambio en su estructura dando lugar a una “sociedad envejecida” en la que predomina la población mayor. Este hecho irá en aumento en los próximos años debido al aumento de la esperanza de vida, a la disminución de la mortalidad y a la caída de las tasas de fecundidad. Un dato relevante es que la esperanza de vida es mayor en mujeres, existe una feminización del envejecimiento, esta tendencia demográfica podemos observarla en el presente estudio en el que la muestra estuvo formada por un 77% de mujeres y un 23% de hombres.

Desde la Psicología se pretende llevar a cabo un estudio cada vez más exhaustivo del proceso de envejecer que permita llegar a un conocimiento más profundo de esta etapa, de sus características y de los aspectos que influyen en la misma, para así optimizar el funcionamiento humano, previniendo déficits e incrementando el bienestar y la calidad de vida de los individuos (Fernández-Ballesteros, 2017). Con el fin de avanzar en esta dirección, el envejecimiento activo trata de potenciar las capacidades de los individuos para que al envejecer lleven una vida productiva, saludable y con una adecuada calidad de vida. En este sentido, el presente estudio

investiga las variables calidad de vida, depresión, resiliencia y autopercepción del envejecimiento que influyen en el envejecimiento activo, y tiene en cuenta cada una de estas variables en función del lugar de residencia del mayor.

En el presente estudio se ha hallado relación entre calidad de vida y depresión, siendo esta última, la variable que más se asocia con el nivel de calidad de vida. En este sentido, los datos obtenidos apoyan lo encontrado por otros autores que refieren que la depresión es uno de los trastornos psicológicos más frecuentes y con mayor impacto en la población mayor, ya que conlleva grandes consecuencias entre las que cabe destacar la disminución de la calidad de vida (Beck et al., 2006; Dow et al., 2011; Franco y Gil, 2014; Losada y Strauch, 2014). Nuestro estudio nos permite afirmar que la depresión es una variable fundamental a tener en cuenta cuando el objetivo que se persigue es mantener y mejorar la calidad de vida de las personas mayores, por lo que siguiendo la línea propuesta por el envejecimiento activo deben crearse actuaciones dirigidas a un adecuado desarrollo afectivo (Fernández-Ballesteros et al., 2005).

Otro hallazgo relevante ha sido el hecho de que una mayor resiliencia resulte indicativa de mayor calidad de vida en personas mayores. Hemos encontrado que de las variables estudiadas, la resiliencia es la segunda variable que más influye en el nivel de calidad de vida. Además, la resiliencia se asocia a una autopercepción del envejecimiento positiva. La imagen que el mayor tiene de sí mismo comprende aspectos afectivos, en este sentido, cabría destacar la gran capacidad que contienen las cualidades resilientes de llevar al sujeto a focalizarse en las emociones positivas, permitiendo que cualquier hecho o situación estresante que aparezca en la vida de las personas tenga un menor impacto y sea menos perjudicial, aumentando la propia estima del sujeto (Fletcher y Sarkar, 2013; Orozco, 2015). Esta idea va en la línea de otro de nuestros hallazgos, en el presente estudio hemos encontrado que los sujetos con mayores puntuaciones en resiliencia muestran menores niveles de depresión, como referían los autores Carstensen et al. (1999), las personas mayores son capaces de prestar menos atención a las emociones negativas permitiendo que mantengan un alto nivel de funcionamiento y participación en la sociedad (Cárdenas y López, 2011). Observamos que la resiliencia está estrechamente relacionada con las variables calidad de vida, depresión y una autopercepción del envejecimiento positiva, por lo que puede considerarse fundamental a la hora de llevar a cabo el requisito del envejecimiento activo de promover un buen ajuste físico y prevenir la capacidad para poder maximizar la implicación social.

Hemos obtenido que una autopercepción del envejecimiento positiva se asocia con mayores niveles de calidad de vida. Por tanto, pensamos al igual que Fernández-Ballesteros et al. (2005), que una buena autopercepción del envejecimiento es importante para lograr efectos favorables en el comportamiento y salud del mayor, mejorando así su calidad de vida. Esta idea es congruente con que una autopercepción del envejecimiento negativa se asocie a mayores niveles de depresión. A razón de esto último, la cultura influye, ya que es una de las variables transversales que se tiene en cuenta en el envejecimiento activo (WHO, 2001) y que es la base

del *modelo de contenido de los estereotipos* (Cuddy y Fiske, 2002). Este modelo explica que el estereotipo del mayor todavía en muchas ocasiones se concibe de manera negativa, esta forma de percibir a las personas mayores se integra en su autoestima, llevándoles al aislamiento, altamente asociado con la depresión y la mortalidad (Han y Richardson, 2015; Kotter, 2015; Levy, 2009).

Al comparar cada una de las variables en ambos grupos (personas mayores institucionalizadas y personas mayores que viven en comunidad), hemos hallado que el nivel de calidad de vida es equivalente en los dos grupos. Estos resultados son contradictorios a los encontrados en estudios anteriores en los que se refieren que personas mayores institucionalizadas poseen niveles de calidad de vida más bajos que aquellas que viven en su propio domicilio. La institucionalización es considerada por la mayoría de los autores como una condición que lleva asociadas una serie de características negativas que disminuyen el nivel de calidad de vida del mayor; algunas de estas características son el cambio de contexto, el dejar de obtener reconocimiento por parte de amigos y familiares, la aparición de sentimientos de carga e inutilidad, el aislamiento con el medio, entre otras (Laguado, Camargo, Campo, Carbonell y de la Caridad, 2017). Pero en concordancia a lo hallado en el presente estudio, el nivel de calidad de vida es equivalente tanto en mayores que viven en institución, como en mayores que viven en su propio domicilio. Esto puede deberse a que aunque los mayores prefieran continuar viviendo en sus domicilios, en ocasiones las viviendas están muy deterioradas y si a esto se suma las dificultades que pueden aparecer en la vejez y que dificultan el funcionamiento del mayor, la institucionalización puede ser un recurso que al ofrecer una asistencia integral que incluye cuidados de salud, higiene y confort permite que el nivel de calidad de vida del sujeto se mantenga (Buedo-Guirado et al., 2018; Esteban y Rodríguez, 2015).

Por otra parte, hemos encontrado que no existen diferencias significativas entre los niveles de depresión en personas que viven en una residencia y aquellas que viven en comunidad. Nuestros datos corroboran los hallazgos de Orozco (2015) en su estudio de depresión y autoestima en adultos mayores, ya que encuentra que los sujetos institucionalizados no necesariamente tienen que presentar mayores niveles de depresión. Sin embargo, sobre la depresión en función del lugar de residencia del mayor la literatura sostiene que los sujetos que viven en hogares residenciales tienen mayores niveles de depresión que sujetos que viven en comunidad (Dow et al., 2011).

La depresión en mayores puede deberse a los estereotipos, es decir, a la percepción negativa que tiene la sociedad de la población mayor, a su vez, los estereotipos influyen en la autopercepción que forman las personas mayores sobre sí mismos, y ésta tiene un gran impacto en la autoestima del mayor. Esto corresponde con los resultados encontrados por Orozco (2015) en los que no se observaron diferencias significativas en el nivel de autoestima entre el grupo institucionalizado y el grupo no institucionalizado. En esta misma línea, en nuestro estudio encontramos niveles semejantes en la autopercepción del envejecimiento en mayores que viven

en una institución y mayores que viven en comunidad. Sobre esta variable la literatura es escasa, no se han encontrado investigaciones que la estudien dentro del contexto de la institución.

Por último, los resultados obtenidos nos permiten confirmar nuestra hipótesis de que el nivel de resiliencia es equivalente en personas mayores institucionalizadas y en aquellas que viven en comunidad. Este hallazgo puede explicarse por el fenómeno de la “paradoja del bienestar en la vejez” que tiene la base en las propiedades resilientes de los mayores y que los hace más capaces de adaptarse a los cambios y de superar circunstancias adversas como podría ser ingresar en una institución (Ambriz, 2011; Baltes et al., 1998; Carstensen et al., 1999).

CONCLUSIONES

1. Encontramos que a menores niveles de depresión hay mayores niveles de calidad de vida tanto en mayores institucionalizados como en mayores que viven en su propio domicilio.
2. A mayores puntuaciones en resiliencia, las personas mayores muestran mayores niveles de calidad de vida.
3. Con una autopercepción del envejecimiento positiva hay mayores niveles de calidad de vida; mientras que con una autopercepción del envejecimiento negativa hay niveles más altos de depresión.
4. Los niveles de calidad de vida, depresión, resiliencia y autopercepción del envejecimiento son similares en ambos grupos (personas mayores institucionalizadas y personas mayores que viven en su propio domicilio).
5. Las variables que más influyen en el nivel de calidad de vida son en primer lugar la depresión y en segundo lugar la resiliencia.

LIMITACIONES Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

En el presente estudio cabe destacar una serie de limitaciones. Como primera limitación, es importante señalar que el tamaño de la muestra obtenida es reducido. Hubiese sido interesante y positivo poder acceder a una muestra más extensa que hubiese permitido un análisis de datos y una comparación entre ambos grupos más exhaustiva y concisa. Debemos considerar que es una muestra de difícil acceso, sobre todo, en el caso de personas mayores institucionalizadas, ya que se requiere autorización por parte de la institución para poder administrar los cuestionarios.

Al tratarse de población mayor, se han encontrado dificultades por parte de los sujetos al cumplimentar la batería de cuestionarios, bien por dificultades en la lectura, comprensión o por la aparición de fatiga a medida que avanzaban con los ítems.

En el caso de personas mayores que vivían en una residencia, la muestra a la que se accedió pertenecía a una institución de carácter privado por lo que las condiciones económicas, sociales, psicológicas y ambientales de los residentes podrían ser más favorables que en otras

instituciones de carácter público, por lo que nos encontramos con la limitación de haber podido obtener resultados no generalizables a otras instituciones.

Consideramos que los sujetos han podido responder con deseabilidad social a los ítems que componen los cuestionarios pudiendo haber sesgado los resultados obtenidos.

Por último, el presente estudio se limita a investigar cuatro variables que influyen en el envejecimiento activo y que precisan de una mayor investigación (calidad de vida, depresión, resiliencia y autopercepción del envejecimiento). Hubiese sido interesante haber tenido en cuenta más variables influyentes dentro de los determinantes que forman parte del envejecimiento activo.

En esta línea, proponemos como futuras líneas de investigación el estudio de cada una de las variables que influyen en el envejecimiento activo. Como hemos mencionado a lo largo de este trabajo, la población mayor crece a medida que pasan los años y la propuesta del envejecimiento activo de que los sujetos durante todo el ciclo vital optimicen su funcionamiento para poder mantenerse activos durante la etapa de la vejez es un aspecto clave para aumentar la calidad de vida en esta población.

El presente estudio tiene en cuenta las variables resiliencia y autopercepción del envejecimiento, su investigación en el periodo de la vejez nació hace relativamente pocos años, y la literatura nos ha resultado escasa sobre todo en el ámbito de la institución. Por ello, proponemos futuras líneas de investigación que tengan en cuenta el estudio de estas dos variables, en primer lugar en población mayor y en segundo lugar en mayores institucionalizados ya que como hemos podido observar en nuestro estudio son variables altamente relacionadas con calidad de vida y depresión, claves a la hora de entender la etapa de vejez y de poder encaminar la sociedad hacia un envejecimiento activo tan necesario hoy en día.

Tras la realización de nuestro estudio, encontramos que la literatura contiene pocas investigaciones comparativas entre personas mayores que viven en una institución y personas mayores que viven en su propio domicilio. Aunque la esperanza de vida sin discapacidad vaya en aumento, en algunos mayores aparecen dificultades, lo que requiere si no pueden recibir cuidados en su propio domicilio, que sean ingresados en una institución. Resulta interesante como futura línea de investigación realizar estudios comparativos entre personas institucionalizadas y personas que viven en su propio domicilio, ya que es necesario tener una visión más optimista sobre las instituciones que sirven de gran ayuda a los mayores, incrementando su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Abellán, A., Ayala, A., Pérez, J., y Pujol, R. (2018). Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en red*, 17, 1-36.
- Adra, M., Hopton, J., y Keady, J. (2017). Nursing home quality of life in the Lebanon. *Quality in Ageing and Older Adults*, 18(2), 145-156.
- Ambriz, M. (2011). La resiliencia, el tesoro de las personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 46(2), 59-60.
- APA. (2010). *Manual de Publicaciones de la APA*. Editorial El Manual Moderno.
- Badía, X., y Lara, N. (2004). Calidad de vida. *Longevidad. Tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida*, 34, 788-789.
- Badía, X., y Patrick, K. (1995). *La medida de la salud en la investigación y práctica clínica*. Menorca: Escuela de verano de Salud Pública.
- Baltes, P., Baltes, M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Mass. Cambridge University Press.
- Baltes, M., y Carstensen, L. (1996). The process of successful ageing. *Ageing y Society*, 16(4), 397-422.
- Baltes, P., Lindenber, U., y Staudinger, U. (1998). *Life-span theory in developmental psychology*. New York: Wiley.
- Beck, A., Steer, R., y Brown, G. (2006). *BDI-II: Inventario de depresión de Beck*. Buenos Aires: Paidós.
- Blazer, D., y Hybels, C. (2004). What symptoms of depression predict mortality in community-dwelling elders? *Journal of American Geriatrics Society*, 52, 2052-2056.
- Buedo-Guirado, C., Rubio, L., Aranda, L., y Dumitrache, C. (2018). Promoción del envejecimiento activo en la atención gerontológica: el papel de la educación social. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(2), 185-194.
- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 29(3), 182-191.
- Cárdenas, A., y López, A. (2011). Resiliencia en la vejez. *Revista de salud pública*, 13(3), 528-540.
- Cardona-Arango, D., y Peláez, E. (2015). Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. *Salud Uninorte*, 28(2), 335-348.
- Cardona, J., y Higuera, L. (2014). Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(2), 175-189.
- Carstensen, L., Isaacowitz, D., y Charles, S. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American psychologist*, 54(3), 165-181.

- Causapié, P., Balbontín, A., Porrás, M., y Mateo, A. (2011). *Libro blanco del envejecimiento activo*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Cerquera, A. (2008). Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el asilo de San Antonio de Bucaramanga. *Universitas Psychologica*, 7(1), 271-281.
- Cerri, C. (2015). Dependencia y autonomía: una aproximación antropológica desde el cuidado de los mayores. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, 15(2), 111-140.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Nueva York: Academic Press.
- Cohen, S., y Pressman, S. (2006). Positive affect and health. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 122-125.
- Connor, K., y Davidson, J. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
- Cuddy, A., y Fiske, S. (2002). Doddering but dear: Process, content and function in stereotyping of older persons. *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons*, 3, 26.
- Cuddy, A., Fiske, S., y Glick, P. (2007). Universal dimensions of social cognition: Warmth and competence. *Trends in cognitive sciences*, 11(2), 77-83.
- Cuddy, A., Fiske, S., y Glick, P. (2008). Warmth and competence as universal dimensions of social perception: The stereotype model and the BIAS map. *Advances in experimental social psychology*, 40, 61-149.
- Cuddy, A., Fiske, S., Kwan, V., Glick, P., Demoulin, S., Leyens, J., ... y Htun, T. (2009). Stereotype content model across cultures: Towards universal similarities and some differences. *British Journal of Social Psychology*, 48(1), 1-33.
- Cuddy, A., Norton, M., y Fiske, S. (2005). This old stereotype: the pervasiveness and persistence of the elderly stereotype. *Journal of social issues*, 61(2), 267-285.
- Curran, P. J., West, S., y Finch, J. F. (1996). The Robustness of Test Statistics to Nonnormality and Specification Error in Confirmatory Factor Analysis. *Psychological Methods*, 1(1), 16-29.
- Domínguez, S., y Centeno, S. (2017). Prevalencia de depresión en adultos mayores institucionalizados en Lima Metropolitana. *Enfermería Clínica*, 27(1), 59-60.
- Dow, B., Lin, X., Tinney, J., Haralambous, B., y Ames, D. (2011). Depression in older people living in residential homes. *International psychogeriatrics*, 23(5), 681-699.
- Escudero, J. M., Passantino, D., Badillos, G., Irazabal, G., Rigone, H., Santella, H., Temperley, M., y Yeannes, M. (2003). Los viejos en su casa, en su ciudad. *Scripa Nova, Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, 7(146), 1-13.

- Esteban, L., y Rodríguez, J. A. (2015). Situaciones de dependencia en personas mayores en las residencias de ancianos en España. *Revista ENE de Enfermería*, 9(2), 1-10
- Faquhar, M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Social science y medicine*, 41(10), 1439-1446.
- Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Active aging: The contribution of psychology*. Gottingen, Germany: Hogrefe y Huber.
- Fernández-Ballesteros, R. (2017). Psicología y envejecimiento: el comportamiento humano, ¿un factor causal de longevidad? En Academia de Psicología de España, *Psicología para un mundo sostenible*. Madrid: Pirámide SA Ediciones
- Fernández-Ballesteros, R., Sánchez Izquierdo, M., Olmos, R., Huici, C., Santacreu, M., Schettini, R., y Molina, M.A. (2018). Cultural stereotypes in care context. *Clinical Interventions in Aging*, 13, 1613-1619.
- Fernández-Ballesteros, R., Bustillos, A., y Huici, C. (2015). Positive perception of aging and performance in a memory task: Compensating for stereotype threat? *Experimental Aging Research*, 41(4), 410-425.
- Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M., y García, L. (2004). Vivir con vitalidad-M: Un programa europeo multimedia. *Psychosocial Intervention*, 13(1), 63-85.
- Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M., Iñiguez, J., y García, L. (2005). Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa "Vivir con vitalidad". *Revista española de geriatría y gerontología*, 40(2), 92-103.
- Fernández-Ballesteros, R., Olmos, R., Santacreu, M., Bustillos, A., y Molina, M. (2017). The role of perceived discrimination on active aging. *Archives of gerontology and geriatrics*, 71, 14-20.
- Fiske, S., Cuddy, A., Glick, P., y Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 878-902.
- Fiske, A., Wetherell, J., y Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual review of clinical psychology*, 5, 363-389.
- Flecha, A. (2015). Subjective psychological well-being of senior residents in nursing homes. *Pedagogía Social*, (25), 319-341.
- Fletcher, A., Dickinson, E., y Philp, I. (1992). Audit Measures: Quality of life instruments for everyday use with elderly patients. *Age and ageing*, 21(2), 142-150.
- Fletcher, D., y Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist*, 18(1), 12-23.
- Franco, M., y Gil, P. (2014). Protocolo diagnóstico y terapéutico de la depresión en el anciano. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(62), 3714-3719.

- Gañán, A., y Villafruela, I. (2015). El ocio, tiempo libre y calidad de vida para un envejecimiento activo, el caso de la Universidad de Burgos. *European Journal of Investigation in Health Psychology and Education*, 5(1), 75-87.
- Gerino, E., Rollé, L., Sechi, C., y Brustia, P. (2017). Loneliness, resilience, mental health, and quality of life in old age: A structural equation model. *Frontiers in psychology*, 8, 1-12.
- Han, J., y Richardson, V. (2015). The relationship among perceived discrimination, self-perceptions of aging, and depressive symptoms: a longitudinal examination of age discrimination. *Aging y Mental Health*, 19(8), 747-755.
- Heilemann, M., Lee, K., y Kury, F. (2003). Psychometric properties of the Spanish versión of the Resilience Scale. *Journal of nursing measurement*, 11(1), 61-72.
- Hu, J., y Gruber, K. (2008). Positive and negative affect and health functioning indicators among older adults with chronic illnesses. *Issues in mental health nursing*, 29(8), 895-911.
- International Longevity Centre [ILC]. (2015). *Active Ageing: A policy framework in response to the longevity revolution*. Río de Janeiro: International Longevity Centre Brasil.
- IMSERSO (1993). *Plan Gerontológico*. Madrid: IMSERSO.
- IMSERSO (2016). *Informe 2016, Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*. Madrid: IMSERSO.
- Izal, M., y Fernández-Ballesteros, R. (1990). Modelos ambientales sobre la vejez. *Anales de psicología*, 6(2), 181-198.
- Kerschner, H., y Pegues, J. (1998). Productive aging: A quality of life agenda. *Journal of the American Dietetic Association*, 98(12), 1445-1448.
- Kirkwood, T. (1999). *Time of our lives: The science of human aging*. New York: Oxford University Press son Demand.
- Kleinspehn, A., Kotter, D., y Smith, J. (2008). Self-perceptions of aging: Do subjective age and satisfaction with aging change during old age? *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63(6), 377-385.
- Kok, R., y Reynolds, C. (2017). Management of depression in older adults: a review. *Jama*, 317(20), 2114-2122.
- Kotter, D. (2015). Changing negative views of aging: Implications for intervention and translational research. *Annual review of gerontology and geriatrics*, 35(1), 167-186.
- Kotter, D., y Hess, T. (2012). The impact of age stereotypes on self-perceptions of aging across the adult lifespan. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(5), 563-571.
- Laguado, E., Camargo, K., Campo, E., Carbonell, M., & de la Caridad, M. (2017). Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos*, 28(3), 135-141.

- Las Hayas, C., López de Arroyabe, E., y Calvete, E. (2015). Resilience in family caregivers of persons with acquired brain injury. *Rehabilitation psychology, 60*(3), 295-303.
- Lawton, M. (1975). The Philadelphia Geatric Center Morale Scale: A revision. *Journal of Gerontology, 30*(1), 85-89.
- Lawton, M., y Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. In Eisdorfer y Lawton (Eds.), *The psychology of adult development and aging* (pp. 619-674). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Lázaro, V., y Gil, A. (2005). La calidad de las viviendas de los ancianos y sus preferencias ante la institucionalización. *Psychosocial Intervention, 14*(1), 21-40.
- Lehr, U., y Thomae, H. (2003). *Psicología de la senectud: proceso de aprendizaje y envejecimiento*. Barcelona: Herder.
- Levy, B. (2009). Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging. *Current directions in psychological science, 18*(6), 332-336.
- Limón, M., y Ortega, M. (2011). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología de la Educación, (6)*, 225-238.
- López, M. D. (2008). *El rol profesional del psicólogo en la promoción del envejecimiento activo*. España: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.
- Losada, A., y Strauch, M. (2014). Síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años. Influencia del vivir solo o acompañado. *Revista electrónica de Psicogerontología, 1*(1), 48-62.
- Lucas, R., Laidlaw, K., y Power, M. (2011). Suitability of the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD for Spanish older adults. *Aging y mental health, 15*(5), 595-604.
- Martínez, T. (2016). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación*. Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía personal.
- Martínez, J., Onís, M., Dueñas, R., Albert, C., Aguado, 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), 26-40.
- Mora, M., Villalobos, D., Vargas, G., y Ozols, A. (2004). Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. *MHSalud: Movimiento Humano y Salud, 1*(1), 2-12.
- Moser, C., Spagnoli, J., y Santos-Eggimann, B. (2011). Self-perception of aging and vulnerability to adverse aoutcomes at the age of 65-70 years. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 66*(6), 675-680.
- Muñoz, R. (2015). Diferencias en la autopercepción entre ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Gerokomos, 26*(2), 45-47.
- Newman, R., (2005). APA's Resilience Initiative. *Professional Pshychology: Research and Practice, 36*(3), 227-229.

- Newmann, J., Engel, R., y Jensen, J. (1991). Age differences in depressive symptom experiences. *Journal of Gerontology*, 46(5), 224-235.
- Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo. Un marco político. *Revista española de geriatría y gerontología*, 37(2), 74-105.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra: OMS.
- Orozco, C. (2015). Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima. *Persona*, 0(018), 91-104.
- Parra, M., Abejar, M., Pacheco, B., Gutiérrez, R., Martínez, M., y Vizcaíno, V. (2012). Validez de la escala de Resiliencia de ConnorDavidson (CD-RISC) en una población de mayores entre 60 y 75 años. *International Journal of Psychological Research*, 5(2), 49-57.
- Patrick, D., y Erickson, P. (1993). *Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation*. New York: Oxford University Press.
- Poblete, F., Castillo, C., Sandoval, E., Silva, P., y García, M. (2015). Depresión, cognición y calidad de vida en adultos mayores activos. *Ciencias de la Actividad Física*, 16(2), 71-77.
- Resnick, B., y Inguito, P., (2011). The Resilience Scale: Psychometric properties and clinical applicability in older adult. *Archives of psychiatric nursing*, 25(1), 11-20.
- Richardson, G. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of clinical psychology*, 58(3), 307-321.
- Riquelme, M., Martín, M., Ortigosa, J., y Lechuga, M. (2008). Depresión y envejecimiento: algunas cuestiones de interés respecto a la investigación epidemiológica. *Revista multidisciplinar de gerontología*, 18(1), 76-80.
- Robles, A., Rubio, B., La Rosa, D., Vanessa, E., y Nava, A. (2016). Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *El Residente*, 11(3), 120-125.
- Rowe, J., y Khan, R. (1997). Successful aging. *The gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Saavedra, Y., y Acero, L. (2017). La autonomía funcional del adulto mayor “El caso del adulto mayor en Tunja”. *Actividad Física y Desarrollo Humano*, 7(2), 1-12.
- Salguero, A., Martínez-García, R., Molinero, O., y Márquez, S. (2011). Physical activity, quality of life and symptoms of depression in community-dwelling and institutionalized older adults. *Archives of gerontology and geriatrics*, 53(2), 152-157.
- Sarabia, C., y Castanedo, C. (2015). Modificación de estereotipos negativos en la vejez en estudiantes de enfermería. *Gerokomos*, 26(1), 10-12.
- Sargent-Cox, K., Anstey, K., y Luszcz, M. (2013). Longitudinal change of self-perceptions of aging and mortality. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(2), 168-173.

- Satorres, E. (2013). *Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital*, (Tesis Doctoral). Facultad de Psicología, Universidad de Valencia, Valencia.
- Schawartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 9-21.
- Sena, C., y Moral, J. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología*, 24(2), 312-319.
- Sheikh, J., y Yesavage, J. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology*, 5(1), 165-173.
- Sifontes, S. (2012). *Valoración geriátrica integral aspectos psicosociales, calidad de vida y satisfacción autopercebida en el adulto mayor* (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
- Torres, M., Quezada, M., Rioseco, R., y Ducci, M. E. (2008). Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas. Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF. *Revista médica de Chile*, 136(3), 325-333.
- Trigo, J. (2001). La depresión en el paciente anciano. *Revista electrónica de Geriatria y Gerontología*, 3(2), 1-17.
- Twengue, J., Catanese, R., Baumeister, R. (2002). Social exclusion causes self-defeating behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(3), 606-615.
- UN (1980). *I International Plan of Action on Ageing*. New York: United Nations.
- UN (2002). *II International Plan of Action on Ageing*. New York: United Nations.
- Uriarte, J. (2014). Resiliencia y envejecimiento. *EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(2), 67-77.
- Urrutia, A. (2018). Envejecimiento activo: un paradigma para comprender y gobernar. *Aula abierta*, 47(1), 29-36.
- Vicente, J. M. (2011). *Libro Blanco del Envejecimiento Activo*. Madrid: IMSERSO.
- Villa, J. M. (2010). Las promesas del envejecimiento activo: investigación, desarrollo e innovación en Europa. *Sesenta y más*, (294), 29-36.
- Vives, M., Orte, C., y Ballester, L. (2015). Efectos de los programas universitarios en personas mayores en su red y apoyo social. El ejemplo de la universitat oberta per a majors. *Pedagogía social. Revista interuniversitaria*, (25), 299-317.
- Wagnild, G., y Young, H. (1987). The Resilience Scale Homepage. Unpublished data collection instrument.
- Wagnild, G., y Young, H. (1993). Development and psychometric. *Journal of nursing measurement*, 1(2), 165-178.
- WHO. (2001). *Health and ageing: A discussion paper*. Geneva: World Health Organization.

- WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science y medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Wurm, S., y Benyamini, Y. (2014). Optimism buffers the detrimental effect of negative self-perceptions of ageing on pshysical and mental health. *Psychology y Health*, 29(7), 832-848.