



Ciencia y Enfermería

ISSN: 0717-2079

rev-enf@udec.cl

Universidad de Concepción

Chile

Cortés Recabal, Juana Elena; Flores Leone, Pablo E.; Gómez Muñoz, Carolina A.; Reyes Escalona, Katherinne S.; Romero Díaz, Lilian A.

RESILIENCIA Y SU RELACIÓN CON ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES
AUTOVALENTES

Ciencia y Enfermería, vol. XVIII, núm. 3, 2012, pp. 73-81

Universidad de Concepción

Concepción, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370441811008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

RESILIENCIA Y SU RELACIÓN CON ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES

RESILIENCE AND ITS RELATIONSHIP WITH SELF-RELIANT ELDERLY LIFESTYLE

JUANA ELENA CORTÉS RECABAL *

PABLO E. FLORES LEONE **

CAROLINA A. GÓMEZ MUÑOZ ***

KATHERINNE S. REYES ESCALONA ****

LILIAN A. ROMERO DÍAZ *****

RESUMEN

Objetivo. Relacionar la capacidad de resiliencia de un grupo de adultos mayores autovalentes de la comuna de Chillán Viejo (Chile) respecto a sus estilos de vida. **Material y métodos:** Estudio de tipo correlacional y de corte transversal de 176 adultos mayores autovalentes de ambos sexos entre 65 y 85 años de edad asistentes a un centro de salud primaria de la comuna de Chillán Viejo Región del Bío-Bío, Chile. Se aplicó la escala Resiliencia de Wagnild y Young adaptada por las autoras del estudio; empleándose la prueba de χ^2 o la prueba exacta de Fischer, cuando correspondiera, considerándose como significancia estadística $p < 0,05$. **Resultados.** El 82,4% de los participantes del estudio poseen una alta capacidad de resiliencia. Se observó que la capacidad de resiliencia depende significativamente de la situación de pareja ($p=0,002$), la mantención de actividad sexual ($p=0,008$), las actividades recreativas ($p=0,015$) y el estado de ánimo ($p=0,001$). **Conclusión.** Existen características de sus estilos de vida que se relacionan en mayor medida a su nivel de resiliencia, que le permite enfrentar cambios propios del proceso natural de envejecimiento de los adultos mayores.

Palabras clave: Resiliencia, adulto mayor, estilo de vida, actividades cotidianas.

ABSTRACT

Objective: Relate the resilience of a group of self-reliant elderly from Chillan Viejo County (Chile) with their life style. **Design:** Co relational and cross-sectional study of 176 self reliant both sexes elderly between 65 and 85 years old attending a primary health care unit at Chillán Viejo County, Bío-Bío Region, Chile. Wagnild and Young Resilience Scale, adapted by the authors of this research, was applied using the χ^2 test or the Fishers exact test, when necessary, considering as statistically significant, $p < 0.05$. **Results:** 82.4% of the subjects of study have a high resilience. It was observed that the resilience depends significantly on the condition of living with a partner ($p=0.002$), the capacity of sexual activity ($p= 0.008$), the recreational activities ($p= 0.015$) and the mood condition ($p=0.001$). **Conclusion.** There are characteristics in their life styles that relate themselves in a greater extent to their level of resilience which enables them to face changes that are typical of the natural process of aging among older adults.

Key words: Resilience, elderly, life style, activities of daily living.

Fecha recepción: 06/07/11 Fecha aceptación: 12/11/12

* Enfermera. Docente del Departamento de Enfermería Universidad del Bío-Bío. Chillán-Chile. Email: jcortes@ubiobio.cl

** Enfermero. Clínica Indisa, Santiago-Chile. Email: pablofloresleone@gmail.com

*** Enfermera. Unidad Paciente Crítico Adulto, Clínica Chillán. Chillán-Chile. Email: karolingomez@hotmail.com

**** Enfermera. Hospital de Castro. Castro-Chile. Email: katilila@hotmail.com

***** Enfermera. Servicio Cirugía, Hospital Clínico Herminia Martín. Chillán-Chile. Email: lilianromerodiaz@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El vocablo resiliencia tiene su origen en el idioma latín, en el término resilio que significa “volver atrás”, “volver de un salto”, “resaltar”, “rebotar”. El término fue adaptado a las ciencias sociales para caracterizar aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos (1). Este término es ampliamente utilizado en muchos campos, tales como en ecología, la ciencia del suelo, organizaciones, seguridad nacional, creación de redes de computación, tecnología, psicología y odontología, dado que abarca una competencia bajo estrés (2).

Además, existen algunas definiciones que han desarrollado diversos autores sobre el concepto de resiliencia, como la capacidad universal que permite a una persona recobrarse (3), disminuir o superar los efectos nocivos de la adversidad (4) e incluso salir fortalecidos de la situación (5), historia de adaptaciones exitosas con exposiciones de riesgo o eventos estresantes de la vida (6). La resiliencia es parte del proceso evolutivo y debe ser promovida desde la niñez (1). Entre las distintas definiciones de resiliencia, la mejor representada es la adoptada por la segunda generación de investigadores como Melillo (7), quienes la definen como “un proceso dinámico que tiene como resultado la adaptación positiva en contextos de adversidad”.

Es evidente que uno de los problemas más graves con los que se enfrenta el mundo, y en particular los países más desarrollados, es el envejecimiento progresivo de la población (8). La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1974 define como envejecimiento del individuo a un proceso fisiológico que comienza en la concepción y que ocasiona cambios característicos durante todo el ciclo de la vida. Se sabe que el proceso de envejecimiento es progresivo, asincrónico, individual y universal, este último porque afecta a todos

los seres vivos (9).

Según los cálculos se estima para el 2025 en más de 1.100 millones las personas que en todo el planeta tendrán 60 años o más, de ellos la mayor parte, el 71,4 %, vivirá en los países subdesarrollados. En algunos países, como Argentina, Chile, Cuba y Uruguay, el perfil demográfico es similar al de los países europeos. En ellos, el número de adultos mayores ha ido creciendo, mientras que los jóvenes, proporcionalmente, constituyen un grupo más reducido. Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre en los países desarrollados, en América Latina el proceso de envejecimiento se está dando sin un desarrollo económico capaz de asegurar los recursos necesarios para proporcionar a los grupos más viejos una calidad de vida aceptable. Por esto resulta imperioso que los países de la región se dispongan a enfrentar el desafío que esto acarrea en los aspectos sociales, económicos, culturales, políticos y éticos (10).

Chile es hoy en día una sociedad en transición demográfica avanzada. Este proceso es resultado de dos importantes fenómenos, como el aumento de la expectativa de vida y baja en las tasas de fecundidad (11). Cabe destacar que la población de adultos mayores (AM), en la Región del Bío-Bío de Chile, alcanza el 11,39% (211.957 personas). En particular, la cantidad de AM de la comuna de Chillán Viejo, ubicada en la Región del Bío-Bío, alcanza el 9,98% con 2.205 personas (12).

Dado que la salud es un estado de equilibrio, con determinado grado de componente subjetivo, entre lo biológico y lo psíquico con el medio ambiente social, cultural y natural, por tanto implica un estado biocultural de equilibrio relativo y función normal mantenidos dentro de contextos temporales, sociales, culturales y ecológicos específicos (10). Se deduce, entonces, que uno de los factores de riesgo principales del deterioro de la calidad de vida en la vejez es el aislamiento social, ligado a la exclusión y al rechazo, por lo que el enfoque de la resiliencia permite reconocer y

potenciar aquellos recursos personales e interpersonales que protegen el desarrollo de las personas y su capacidad constructiva, aun durante su envejecimiento (11). Además, se propone difundir el concepto de resiliencia en el quehacer profesional y estudiarla como un proceso, relacionándola con los modelos de enfermería existentes (13). Este aspecto es clave para el profesional de enfermería, ya que le permitirá diseñar intervenciones que fortalezcan los factores protectores de la resiliencia. Por ello, el objetivo de este estudio es relacionar la capacidad de resiliencia de un grupo de adultos mayores autovalentes de la comuna de Chillán Viejo, Chile, respecto a sus estilos de vida.

MATERIALES Y MÉTODOS

El tipo de estudio corresponde a un correlacional de corte transversal, cuyo levantamiento de datos se llevó a cabo por los autores del estudio entre el 13 y el 20 de abril de 2007.

El universo estuvo constituido por 324 adultos mayores inscritos en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) de la comuna de Chillán Viejo que cumplieron con el criterio de funcionalidad autovalente medido a través de Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM), instrumento predictor de pérdida de funcionalidad de las acciones que realiza una persona en forma cotidiana para mantener su cuerpo y subsistir independientemente, que en el nivel primario de salud chileno se aplica a todo AM de 65 años y más, que llega caminando al centro de salud (9).

De este universo accesible se muestreó a 176 sujetos, considerando un 95% de confianza, un error de muestreo del 5% y una prevalencia estimada de 50%, seleccionándose las unidades de análisis a través del método aleatorio simple.

Dentro de los criterios de inclusión considerados en este estudio fueron que los adul-

tos mayores tuvieran una edad cuyo rango fluctuara entre 65 y 85 años de edad, residentes en la zona urbana de la comuna de Chillán Viejo, de la provincia de Ñuble de la Región del Bío-Bío, inscritos en el CESFAM de Chillán Viejo y que hayan sido clasificados como autovalentes según EFAM entre marzo 2006 y marzo 2007. Por otro lado, se excluyeron a adultos mayores que hubieran evidenciado un estado de dependencia al momento de aplicar la encuesta detectada empíricamente por el observador y que no haya sido previamente detectado por el EFAM.

La recolección de los datos se realizó por medio de visitas domiciliarias, en las cuales se aplicó un cuestionario que consta de dos partes. En la primera, fue un *dossier* de preguntas creada por los autores destinado a conocer algunas características sociodemográficas, estilos de vida y de salud. Éste consta de 12 preguntas, de las cuales 9 son dicotómicas cerradas, 2 politómicas cerradas y una politómica abierta que posteriormente se categorizó según las frecuencias observadas de las respuestas entregadas por los participantes del estudio.

La segunda parte del instrumento recolector incluye la Escala de Resiliencia (14) adaptada, modificada y validada por los autores de esta investigación, de acuerdo a la realidad local, validándose según juicio de expertos en una primera instancia para luego verificar el grado de comprensión por la unidad de análisis, aplicándolo a una muestra piloto de 10 adultos mayores pertenecientes al CESFAM Los Volcanes de la comuna de Chillán, durante los días 6 y 7 de febrero del año 2007.

La escala consta de 25 ítemes, 17 de ellos están enfocados a la “competencia personal” y los 8 ítemes restantes se enfocan a la “aceptación de sí mismo y de la vida”.

Estos ítemes son del tipo Likert, a cada uno de ellos se les otorgó un puntaje de 1 a 5 y una vez obtenido el puntaje total de la escala se clasificó como “bajo nivel de resiliencia” si se logra un puntaje menor de 71 puntos. Luego, se clasificó como “medio nivel de re-

silencia si presenta un puntaje entre 71 y 96 puntos. Por último, se consideró como “alto nivel de resiliencia” si se presenta un valor entre 97 y 125 puntos.

Se solicitó autorización previa a la aplicación del instrumento recolector a la directora del CESFAM de Chillán Viejo, mediante una solicitud gestionada a través de la directora de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud y los Alimentos de la Universidad del Bío-Bío.

A cada uno de los participantes del estudio se le aplicó un consentimiento informado, en donde se detalla el objetivo de la investigación, el carácter voluntario, la confidencialidad y anonimato de los datos recolectados por medio de la aplicación del instrumento. En el desarrollo de la investigación se tuvieron en cuenta todos los aspectos éticos, que quedaron reflejados en el consentimiento informado.

Una vez recolectada la información, se elaboró una base de datos en el programa Microsoft Office Excel 2003 versión 5.0. Posteriormente la información se traspasó al programa Stata 10,1 para Windows, en el que se analizó estadísticamente la información mediante el cruce de variables en estudio y así obtener tablas de frecuencias y de contingencia.

Para determinar si dos variables se encuentran relacionadas, se utilizó la prueba estadística χ^2 de Pearson. Si hubiera al menos una celda con frecuencias esperadas menor a cinco, se reemplazó por la prueba exacta de Fisher, considerándose como significancia estadística $p < 0,05$ (15).

RESULTADOS

De los 176 adultos mayores autovalentes encuestados, se observó un 69,9% de sexo femenino ($n=123$), el 45,5% representa al rango de edad entre 65 y 70 años. En cuanto a la escolaridad, el mayor porcentaje correspon-

de a aquéllos con escolaridad básica incompleta (40,3%), mientras que tan sólo un 2,9% de la muestra posee educación superior. Un poco más de la mitad de la muestra (52,8%) recibe una pensión mensual cuyo monto a pagar fluctúa entre los 40.000 y 79.000 pesos chilenos¹, mientras que el 11,4% recibe pensiones iguales o mayores a 120.000 pesos mensuales.

Respecto a la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles, se observó que la mayoría de los AM encuestados padece Hipertensión arterial, lo que se refleja en un 43,8%, y tan sólo un 3,4% padece Diabetes Mellitus (Tabla 1).

Del total de la muestra, se observó que el 82,4% de los adultos mayores autovalentes encuestados poseen una alta capacidad de resiliencia ($n=145$) y un 17% tiene una mediana capacidad de resiliencia ($n=30$), mientras que tan sólo un sujeto posee una baja capacidad de resiliencia, que representa el 0,6% de la muestra.

Al estudiar la relación entre la resiliencia con los estilos de vida en los adultos mayores observados, la Tabla 2 muestra la información del grado de resiliencia tomando en cuenta las categorías “alta” y “media”, dado que sólo una persona fue clasificado con “baja” resiliencia, lo cual afecta el cálculo del test de independencia. En la Tabla 2 se muestra que existe evidencia suficiente para afirmar que la resiliencia se asoció significativamente con la situación de pareja ($p=0,002$), en donde aquellos que presentaron al momento del levantamiento de los datos una pareja tienen una alta resiliencia (51,7%), mientras que los adultos mayores que expresaron no tener pareja fueron clasificados en su mayoría (80%) con una media resiliencia.

Respecto a la actividad sexual, se encontró una relación significativa con el nivel de resiliencia ($p=0,008$), en donde 34,5% de los que fueron considerados con alta resiliencia

¹ 1 dólar americano = 477 pesos chilenos.

Tabla 1. Distribución de la muestra según características sociodemográficas (n=176).

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		n	%
Rango de edad	65 - 70	80	45,5
	71 - 75	52	29,5
	76 - 80	31	17,6
	81 - 85	13	7,4
Sexo	Femenino	123	69,9
	Masculino	53	30,1
Escolaridad	Nunca Asistió	13	7,4
	Básica incompleta	71	40,3
	Básica completa	41	23,3
	Media incompleta	24	13,6
	Media completa	22	12,5
	Superior	5	2,9
Recibe pensión mensual	No recibe	19	10,8
	Menor a \$40.000	1	0,6
	\$40.000 a \$79.000	93	52,8
	80.000 a \$119.000	43	24,4
	\$120.000 o más	20	11,4
Tipo de enfermedad crónica	Sin Diabetes Mellitus ni Hipertensión Arterial	66	34,1
	Diabetes Mellitus	6	3,4
	Hipertensión Arterial	77	43,8
	Ambas	33	18,7

Tabla 2. Capacidad de resiliencia según estilos de vida de los adultos mayores en estudio (n=175).

ESTILOS DE VIDA		RESILIENCIA		χ^2	p
		Alta n (%)	Media n (%)		
Situación de pareja	Con pareja	75 (51,7)	6 (20,0)	10,06	0,002
	Sin pareja	70 (48,3)	24 (80,0)		
Mantiene actividad sexual	Sí	50 (34,5)	3 (10,0)	7,06	0,008
	No	95 (65,5)	27 (90,0)		
Actividades recreativas	Sí	58 (40,0)	5 (16,7)	5,87	0,015
	No	87 (60,0)	25 (83,3)		
Enfermedad crónica	Sí	110 (75,9)	24 (80,0)	0,2332	0,626
	No	35 (24,1)	6 (20,0)		
Asistencia control salud	Sí	134 (92,4)	28 (93,3)	0,609 *	
	No	11 (7,6)	2 (6,7)		
Estado de ánimo	Muy Feliz	15 (10,3)	1 (3,3)	0,001 *	
	Alegre	58 (40,0)	9 (30,0)		
	Ni Triste Ni Feliz	61 (42,1)	9 (30,0)		
	Triste	9 (6,2)	10 (33,3)		
	Muy Triste	2 (1,4)	1 (3,3)		

* Prueba exacta de Fisher.

cia expresaron mantener actividad sexual, mientras que el 90% del grupo con resiliencia media declararon no mantener relaciones sexuales.

Al observar la relación entre actividades recreativas con la capacidad de resiliencia de los adultos mayores, la Tabla 2 también indica evidencia suficiente que permite afirmar una asociación significativa entre estas dos variables ($p=0,015$), por cuanto un 40% de los sujetos con alta resiliencia indicaron que sí realizan actividades recreativas ($n=58$), mientras que un 83,3% de quienes presentan resiliencia media indicaron no efectuar actividades de este tipo ($n=25$).

La misma Tabla 2 indica que la capacidad de resiliencia no se asocia a la presencia de enfermedades crónicas (considerando la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial), ni tampoco respecto de la asistencia o inasistencia a controles de salud ($p=N.S.$), en donde los porcentajes de adultos mayores clasificados con alta y media capacidad de resiliencia que presentan enfermedades crónicas son muy similares entre sí (75,9 versus 89,0%, respectivamente), mientras que del grupo que no tienen enfermedades crónicas sus porcentajes de alta y media resiliencia son del 24,1 y 20%, respectivamente. En relación a la asistencia a controles de salud, los porcentajes de alta y media capacidad de resiliencia que recurren a controles son del 92,4 y 93,3%, respectivamente, mientras que un 7,6 y un 7%, respectivamente correspondieron a la proporción de adultos mayores que no asistieron a controles de salud, por lo que estas variables no presentaron una asociación estadísticamente significativa ($p=0,609$).

Por último, existe evidencia suficiente para afirmar que la capacidad de resiliencia se asoció significativamente al estado de ánimo de los adultos mayores en estudio ($p=0,001$). Es así como quienes presentaron una alta resiliencia tienden a relacionarse con estados de ánimo muy feliz y alegre (10,3 y 40%, respectivamente), en comparación al

3,3 y 30% de quienes fueron catalogados con mediana resiliencia, respectivamente. Por otro lado, del grupo con resiliencia media, los porcentajes se concentraron mayoritariamente en quienes presentaron un estado de ánimo triste y muy triste (33,3 y 3,3%, respectivamente), en comparación con el 6,2 y 1,4% del grupo considerado con alta resiliencia, respectivamente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La resiliencia es tener buenos resultados a pesar de la adversidad y podría ser descrita en términos de conservar el mismo nivel de resultados después de un conjunto de problemas (16, 17). Resnick e Inquito la describen como la capacidad de alcanzar, mantener o recuperar un nivel de salud física o emocional después de la enfermedad o la pérdida (18), en donde el 82,4% fue clasificado con una alta capacidad, siguiéndole sólo un 17% de los adultos mayores, quienes fueron considerados con mediana resiliencia, por cuanto apunta a que los adultos mayores presentan una alta capacidad de afrontar los problemas, lo que conlleva a un “envejecimiento exitoso”, concepto que ha sido popular durante muchas décadas (19). Sin embargo, al comparar este dato con otro informe publicado en 2008 luego de aplicar el GHQ-12 medidos en 3.581 participantes mayores de 50 años en el British Household Panel Survey, se indicó una prevalencia de resiliencia del 14%. Tal discrepancia entre sus valores puede explicarse por diferencias en la edad de corte de los participantes del estudio, como también de las características que debieron reunir estos últimos, que midieron la resiliencia en función a las adversidades relacionadas con limitación funcional, familiar, una separación matrimonial o pobreza (16).

En un estudio publicado el año 2010, cuyo propósito fue comparar el puntaje de resiliencia de adultos con más de 60 años de

edad provenientes de Suecia (n=422) y Tailandia (n=200), se concluyó que no hubo diferencias significativas entre sus valores (144 para versus 146, respectivamente), sin embargo, la resiliencia de los adultos mayores provenientes de Suecia se asociaba preferentemente a ser mujeres casadas y de mayor a 80 años, mientras que la resiliencia de los tailandeses depende del sexo femenino, ser viudo y la tenencia de hijos (20). En cuanto a los resultados de este estudio, se observó que aquellos adultos mayores con alta capacidad de resiliencia son quienes declararon tener pareja, y de manera independiente a la variable anterior, se observan activos sexualmente. Por consiguiente, se refuerza la idea que para cada cultura existen características que la hacen propia respecto a su manera de afrontar sus problemas, y por tanto, su estudio debe ser extrapolable en función de su contexto en particular.

Por otra parte, el 40% de los adultos mayores con alta resiliencia observados en este trabajo realizaban actividades recreativas, mientras que un 83,3% de aquellos clasificados con mediana resiliencia no indicaban o no realizaban actividades recreativas, lo que va en línea a lo reportado por Netuveli et al. (16), quienes indicaron que la resiliencia es impulsada por los altos niveles de apoyo social existentes antes de la exposición a la adversidad. Navarro et al. hacen referencia a la autoeficacia y creencias personales sobre la capacidad de organizar y comprometerse en acciones particulares que tienen las personas mayores para manejar determinadas situaciones en el diario vivir (21). Aquí recobra importancia el voluntariado formal como pivote entre la resiliencia y las actividades recreativas, ya que según Greenfield y Marks, indicaron que éstos pueden proteger a los adultos mayores, y con ello mejorar la percepción del propósito que tienen en la vida (22).

En relación al diagnóstico clínico de hipertensión arterial y de diabetes mellitus, los resultados de este estudio indican que la

capacidad de superación es independiente de estas patologías. Esto difiere del estudio de Chaudieu et al. (23) quienes señalaron que existe una asociación estadísticamente significativa entre las personas no-resilientes y el diagnóstico de hipertensión arterial. En consecuencia, es necesario que el adulto mayor considere la resiliencia como una herramienta para el mejoramiento de su calidad de vida, a partir de los vínculos afectivos que el sujeto haya construido anteriormente (13).

Respecto al estado de ánimo y la capacidad de resiliencia, los resultados demuestran una asociación estadísticamente significativa, siendo que los clasificados con alta resiliencia tuvieron un mejor estado de ánimo respecto del grupo clasificado con una mediana resiliencia. Carstensen et al. (24) informaron que los adultos mayores se centran más en las experiencias positivas y significativas que los adultos más jóvenes. Además, se indican efectos beneficiosos de la actividad física en las personas mayores por sobre la salud psicológica, participando además como efecto antidepresivo (25), por lo que se considera a la resiliencia como un componente de la adecuada adaptación psicosocial, que se asocia con la salud mental, la cual durante los últimos años ha acentuado el interés por el potencial papel de la personalidad y la neurobiología en la configuración de la resiliencia (26).

De acuerdo a este análisis, se debe considerar la fragilidad como un estado de salud representado por una mayor vulnerabilidad a los resultados adversos para la salud frente a factores de estrés (27), por cuanto estudiar y fomentar estilos de vida que permitan mantener una mejor capacidad de resiliencia se convierte en una herramienta potente que se debe trabajar a diario con los adultos mayores bajo un contexto común, y comparable de acuerdo a sus propias creencias, capacidades, características y costumbres, con el único horizonte de mejorar su calidad de vida.

REFERENCIAS

1. Kotliarenco MA. Cáceres I, Fontecilla M. Estado del arte en resiliencia [Internet]. 1997 [citado 25 septiembre 2010]. Disponible en: <http://resilnet.uiuc.edu/library/resiliencia/resiliencia-paginas.pdf>.
2. De Alfieri W, Costanzo S, Borgogni T. Biological resilience of older adults versus frailty. *Med Hypotheses*. 2011; 76(2): 304-5.
3. Walsh F. Resiliencia Familiar. Buenos Aires: Amorrortu; 2004.
4. Manciaux M. La resiliencia: resistir y rehacerse. Barcelona: Gedisa; 2003.
5. Melillo A, Suárez EN, Rodríguez D. Resiliencia y Subjetividad. Buenos Aires: Paidós; 2004.
6. Melillo A, Suárez EN. Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Paidós; 2005.
7. Melillo A. Sobre resiliencia: El pensamiento de Boris Cyrulnik. *Perspectivas Sistemáticas* [Internet]. 2005 [citado 22 enero 2010]. Disponible en: <http://www.redsitematica.com.ar/articulo85-1htm>.
8. Gándara Martín J. Envejecer en soledad: repercusiones psicopatológicas de la soledad en los ancianos. Madrid: Popular; 1995.
9. Ministerio de Salud. Funcionalidad del Adulto Mayor y aplicación del instrumento predictor de pérdida de funcionalidad [Internet]. Santiago, Chile: MINSAL; 2004 [citado 25 noviembre 2010]. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/ab1f81f43ef0c2a6e04001011e011907.pdf>
10. Martínez Fuentes AJ, Fernández Díaz IE. Ancianos y salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2008 [citado 25 noviembre 2010]; 24 (4). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v24n4/mgi10408.pdf>
11. Sanhueza M, Castro M, Merino J. Adultos Mayores Funcionales: Un Nuevo Concepto en Salud. *Cienc enferm*. 2005; XI (2): 17-21.
12. Moreno E, Miles J. Catastro de Población Adulto Mayor [Internet]. 2003 [citado 25 noviembre 2010]. Disponible en: <http://www.ine.cl>
13. Cortés J. La resiliencia: Una mirada desde la Enfermería. *Cienc. enferm*. 2010; XVI (3): 27-32.
14. Wagnild GM, Young, HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs Meas*. 1993; 1: 165-178.
15. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 3a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2003. p. 558-566.
16. Netuveli G, Wiggins RD, Montgomery SM, Hildon Z, Blane D. Mental health and resilience at older ages: bouncing back after adversity in the British Household Panel Survey. *J Epidemiol Community Health*. 2008; 62(11): 987-991.
17. Lamond AJ, Depp CA, Allison M, Langer R, Reichstadt J, Moore DJ, et al. Measurement and predictors of resilience next term among community-dwelling older women. *J Psychiatr Res*. 2008; 43 (2): 148-154.
18. Resnick BA, Inquinto PL. The Resilience Scale: psychometric properties and clinical applicability in older adults. *Arch Psychiatr Nurs*. 2011; 25(1): 11-20.
19. Lacruz ME, Emeny RT, Bickel H, Cramer B, Kurz A, Bidlingmaier M, et al. Mental health in the aged: prevalence, covariates and related neuroendocrine, cardiovascular and inflammatory factors of successful aging. *BMC Med Res Methodol*. 2010; 10: 36.
20. Choowattanapakorn T, Aléx L, Lundman B, Norberg A, Nygren B. Resilience among women and men aged 60 years and over in Sweden and in Thailand. *Nurs Health Sci*. 2010; 12(3): 329-335.
21. Navarro AB, Bueno B, Buza J, Mayoral P. Percepción de autoeficacia en el afronta-

- miento de los problemas y su contribución en la satisfacción vital de las personas muy mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2006; 41(4): 222-27.
22. Greenfield EA, Marks NF. Formal volunteering as a protective factor for older adults' psychological well-being. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2004; 59(5): S258-64.
 23. Chaudieu I, Norton J, Ritchie K, Birmes P, Vaiva G, Ancelin ML. Late-life health consequences of exposure to trauma in a general elderly population: the mediating role of reexperiencing posttraumatic symptoms. *J Clin Psychiatry* 2011;72 (7): 929-35.
 24. Carstensen LL, Fung HH, Charles ST. Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motiv Emot*. 2003; 27(2): 103-23.
 25. Pakkala I, Read S, Leinonen R, Hirvensalo M, Lintunen T, Rantanen T. The effects of physical activity counseling on mood among 75- to 81-year-old people: A randomized controlled trial. *Prev Med*. 2008; 46(5): 412-8.
 26. Azar D, Ball K, Salmon J, Cleland V. The association between physical activity and depressive symptoms in young women: A review. *Ment Health Phys Act*. 2008; 1 (2): 82-88.
 27. Legrand FD, Mille CR. The effects of 60 minutes of supervised weekly walking (in a single vs. 3-5 session format) on depressive symptoms among older women: Findings from a pilot randomized trial. *Ment Health Phys Act*. 2009; 2(2): 71-75.