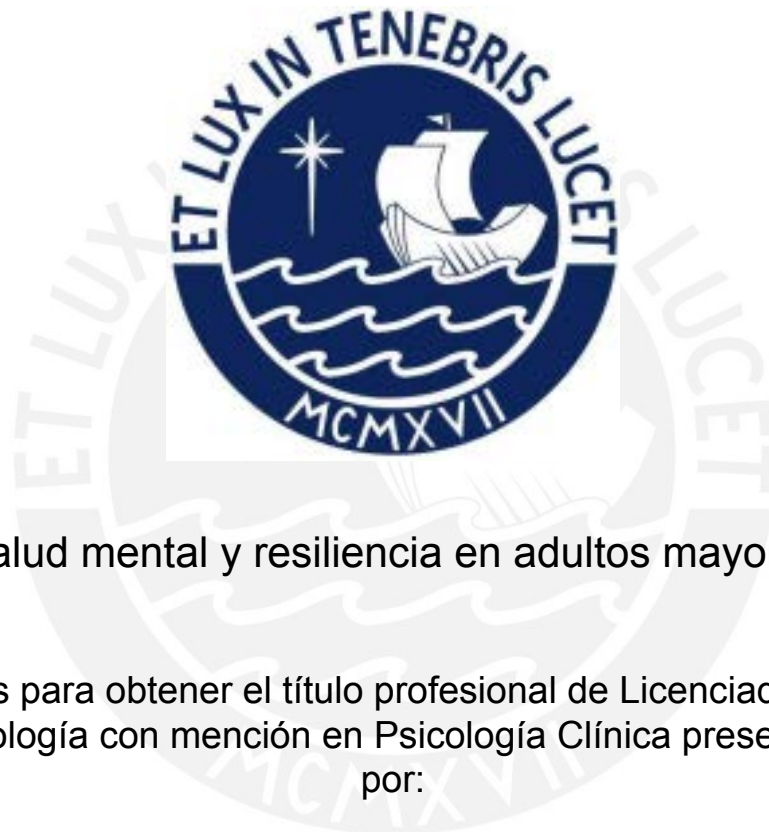


**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Salud mental y resiliencia en adultos mayores

Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en
Psicología con mención en Psicología Clínica presentado
por:

Blessing Carolina Pérez Aguilar

Asesora:

Silvana Melissa Romero Saletti

Lima, 2021

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo analizar la relación entre salud mental y resiliencia en una muestra de adultos mayores. Con este propósito, se contó con la participación de 98 adultos mayores, asistentes y no asistentes a un Centro del Adulto Mayor, con un rango de edad de 60-89 años ($M= 70.49$; $DE= 6.89$). Se utilizó el Inventario de Salud Mental (MHI- P) adaptado al contexto peruano y la Escala de Factores Protectores de la Resiliencia (SPF). A nivel global, se obtuvo una correlación directa entre salud mental y resiliencia; y a nivel dimensional, correlaciones directas e inversas entre las subescalas positivas y negativas que componen ambas variables. Asimismo, se encontró que el grupo de asistentes a un CAM obtuvo mayores puntuaciones en la escala de resiliencia y la subescala de soporte social, en comparación al grupo de no asistente. Por último, se hallaron diferencias según variables sociodemográficas como el sexo y la edad. Se discuten estos hallazgos; así como las limitaciones del estudio.

Palabras clave: salud mental, resiliencia, adultos mayores

Abstract

The present research aims to analyze the relationship between mental health and resilience in a sample of older adults. For this purpose, 98 older adults, attending and non-attending a Center for the Elderly, with an age range of 60-89 years ($M = 70.49$; $SD = 6.89$) participated. The Mental Health Inventory (MHI-P) adapted to the Peruvian context and the Scale of Protective Factors of Resilience (SPF) were used. At the global level, a direct correlation between mental health and resilience was obtained; and at the dimensional level, direct and inverse correlations between the positive and negative subscales that make up both variables. Additionally, it was found that the group attending a CAM obtained higher scores on the resilience scale and the social support subscale, compared to the non-attendant group. Finally, differences were found according to sociodemographic variables such as sex and age. These findings are discussed; as well as the limitations of the study.

Keywords: mental health, resilience, older adults

Tabla de contenido

Introducción	4
Método	20
Participantes	20
Medición	21
Procedimiento	26
Análisis de datos	26
Resultados	28
Discusión	31
Referencias	42
Apéndices	52



Introducción

En el mundo, 1 de cada 9 personas es considerada adulta mayor y se estima que para el 2050 el porcentaje se duplicará de 11% a 22% (Fondo de Población de las Naciones Unidas, [UNFPA, por sus siglas en inglés], 2021). En regiones de América Latina y el Caribe, los adultos mayores representan 70 millones de habitantes, cifra que ascendería a 119 millones en menos de 10 años (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2018). Las estimaciones previstas para nuestro país no distan mucho del tránsito en el incremento poblacional. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2020a), la proporción relativa de adultos mayores en el Perú pasó de 5.7% a 12.7% entre 1950 y 2020, superando proyecciones previstas para este último año (INEI, 2018).

También se registran cifras que describen el contexto en el que ocurre el envejecimiento poblacional caracterizado por índices de pobreza, desigualdad, violencia, exclusión social y discriminación. Para 2020, el porcentaje de adultos mayores en situación de pobreza ascendió a 14.9%, siendo el 16.7% analfabeto, el 16.9% no afiliado a un seguro de salud público o privado, y solo el 17% afiliado a un seguro de pensiones (INEI, 2020b). Para autores como Olivera y Clausen (2014), estos porcentajes, que reportan indicadores por encima de la media, limitarían el acceso a un trabajo digno y con ello el financiamiento a sistemas de salud y pensiones, lo que exige el desarrollo de medidas por parte del estado hacia este sector de la población (Blouin et al., 2018).

Los intentos del estado por el desarrollo de medidas para el cumplimiento de derechos y reconocimiento de los adultos mayores se registran a partir de 2011. Es así que durante ese año se implementa la Política Nacional referida a las Personas Adultas Mayores, el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores (PLANPAM), y la Ley N° 28803, dirigidas a garantizar la protección, el reconocimiento y la continuidad de la participación plena y

efectiva de este sector en nuestra sociedad (Blouin et al., 2018). A lo anterior se suman proyectos, programas e instituciones alineadas al cumplimiento de estos objetivos como los Centros del Adulto Mayor o CAM (EsSalud, 2012).

Los CAM son espacios de integración intra e intergeneracional que incluyen actividades socioculturales y recreativas orientadas a la productividad, estilos de vida saludable y la promoción de un envejecimiento activo. A nivel nacional existen 122 CAM, de los cuales 48 se ubican en la ciudad de Lima (EsSalud, 2012).

En 2019, un informe presentado por la Defensoría del Pueblo (2019) concluyó en la efectividad que tenía la asistencia a los CAM sobre la salud física y mental de los adultos mayores. Sin embargo, los indicadores para la evaluación del impacto involucraban aspectos operativos o prácticos, los cuales no apoyan el estudio del envejecimiento como tal ya que únicamente tomaba en cuenta la incorporación de medidas prácticas (actividades de esparcimiento y recreación), para lo cual Ramos (2013) destaca la comprensión integral de lo que supone el proceso de envejecimiento.

Inicialmente desde 1920, publicaciones como las de Bühler (1933) y Hall (1922) proponían extender la conceptualización del envejecimiento, que por años había sido enmarcado en un enfoque biologicista, más allá de la noción de pérdida y la generalización de los cambios. No obstante, fue luego de la II Guerra Mundial que comienza su despliegue teórico, tradicionalmente abordado desde teorías del desarrollo evolutivo y la desconexión social (Krzemien, 2012).

Uno de los representantes de la psicología del desarrollo, Erickson, postuló en 1950 un modelo que dividía el ciclo vital en ocho etapas que iban de la infancia a la vejez. El autor aseguraba que en cada etapa se producía un conflicto de naturaleza psicosocial entre dos tendencias opuestas, cuya resolución otorgaba al individuo virtudes básicas y esenciales para

su desarrollo posterior. La octava y última etapa, con inicio en los 65 años, surgía del conflicto entre la integridad y la desesperación. En esta, la resolución dependía de la reflexión que el individuo hacía sobre su vida y la contemplación de los logros obtenidos a lo largo de su desarrollo; lo que finalmente conduciría a la sabiduría, integración de su personalidad y aceptación de la muerte (Erickson, 1959; Schroots, 1996).

Otros autores como Schroots (1996) y Verbraak (2000) más tarde criticaron la teoría de Erikson debido al énfasis que habría puesto el autor en las cinco primeras etapas del desarrollo y la asignación de un único conflicto después de los 65; observándose, además, dificultades en el cumplimiento de tareas por parte de algunos adultos mayores debido a diferencias contextuales. Por otro lado, se cuestiona la idea del estancamiento en el desarrollo de la integridad una vez lograda; ya que, la reflexión sobre el significado de la vida y la integración de la personalidad son procesos que se han ido extendiendo hasta los últimos años de vida, los cuales se han ido incrementando en las últimas décadas a medida que la esperanza de vida también aumenta. Es así que, en 1997, Joan Erikson, apoyada en el concepto de gerotranscendencia de Lars Tornstam, extiende la teoría del desarrollo psicosocial hasta una novena etapa (Franzese & Rurka, 2016).

Las variables contextuales no estimadas dentro de la teoría de Erickson, fueron incluidas en el modelo de desconexión social de Cumming y Henry (1961). Ambos autores planteaban que con el paso de los años los individuos iban desvinculándose de su medio social, limitando el número de sus actividades, y centrando su atención en aspectos relacionados a sí mismos. Este proceso fue descrito como universal e inevitable, en el que la sociedad iba facilitando la exclusión de la persona mayor de su entorno social.

Si bien la teoría de la desconexión social tomaba en cuenta la interacción de variables psicológicas y sociales, excluía a quienes no mostraban desinterés en el contacto social o

lograban sustituir esta “pérdida” a través de la creación de nuevos roles. Es por esta razón que Havighurst postula la teoría de la actividad, la cual exponía una visión más realista sobre el envejecimiento, tomando distancia de la homogeneización de los cambios o lo normalmente asociado a esta etapa (Schroots, 1996; Tornsmán, 1989).

Los distintos modos de envejecer y las diferencias entre adultos mayores han sido observadas en investigaciones que concluyen en la posibilidad de ganancia, pérdida, mantenimiento y/o compensación de distintos dominios (Baltes & Staudinger, 2000; Blanchard-Fields & Hess, 1996; Krzemien, 2012; Labouvie-Vief & Diehl, 2000; Schaie, 2000). Mientras que, las diferencias intergeneracionales, corresponderían más a diferencias de cohorte que a efectos propios del envejecimiento, siendo no absoluta la idea de pérdida y el estado de vulnerabilidad vinculada a la adultez mayor, en comparación a otras etapas del desarrollo evolutivo (Lebowitz & Niederehe, 1992).

Esto alentó la revisión, durante la década de los 90's, de teorías clásicas y el surgimiento de nuevas teorías, que integraron en la explicación del envejecimiento conceptos como neuroplasticidad, regulación emocional y gerotranscendencia. El concepto de gerotranscendencia sobre el que se basó Joan Erickson en la extensión del ciclo vital, se define como el conocimiento que se adquiere a partir del cambio en la metaperspectiva que va de lo racional y material a lo espiritual y trascendente. Este cambio reconfigura aspectos relacionados al individuo, a sus vínculos sociales y cuestiones existenciales sobre las que adquiere una perspectiva menos egocéntrica y más reflexiva, revalorando el tiempo, el espacio y la muerte (Schroots, 1996; Tornsmán, 1989).

A pesar de los avances en cuanto a perspectivas menos biologicistas, el envejecimiento continúa siendo vinculado a la edad cronológica o la cantidad de años vividos. Para algunos autores, la edad cronológica es uno de tantos conceptos que se asocian

con la edad; la cual adquiere un significado dentro de la sociedad sobre la que se establecen roles, eventos, transiciones, y el inicio y fin de cada etapa.

A inicios del presente siglo, Nué (2000) realizó un estudio sobre autopercepciones que tenían adultos mayores y miembros más jóvenes de la región de Andamarca hacia el envejecimiento. Los resultados revelaron que los miembros más jóvenes vinculaban la adultez mayor con una menor productividad, que suponía el cese de actividades que implican el uso de la fuerza física como el cuidado de los animales y las chacras. Frente a lo que, los adultos mayores habían desarrollado estrategias de adaptación para continuar siendo valorados dentro de la sociedad como la participación en la vida política. En otras regiones del Perú, la llegada de la adultez mayor supone la restricción de espacios de participación, siendo los adultos mayores desplazados hacia los márgenes de la sociedad, perdiendo su reconocimiento en ella (Blouin et al., 2018).

A pesar de las variaciones observadas con el incremento de los años vividos, las investigaciones han tomado como referencia términos únicamente cronológicos para la clasificación y comparación de los grupos según la edad. El argumento se basa en la idea de la edad cronológica como *proxy* de variables que se relacionan con la edad pero que aún no son fácilmente medibles desde aspectos sociales y psicológicos, haciéndose la aclaración de la edad cronológica como una variable independientemente vacía, es decir, que por sí sola no sería la causa o determinante de algún resultado (Ramos, 2013).

Para Neugarten (1974), una mayor esperanza de vida ha permitido dividir a los adultos mayores en viejos jóvenes, personas de 65-74 años, y viejos viejos a los de 75 años y más. Mientras que, otros optan por la extensión del ciclo vital hasta la denominada cuarta edad con inicio en los 80 u 85 años (Ramos, 2016). En el Perú, el artículo 2 de la Ley de la Persona Adulta Mayor describe a las personas de 60 años o más como adultos mayores. Sin

embargo, este criterio entra en discusión con conceptos como la edad psicológica, la edad social y la edad subjetiva (Ramos, 2013).

La edad social ha vinculado a la adultez mayor con una serie de prescripciones sociales como el retiro o la jubilación obligatoria, lo cual dicotomiza el proceso en términos de adaptación/inadaptación, exigiendo el cumplimiento de roles que se describen como parte de un envejecimiento normal o exitoso (Blouin et al., 2018). Adicionalmente, se incluyen criterios que diferencian un envejecimiento normal de uno patológico, como la presencia o ausencia de enfermedades físicas y/o mentales. A diferencia de lo anterior, hay autores que se oponen a la reducción del envejecimiento a un estado de presencia/ausencia de patologías (Porras, 2002), y otros que toman esta diferenciación y desarrollan conceptos como el envejecimiento saludable y envejecimiento exitoso.

Schaie (2016) es uno de los autores que describe el envejecimiento normal como el mantenimiento del funcionamiento físico y psicológico hasta los 50-60 años, con una ligera disminución entre los 60-80 años y un dramático deterioro durante los últimos años de vida. Para el autor, el mantenimiento de un nivel relativamente alto de funcionamiento y la independencia hasta los últimos años de vida, constituyen características de un envejecimiento exitoso. Mientras que, el desarrollo o presencia de dificultades en el funcionamiento por encima de lo esperado o de manera severa se describen dentro de un envejecimiento patológico.

Las diferencias conceptuales entre los términos de envejecimiento normal y patológico dependerían de los enfoques o criterios sobre los que se definen la normalidad, el éxito o la salud. Desde una perspectiva biopsicosocial, la salud ha sido definida como el estado de bienestar resultante de la interacción de factores físicos, psicológicos y sociales (Vergara, 2007). La salud, desde la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud

[OMS] (1948), también se define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (p.1)”. Este concepto supone la capacidad para mantener el equilibrio entre los distintos factores que intervienen en la salud de las personas, variable a lo largo del desarrollo evolutivo (Hernán et al., 2001).

En la adultez mayor, la salud se define como la funcionalidad o independencia funcional que garantiza el desenvolvimiento adecuado del adulto mayor en distintos contextos (Rodríguez et al., 2014). El término también involucra la significación y representación de las experiencias, y la evaluación y simbolización de las relaciones interpersonales, lo que, según Conde (1997), alude a los procesos de subjetivación y vinculación, respectivamente.

Sobre la base de un enfoque integral, el interés por el estudio de factores que intervienen en el estado de salud ha incluido variables como la salud mental. Según la OMS (2004), la salud mental se define como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (p.14)”. La descripción anterior se aleja de la concepción inicial que se tenía de la salud mental como la ausencia de trastornos mentales, incluyendo la identificación y potencialización de las capacidades dirigidas al logro de los objetivos, y la competencia y contribución con el desarrollo personal y social (OMS, 2004; Velásquez, 2007). Sin embargo, basarse en esta descripción podría excluir a adultos mayores que encuentran restricciones en la continuidad laboral debido a la jubilación obligatoria o el despido arbitrario, además de la reducción de espacios de participación plena y efectiva, necesarios para la contribución social (Blouin et al., 2018).

En el campo de la investigación y la práctica clínica, la salud mental ha intentado ser medida desde una o varias dimensiones. El carácter unidimensional del constructo se ha centrado en la medición de aspectos psicológicos específicos que permiten identificar variaciones en el estado mental de las personas desde el autorreporte de síntomas de estrés o depresión (Cohen et al., 1983). Un estudio realizado en Corea del Sur evaluó la salud mental de un grupo de adultos mayores tomando en cuenta la presencia de síntomas depresivos (Jeon et al., 2007). Mientras que, la multidimensionalidad se aprecia en modelos como el del bienestar psicológico propuesto por Ryff (1989), quien describe la salud mental desde seis dimensiones del bienestar psicológico: autoaceptación, dominio del entorno, relaciones positivas con otros, autonomía, crecimiento personal y propósito en la vida (Compton, 2001).

Las variaciones en el estado mental de las personas han sido expresadas en términos de ausencia de comportamientos esperados (síntomas negativos), o la presencia de comportamientos disfuncionales (síntomas positivos), ambos en relación a conductas socialmente aceptadas. No obstante, en la adultez mayor, resulta difícil delimitar qué es inconsistente con lo normalmente esperado por la sociedad; ya que no existen márgenes que delimiten un buen comportamiento dada la diversidad de adultos mayores. Adicional a las diferencias en el curso sintomático, la presentación de la enfermedad no suele ser la misma a lo largo de la vida, siendo comunes en la adultez mayor patrones que en otras etapas del desarrollo podrían ser consideradas como alteraciones en el estado mental. Es por esta razón, que los criterios sintomatológicos en la adultez mayor se reducen a una lista de cotejo de actividades básicas de la vida diaria (Lebowitz & Niederehe, 1992).

Más allá del carácter uni o multidimensional de la salud mental, existen autores que integran en la medición del constructo aspectos tanto positivos como negativos (Schwartz & Litwin, 2017). Esto ofrece una visión más holística del constructo, describiendo el estado

mental de un individuo desde dos aspectos moderadamente relacionados y distintos entre sí (Keyes, 2005). Siendo posible que una persona con bajos niveles de depresión no reporte altos niveles de bienestar (Ploubidis & Grundy, 2009), dada la coexistencia de ambos aspectos.

Uno de estos modelos fue el propuesto por Veit y Ware (1983), basado en el Programa de Bienestar General (GBW, por sus siglas en inglés) desarrollado por Dupuy en 1972. El GBW fue diseñado con el objetivo de medir la salud mental a partir de un indicador general compuesto por seis subescalas: ansiedad, depresión, bienestar positivo, autocontrol, vitalidad y salud general (Taylor et al., 2003). Sobre la base de esta estructura, Veit y Ware (1983) plantearon un modelo jerárquico de salud mental que toma en cuenta indicadores positivos y negativos agrupados en dos dimensiones: bienestar psicológico y estrés psicológico. En estas dimensiones subyacen tres y dos factores de orden inferior, respectivamente. En el primero se incluyen la ansiedad, la depresión y la impulsividad o pérdida de control; y en el segundo, los lazos emocionales y el afecto general positivo.

Autores como Bährer-Kohler y Fernandes (2013) destacan la importancia del modelo de Veit y Ware (1983) en la evaluación de la salud mental de los adultos mayores, ya que se centra en el autoreporte de quejas cognitivas y necesidades de poblaciones clínicas y no clínicas, siendo necesario contar con porcentajes que expongan algunos indicadores de salud mental en los adultos mayores.

Hace 5 años, la OMS (2017) informó que más del 20% de los adultos mayores presentaba algún trastorno mental, siendo la demencia, la depresión y trastornos de ansiedad los de mayor prevalencia. Brar et al. (2013) también coinciden en que la demencia es una de las condiciones con mayor frecuencia en población adulta mayor, a las que añaden el trastorno bipolar, el trastorno obsesivo compulsivo, el delirio y la baja autoestima.

En el Perú, el 11.8% de adultos mayores en Lima Metropolitana y el Callao reportó padecer algún problema de salud mental, de los cuales el 3.8% manifestó la presencia de un episodio depresivo de moderado a severo, y el 0.7% la prevalencia de un episodio psicótico en 2012 (Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” [INSM - “HD-HN”], 2013). En 2015, el 18.8% de las personas mayores de 60 años presentaba algún tipo de demencia, y el 13.3%, depresión crónica (Aranco et al., 2018).

Custodio et al. (2008) realizaron un estudio con el objetivo de identificar la prevalencia y los tipos de demencia en una población de adultos mayores del Cercado de Lima. La muestra estuvo conformada por 1532 personas de 65 años en adelante, de los cuales el 6.9% presentaba alguna demencia. En cuanto al tipo de demencia, la enfermedad de Alzheimer fue la de mayor prevalencia (56.2%).

Existen estudios que exploran la salud mental y su relación con otros constructos. Autores como Tajvar et al. (2016) llevaron a cabo una investigación con el propósito de explorar la relación entre la salud mental y el apoyo social en los adultos mayores. Para ello, contaron con la participación de 644 personas de 60 años en adelante residentes de Tehran, Irán. Los hallazgos mostraron que la percepción de fuertes redes de apoyo social promovía la autoestima y reducían los niveles de ansiedad y depresión. A su vez, se observaron diferencias en la salud mental en cuanto al sexo y los ingresos económicos. En comparación con los hombres, las mujeres percibían menos ingresos económicos, condición que dificultaba la satisfacción de una serie de necesidades y que agravaba el estado mental de este grupo poblacional.

Con respecto a lo anterior, Miech y Shanahan (2000) sostienen que las condiciones de vida de sectores socioeconómicos más bajos incrementan el padecimiento de problemas físicos y mentales como la depresión. Esto empeora con la reducción de los ingresos

económicos como consecuencia de la jubilación y el aumento de los gastos en atenciones médicas. Los autores también refieren que la posición socioeconómica es considerada por algunos adultos mayores como un indicador de logro. En este sentido, personas de estratos socioeconómicos más bajos experimentarían sentimientos de fracaso y depresión luego de la evaluación de su situación social y económica.

Desde el modelo de Veit y Ware (1983), Brar et al. (2013) realizaron un estudio con el objetivo de analizar la relación entre el bienestar, la autoestima y la salud mental de los adultos mayores. La muestra estuvo conformada por 100 participantes de 65 años en adelante residentes de La India. Los resultados mostraron que algunas dimensiones del bienestar y la autoestima predecían el estado de salud mental de los adultos mayores. Por un lado, la ansiedad mostró una correlación negativa con el bienestar, la sociabilidad y la estabilidad emocional. Por otro lado, el afecto general, los lazos emocionales y la satisfacción con la vida correlacionaban de manera positiva con la autoestima.

Según la OMS (2017), existen factores de riesgo que alteran la salud mental de los adultos mayores. Se hace referencia a la incapacidad de afrontamiento que se atribuye a esta población frente a cambios o situaciones de pérdida. Sin embargo, se observa a un gran número de adultos mayores que logra lidiar con eventos adversos, y que son descritos como resilientes (Mcfadden & Basting, 2010; Wild, et al., 2013).

En el campo de la psicología, el estudio de la resiliencia tiene un origen en la psicopatología y el desarrollo infantil. Las investigaciones sobre este constructo inicialmente se centraron en la relación entre la exposición temprana a situaciones adversas y el desarrollo de patologías en niños y adolescentes (Becoña, 2006; Fontes & Neri, 2015; Staudinger et al., 1995).

Existen diferentes enfoques sobre los que se define la resiliencia. Autores como Hu et al. (2015) y Uriarte (2014) describen este constructo como el resultado de una serie de procesos de interacción entre el individuo y su medio en términos de un buen estado de salud mental, funcionalidad y competencia social frente a situaciones adversas (Olsson et al., 2003). Desde el enfoque de rasgo, la resiliencia se define como una característica de la personalidad para hacer frente a la adversidad. Desde una perspectiva dinámica, la resiliencia se describe como un proceso que incluye la participación activa del individuo para sobrellevar situaciones adversas (Clark et al., 2011). En esta línea, Ponce-García, et al. (2015) definen la resiliencia como un constructo multidimensional compuesto por aspectos social-interpersonales (soporte social, soporte familiar, socialización, empatía) y cognitivos-individuales (planificación, autoeficacia, organización).

Si bien el estudio de la resiliencia inicia en la población infantil y adolescente (Becoña, 2006; Fontes & Neri, 2015; Staudinger et al., 1995), esta se extrapola a otras etapas del desarrollo evolutivo como la adultez mayor (Mlinac et al., 2011). La resiliencia en la adultez mayor se define como el suministro de capacidades y recursos acumulados a lo largo de la vida para enfrentar eventos o situaciones adversas. Esta capacidad se enriquece a su vez de experiencias de afrontamiento previas, que favorecen el desarrollo continuo de la identidad, el crecimiento personal y la estabilidad de los adultos mayores (Clark et al., 2011).

La resiliencia en etapas más avanzadas y frente a situaciones de pérdida y traumas también se define como la capacidad para mantener (Bonnano, 2004) o recuperar un nivel de funcionamiento adecuado frente a la adversidad (McFadden & Basting, 2010). Esto modifica la idea que asocia al envejecimiento una serie de pérdidas, rigidez y pasividad (McLeod et al., 2016).

En cuanto a los factores que generan mayores niveles de resiliencia en la población adulta mayor, se incluyen la percepción del dominio, la participación activa frente a la adversidad, la valoración de las experiencias vividas, el uso de estrategias cognitivas (Zeiss et al., 2003), la autoestima, el optimismo y el apoyo social (McLeod et al., 2016). Según Wild et al. (2013), los eventos adversos a los que se hace referencia en la adultez mayor involucran situaciones como la pérdida de la independencia económica, el duelo, la pérdida de los roles sociales, problemas de salud mental, etc.

Algunos estudios sobre la resiliencia en adultos mayores reportan diferencias en cuanto a la edad (Wilson, 2016). Gooding et al. (2011) llevaron a cabo una investigación con personas de 80, 90 y 95 años o más. Los resultados mostraron que el grupo de mayor edad reportaba una mayor resiliencia en comparación con los grupos más jóvenes. De forma similar, Zeiss et al. (2003) encontraron que los adultos mayores eran más resilientes que adultos más jóvenes. Lo anterior fue asociado a una mayor regulación emocional. Lamond et al. (2008) vinculan estos resultados a una mayor aceptación y tolerancia del efecto negativo por parte de los adultos mayores, en comparación a adultos más jóvenes quienes optan por estrategias más centradas en el problema.

Nygren et al. (2005) realizaron un estudio que buscaba describir la relación entre diferentes variables psicológicas, incluida la resiliencia, y la valoración de la salud física y mental de los adultos mayores. Como parte de los resultados, se observó una correlación positiva y significativa entre la percepción de salud mental y la resiliencia. Esta relación solo fue significativa en el grupo de mujeres. Asimismo, se observó que los participantes de mayor edad presentaban altas puntuaciones en la Escala de Resiliencia en comparación con los participantes más jóvenes.

A partir de un meta-análisis, McLeod et al. (2016) encontraron estudios que reportaban una mayor resiliencia en mujeres. Los autores consideraron que la experiencia de situaciones adversas en etapas previas preparaba a las mujeres adultas mayores para el afrontamiento de la adversidad a futuro.

Autores como Gattuso (2003) y Wilson (2016) sostienen que la resiliencia juega un papel importante en el desarrollo de un envejecimiento exitoso. Además, refieren que esta característica no es exclusiva de un grupo selecto, ya que puede desarrollarse independientemente de variables sociodemográficas como el sexo, la edad, el origen cultural o las deficiencias físicas y cognitivas de los adultos mayores (Wells, 2009). En relación a lo anterior, Harris (2008) realiza un estudio de caso con el objetivo de analizar los factores que intervienen en el proceso de resiliencia de dos adultos mayores de 61 y 71 años, ambos diagnosticados con Alzheimer. Como parte de los resultados, se observó que los riesgos y el sentido de vulnerabilidad que conllevaba la enfermedad de Alzheimer eran contrarrestados por factores de protección como la capacidad para la resolución de problemas, la percepción positiva de sí mismo y el contar con redes de apoyo social.

La relación entre salud mental y resiliencia ha sido reportada en estudios como los de Nygren et al. (2005) y Mehta et al. (2008). Estos concluyen en correlaciones inversas entre niveles más altos de resiliencia e indicadores negativos de salud mental como depresión. Resultados similares fueron observados en muestras de adultos mayores japoneses (Hasui et al., 2009) y nigerianos (Abiola & Udofia, 2011), en la que el grupo más resiliente reportaba menores síntomas depresivos.

Hu et al. (2015) realizaron un meta-análisis con el objetivo de examinar la relación entre resiliencia y salud mental. Para ello, se incluyeron 60 estudios que definían la resiliencia como un rasgo de la personalidad; y la salud mental, como el resultado de la

adaptación. Entre los hallazgos se observó que la resiliencia contribuía con el desarrollo de un estado de salud mental positivo, y la disminución de indicadores negativos como la depresión y la ansiedad. Una de las explicaciones a lo anterior se basó en la idea de que la resiliencia protegía al individuo frente a la adversidad, generaba una mejor capacidad de afrontamiento, y reducía o limitaba los efectos negativos de situaciones estresantes o traumáticas. A su vez, se encontró que los niveles de resiliencia incrementaban con la edad.

Wells (2009) llevó a cabo una investigación que buscaba determinar los niveles de resiliencia en adultos mayores y su relación con factores sociodemográficos, redes sociales y el estado de salud física y mental de esta población. Como parte del estudio, se incluyeron a personas mayores de 65 años residentes de áreas rurales de Nueva York. Los hallazgos evidenciaron altos niveles de resiliencia. Sin embargo, no se encontró una correlación significativa entre este constructo y factores sociodemográficos como el género y la edad. En cuanto a las redes sociales, se obtuvo una correlación positiva débil, resultado que podría relacionarse con el sentido de autosuficiencia atribuida a los habitantes de áreas rurales. Por otro lado, la salud física y mental correlacionaron de manera positiva con la resiliencia, siendo este el indicador más fuerte.

Gerino et al. (2017) realizaron un estudio con el objetivo de analizar los efectos de la resiliencia y la salud mental en la soledad y la calidad de vida de los adultos mayores. Entre los resultados se observó que una mayor resiliencia incrementaba los niveles de satisfacción con la vida, y reducía los síntomas de ansiedad, depresión y estrés. Asimismo, se observó que altos niveles de soledad se relacionaban con bajos niveles de salud mental, lo cual disminuía a su vez la capacidad de resiliencia frente a factores estresantes.

En la adultez mayor surgen una serie de cambios físicas y mentales que intervienen en la capacidad de adaptación y el mantenimiento relativamente estable en la funcionalidad de

los adultos mayores (Porras, 2002). Adicionalmente, se incluyen situaciones de pérdida y cambios a nivel psicológico y social que podrían colocar en un estado de vulnerabilidad a este sector de la población (Olivera & Clausen, 2014).

Los resultados de investigaciones expuestas previamente muestran la relación directa entre resiliencia y aspectos que componen la salud mental positiva. Adicionalmente, se reportan los contrastes entre ambas variables y grupos segmentados por sexo y edad (Nygren et al., 2005; Mehta et al., 2008; Gerino et al., 2017).

Tomando en cuenta lo anterior, la presente investigación tiene como objetivo analizar la relación entre salud mental y resiliencia a nivel global y dimensional en una muestra de adultos mayores. Asimismo, se busca comparar las puntuaciones obtenidas en los constructos de estudio entre un grupo de adultos mayores asistentes a un CAM y un grupo de adultos mayores no asistentes. Finalmente, se busca identificar si existen diferencias significativas en salud mental y resiliencia según sexo y edad. Para ello, se aplicará, de manera individual y grupal, dos cuestionarios a participantes contactados a través de municipalidades, CAM y hospitales.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 98 adultos mayores, de los cuales 51 eran asistentes a un Centro del Adulto Mayor y 47, no asistentes. El porcentaje de hombres y mujeres fue de 39.8% (N= 39) y 60.2% (N= 59), respectivamente, con edades entre los 60 y 89 años ($M=70.49$; $DE= 6.89$).

Como criterio de inclusión, se consideró como nivel de instrucción mínimo primaria completa; descartándose la participación de adultos mayores con problemas auditivos, visuales, deterioro cognitivo, y enfermedades físicas y/o mentales severas. De este modo, fueron invalidados 18 protocolos: 11 por un grado de instrucción de primaria incompleta y 7 por la presencia de deterioro cognitivo.

De la muestra, se observó que el 34.7% no había realizado estudios superiores, el 23.5% contaba con estudios superiores técnicos, el 31.7% con estudios universitarios, y solo el 10.2% había realizado estudios de postgrado. En cuanto al estado civil, el 57.1% refirió estar casado, el 17% viudo, el 13.3% soltero y el 12.2% divorciado. Según el nivel socioeconómico, el 52% pertenecía a un nivel medio, el 36.7% a un nivel alto y el 11.2% a un nivel bajo. Del total, el 29.6% refirió vivir con su cónyuge e hijos, el 22.4% con sus hijos, el 16.3% refirió vivir solo, el 16.3% con otros y el 15.3% con su cónyuge. Con respecto al lugar de procedencia, el 37.8% refirió haber nacido en Lima; y el 60.2%, en provincia. Solo el 8.2% de la muestra reportó haber sufrido la pérdida de un ser querido. En cuanto al padecimiento de enfermedades, el 45.9% mencionó padecer al menos una, entre las que destacan la hipertensión, diabetes y osteoporosis.

De los adultos mayores que asisten a un CAM, el 31.37% refirió asistir una vez por semana, el 31.17% dos veces por semana, el 33.33% tres veces por semana y el 3.9% todos

los días. También reportaron realizar actividades como talleres de memoria (78.43%), juegos lúdicos (5.88%) y tai chi (5.88%).

Los participantes aceptaron voluntariamente ser parte de la investigación firmando un consentimiento informado (Ver Apéndice A). En este se detallaba el objetivo del estudio, la confidencialidad y el anonimato de los datos proporcionados. Asimismo, fue administrada una ficha de datos sociodemográficos (Ver Apéndice B).

Medición

Para la medición de la salud mental se utilizó el Inventario de Salud Mental (MHI-38; Veit & Ware, 1983), adaptado al contexto peruano por Laguna (2017). El MHI mide aspectos positivos y negativos de la salud mental a partir de 38 ítems agrupados en dos escalas globales: bienestar psicológico y estrés psicológico; de los que se obtiene un índice global de salud mental. El primer factor está compuesto por dos subescalas: lazos emocionales (2, 10 y 23) y afecto general positivo (1, 4, 5, 6, 7, 12, 17, 26, 31, 34 y 37); y el segundo, por tres: ansiedad (3, 11, 13, 15, 22, 25, 29, 32, 33 y 35), depresión (9, 19, 30, 36 y 38) e impulsividad o pérdida del control (8, 14, 16, 18, 20, 21, 24, 27 y 28).

El MHI cuenta con un formato de respuesta tipo Likert de seis y cinco puntos. Para los ítems de seis puntos, 1 puede significar “Todo el tiempo” o “Para nada”, y 6 “Nunca” o “Sí, y estoy muy preocupado/a por ello”. Para los ítems de 5 puntos, 1 es “Muy seguido” y 5 es “No, nunca”.

La validación inicial del MHI contó con la participación de 5089 personas entre los 13 y 69 años de edad. Su validez fue corroborada a partir de análisis factoriales exploratorios (AFE) que arrojaron una estructura de cinco y dos factores que explicaban el 50% y 60% de la varianza total, con correlaciones ítem-test mayores a .15. La confiabilidad de la prueba también obtuvo un alfa de Cronbach de .96, y entre .83 y .92 para las diferentes subescalas.

Posterior al modelo original, McHorney y Ware (1995) desarrollaron una versión reducida compuesta por cinco reactivos que evaluaban síntomas de depresión, ansiedad o afectivos en general. Esta versión ha sido adaptada en países de Latinoamérica como México (Lara et al., 2002) y Brasil (Figueiredo et al., 2014), incluyendo la participación de adultos mayores.

El MHI ha presentado propiedades psicométricas adecuadas en diferentes grupos de edad y contextos culturales. Estudios de Taiwán (Liang et al., 1992) y Pakistán (Khan et al., 2015) con participantes entre los 14 y 50 años, corroboraron la estructura de cinco y dos factores del MHI. En el primero, se obtuvo una correlación negativa y moderada entre las escalas globales de la prueba ($r = -.39$); y en el segundo, la extracción de dos factores que explicaban el 33.56% y el 25.55% de la varianza total. Ambas dimensiones presentaron a su vez alfas de Cronbach de .95 y .96, que evidenciaban una buena consistencia interna.

En población adulta mayor, una de las adaptaciones del MHI fue la realizada por Zautra et al. (1988). Este estudio contó con la participación de 246 adultos mayores entre los 60 y 80 años de edad, los cuales fueron divididos en tres grupos: los que habían sufrido un duelo conyugal durante los últimos 6 meses, los funcionalmente discapacitados debido a limitaciones, el sufrimiento de una nueva enfermedad o el empeoramiento de una condición durante los últimos 3 meses, y los que no habían sufrido duelo conyugal ni estaban funcionalmente discapacitados ni habían sufrido algún accidente o enfermedad durante el último año. La validez del MHI fue corroborada a partir de análisis factoriales exploratorios que arrojaban una estructura de cinco factores, similar a la del modelo original. Sin embargo, se observaron diferencias en las estructuras de los componentes y covarianzas distintas entre los tres grupos de estudio. El cambio más significativo fue el reemplazo del factor pérdida de control o impulsividad por un subconjunto de reactivos que denotaban ideación suicida;

identificándose también correlaciones más altas entre las subescalas de depresión e ideación suicida en los grupos expuestos a situaciones recientes de estrés como la pérdida de un cónyuge o discapacidad funcional.

En el Perú, la adaptación del MHI fue realizada por Laguna (2017) en una muestra de 294 estudiantes universitarios con edades entre los 17 y 28 años. A fin de evaluar la estructura interna de la prueba, se realizaron análisis factoriales exploratorios (AFE) con rotación Promax. La primera extracción arrojó una estructura de cinco factores, explicando el 64.10% de la varianza total. Posterior a la fijación de cinco factores, se evidenció una estructura similar a la anterior con una solución del 60.60%.

Se optó por la eliminación e inversión de algunos ítems de la prueba, obteniéndose una solución de cinco factores que explicaban el 61.60% de la varianza total. A diferencia de la escala original, el cuarto y el quinto factor de la adaptación peruana surgieron de la descomposición de la subescala de impulsividad. Cada una de las subescalas de la prueba mostró una buena consistencia interna ($.80 \leq \alpha \leq .90$) con correlaciones ítem-test corregidas entre .46 y .79.

Para las escalas globales, se realizaron AFE con rotación Promax fijándose dos factores. Se obtuvo una estructura bidimensional que explicaba el 49.34% de la varianza total. Ambos factores presentaron una correlación inversa y moderada-alta de -.60.

Adicionalmente, fue analizada la convergencia de la escala de salud mental con la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) y Escala de Afecto Positivo y Negativo (SPANAS), observándose las siguientes correlaciones: la Escala de Bienestar Psicológico correlacionó de manera positiva y alta con la Escala de Satisfacción con la Vida ($r = .65$) y la Escala de Afecto Positivo ($r = .67$), y de manera negativa y moderada con la Escala de Afecto Negativo ($r = -.34$); mientras que la escala de Estrés Psicológico, de manera positiva

y alta con la Escala de Afecto Negativo ($r = .60$), y de manera negativa y moderada con la Escala de Satisfacción con la Vida ($r = -.52$) y la Escala de Afecto Positivo ($r = -.50$).

En la presente investigación, las escalas de Bienestar Psicológico ($\alpha = .90$) y Estrés Psicológico ($\alpha = .94$) presentaron índices de confiabilidad excelentes y una correlación inversa y moderada de $-.67$ (Ver Apéndice C). Las subescalas del MHI muestran una buena consistencia interna ($.60 \leq \alpha \leq .89$), con correlaciones ítem-test corregidas entre $.34$ y $.76$ (Ver Apéndice D).

Para la medición de la resiliencia, se utilizó la Escala de Factores Protectores (SPF-24, Ponce-García et al., 2015) adaptada al Perú por Gorbeña (2017). La SPF fue creada con el objetivo de medir factores de protección que promueven la resiliencia. Consta de 24 ítems agrupados en cuatro dimensiones: Autoeficacia (6, 9, 10, 11, 14 y 19), Habilidades Sociales (1, 3, 12, 13, 16 y 17), Planificación de Conducta (5, 8, 15, 18, 22 y 24) y Soporte Social (2, 4, 7, 20, 21 y 23). Cada reactivo utiliza un formato de respuesta tipo Likert de siete puntos, en el que 1 es “Totalmente en desacuerdo”; y 7, “Totalmente de acuerdo”.

La validación inicial de la SPF contó con la participación de 942 estudiantes universitarios, distribuidos en tres muestras. Los 35 ítems de la prueba original fueron sometidos a AFE con rotación Oblimin, siendo eliminados siete reactivos por presentar bajas comunales ($h^2 < .30$). A partir de un segundo AFE, se obtuvo de cuatro a cinco factores con valores propios mayores a 1 y tres ítems con cargas factoriales menores a $.40$. Los autores de la prueba optaron por eliminar estos ítems, obteniéndose una estructura de 25 reactivos agrupados en cuatro dimensiones que fueron sometidos a un análisis factorial confirmatorio (AFC). A partir de lo anterior, se optó por la eliminación de uno de los ítems perteneciente a la escala de Autoeficacia por presentar una covarianza mayor a $.65$.

Finalmente, se realizó un AFC con la nueva estructura de la prueba, compuesta por 24 ítems que mostraba un mejor ajuste del modelo (Ponce-Garcia et al., 2015).

La estructura factorial y la fiabilidad de la SPF ha sido replicada en diferentes estudios. En una muestra de 571 adultos emergentes y 173 personas que reportaron haber sido víctimas de ataque sexual, el AFC mostró índices de confiabilidad ($\alpha = .93$) que garantizaban un buen ajuste. Asimismo, Madewell y Ponce-Garcia (2016) realizaron una investigación con el objetivo de evaluar la confiabilidad y los modelos de medición de las siguientes escalas de resiliencia: Escala de Resiliencia (RS-25 y RS-10), Escala de Connor-Davidson (CD-RISC-25 y CD-RISC-10) y la Escala de Factores Protectores (SPF-24). Como parte de los resultados, se observó que la CD-RISC-10 y la SPF-24 ($.57 < \alpha < .92$) presentaron propiedades psicométricas adecuadas.

En el Perú, la SPF fue adaptada por Gorbeña (2017) en una muestra de 254 estudiantes universitarios con edades entre los 18 y 25 años. Producto de AFC se obtuvo una solución de cuatro factores que corroboraba la estructura original de la prueba. Sin embargo, se optó por la eliminación de algunos ítems por presentar cargas factoriales bajas o divididas.

Finalmente, la prueba quedó compuesta por 21 ítems que fueron sometidos a un AFC. El nuevo modelo presentó índices de confiabilidad adecuados ($.78 < \alpha < .94$) con correlaciones ítem-test entre .41 y .88. Con respecto a la validez convergente, los resultados reportaron correlaciones positivas entre las cuatro dimensiones de la SPF y las seis áreas de la Escala de Resiliencia para Adultos. Asimismo, se obtuvo evidencias de validez discriminante a partir de correlaciones negativas entre los cuatro factores de la SPF y la Escala de Depresión de Zung, y positivas con la Escala de Satisfacción con la Vida.

En el presente estudio, fueron considerados todos los ítems de la SPF. El análisis de confiabilidad reportó un alfa de Cronbach total de .94, y entre .88 y .89 para las diferentes

subescalas. Los resultados también mostraron correlaciones ítem-test corregidas entre .33 y .78 (Ver Apéndice E).

Procedimiento

La muestra fue contactada a través de municipalidades e instituciones públicas. Primero, se planteó la propuesta de tesis a los representantes de cada institución en la que se detallaba el objetivo de estudio, la participación voluntaria y el anonimato de los datos proporcionados. Posteriormente, se coordinaron los horarios y lugares de aplicación.

Con el objetivo de verificar la comprensión de la ficha de datos sociodemográficos y los ítems de las pruebas, se realizó un estudio piloto que contó con la participación de 2 asistentes a un CAM y 2 no asistentes. Los cuestionarios fueron administrados de forma grupal e individual durante una sesión. A partir del piloto, se pudo precisar la explicación de algunos ítems y la duración aproximada de la administración de las pruebas.

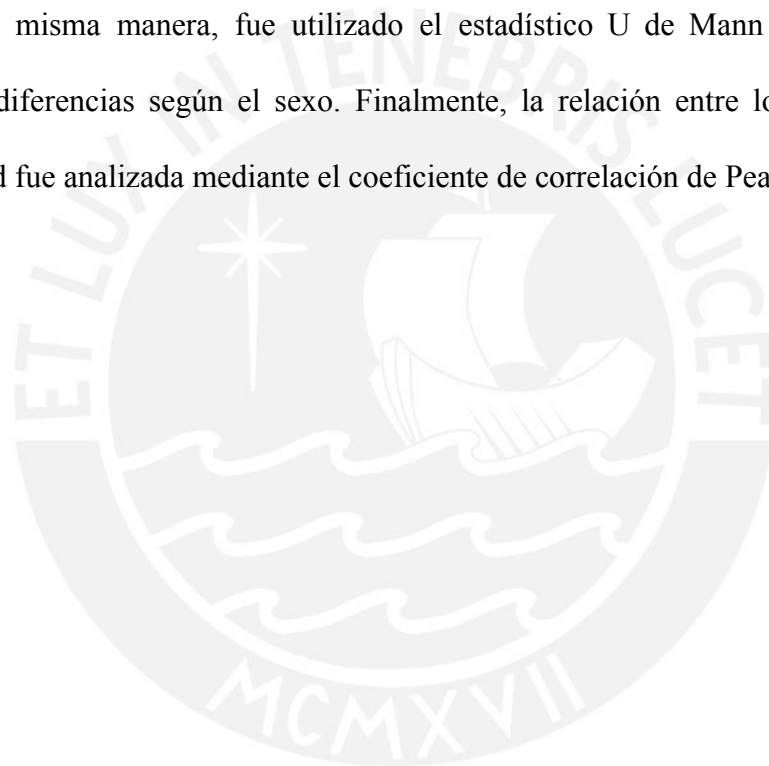
El proceso de aplicación incluyó un consentimiento informado, con el que aceptan o no ser parte del estudio. Para la evaluación del perfil cognitivo, se utilizó el Test del Reloj (Agrell & Dehlin, 1998). Fue el primer instrumento administrado con el que se descartó la presencia de deterioro cognitivo a partir de una puntuación mayor a 6. Luego, se proporcionó a los participantes una ficha sociodemográfica, el Inventario de Salud Mental (Laguna, 2017) y la Escala de Factores Protectores (Gorbeña, 2017). El tiempo estimado de aplicación fue de 30 minutos. Al finalizar, se determinó un tiempo para aclarar y acompañar a los participantes que tenían dudas con algunos ítems de las pruebas.

Análisis de datos

Los datos fueron procesados con el software estadístico SPSS versión 24. Primero, se obtuvieron los estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas y constructos de estudio. Luego, se realizaron las pruebas de normalidad de Kolmogorov-Smirnov (N=98) con

el objetivo de evaluar la distribución de los puntajes en las escalas de salud mental y resiliencia. Como parte de los resultados, se observó que solo la escala de Bienestar Psicológico, la Escala de Factores Protectores y la subescala de Afecto General Positivo siguen una distribución normal (Ver Apéndice F).

Para analizar la relación entre la salud mental y la resiliencia, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. Los puntajes obtenidos por el grupo de adultos mayores que asiste a un CAM y el grupo de no asistentes, fueron comparados mediante el estadístico U de Mann Whitney. De la misma manera, fue utilizado el estadístico U de Mann Whitney para el análisis de las diferencias según el sexo. Finalmente, la relación entre los constructos de estudio y la edad fue analizada mediante el coeficiente de correlación de Pearson.



Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en función a los objetivos de la presente investigación. Primero, se pretende analizar la relación entre las variables de salud mental y resiliencia a partir de correlaciones a nivel global y dimensional. Segundo, se muestran los hallazgos de la comparación de estas variables entre el grupo de asistentes a un CAM y el grupo de no asistentes. Finalmente, se reportan las diferencias en los constructos de estudio según sexo y edad.

A nivel global, se observa una correlación significativa y directa entre el Índice de Salud Mental y la Escala de Factores Protectores ($r = .62$). A nivel dimensional, la Escala de Factores Protectores correlacionó de manera directa con la escala de Bienestar Psicológico ($r = .56$), y de manera inversa con la Escala de Estrés Psicológico ($r = -.53$). Asimismo, los cuatro factores de la escala de resiliencia correlacionaron de manera directa con la subescala referente a aspectos positivos de la salud mental, y de manera inversa con las cuatro subescalas relacionadas a aspectos negativos de la salud mental (Ver Tabla 1).

Tabla 1

Correlaciones entre el MHI y SPF a nivel global y a nivel de sus dimensiones

	SPF Total	Habilidad es sociales	Soport e social	Autoefica cia	Planificació n de conducta
Índice de Salud Mental	.62	.54	.50	.54	.49
Bienestar Psicológico	.56	.56	.52	.39	.38
Estrés Psicológico	-.53	-.40	-.38	-.54	-.48
Afecto General Positivo	.55	.55	.48	.41	.39
Ansiedad	-.46	-.34	-.30	-.48	-.44
Depresión	-.42	-.36	-.28	-.43	-.35
Desesperanza	-.56	-.40	-.45	-.58	-.46
Impulsividad	-.53	-.42	-.37	-.53	-.51

**Todas las correlaciones son significativas, $p < .01$*

Según asistencia a un CAM, se encontró que el grupo de adultos mayores que asiste a un CAM presenta puntuaciones más altas en resiliencia y soporte social que el grupo de no asistentes. A nivel marginal, los asistentes a un CAM también reportaron contar con mayores habilidades sociales y planificación de conducta que el grupo de no asistentes. En otras subescalas no se encontraron diferencias relevantes a nivel estadístico entre ambos grupos (Ver Tabla 2).

Tabla 2

Diferencia de medianas de salud mental y resiliencia según asistencia a un CAM

	No	Sí	U	z	p
	(N=47)	(N=51)			
	Mdn	Mdn			
Índice de Salud Mental	182	179	1196.5	-.01	.99
Bienestar Psicológico	63	64	1173	-.18	.86
Estrés Psicológico	40	39	1195.5	-.02	.98
Afecto General Positivo	53	56	1184	-.10	.92
Ansiedad	19	19	1149	-.35	.72
Depresión	11	11	1180.5	-.13	.90
Desesperanza	6	5	1139	-.43	.67
Impulsividad	6	6	1148.5	-.36	.72
SPF Total	137	145	875.5	-2.30	.02
Habilidades Sociales	34	37	929.5	-1.92	.06
Soporte Social	31	35	867	-2.36	.02
Autoeficacia	36	37	949	-1.78	.08
Planificación de Conducta	36	38	936.5	-1.87	.06

N: total de participantes por grupos de comparación

En cuanto al sexo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en las variables de salud mental y resiliencia. Sin embargo, se observa una diferencia marginalmente significativa en la subescala de depresión, siendo las mujeres las que reportan mayores síntomas de depresión que los hombres (Ver Tabla 3).

Para identificar la relación entre la edad y los constructos de estudio, se realizaron análisis de correlación de Pearson. Como parte de los resultados, se observó una correlación

inversa y pequeña entre esta variable sociodemográfica y la dimensión de autoeficacia ($r=-.20$, $p<.05$). Se encontró que los participantes de menor edad presentaban puntuaciones más altas en autoeficacia que los de mayor edad.

Tabla 3

Diferencia de medianas de salud mental y resiliencia según sexo del participante

	M	F	U	z	p
	(N=39)	(N=59)			
	<i>Mdn</i>	<i>Mdn</i>			
Índice de Salud Mental	186	178	1010	-1.20	.31
Bienestar Psicológico	64	63	1099.50	-.37	.71
Estrés Psicológico	39	42	970	-1.31	.19
Afecto General Positivo	54	53	1117.5	-.24	.81
Ansiedad	19	20	975.5	-1.27	.21
Depresión	10	11	886	-1.94	.05
Desesperanza	5	6	1072	-.59	.56
Impulsividad	6	6	1102.5	-.35	.73
SPF Total	140	140	1117.5	-.24	.81
Habilidades Sociales	35	35	1084	-.48	.63
Soporte Social	32	34	1036	-.83	.41
Autoeficacia	36	36	1093.5	-.42	.68
Planificación de Conducta	37	37	1110	-.30	.77

Nota: p<.05

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la relación entre salud mental y resiliencia en una muestra de adultos mayores utilizando la adaptación peruana del modelo de Veit y Ware (1983) (MHI-P, Laguna, 2017) y la Escala de Factores Protectores de la Resiliencia (SPF-24, Ponce-Garcia et al., 2015). El MHI-P es una escala que agrupa aspectos tanto positivos como negativos de la salud mental a partir de dos dimensiones de orden superior: bienestar psicológico y estrés psicológico. El primer factor incluye la subescala de afecto general positivo; y el segundo, síntomas de ansiedad, depresión, desesperanza e impulsividad. En cuanto al SPF-24, utilizado para evaluar la resiliencia, es una escala compuesta por cuatro factores de protección: habilidades sociales, soporte social, autoeficacia y planificación de conducta. Tomando en cuenta las estructuras de ambas pruebas, se planteó la correlación entre las cinco subescalas de la salud mental y los cuatro factores de la resiliencia. Asimismo, se estimaron diferencias entre el grupo de asistentes y no asistentes a un CAM, y variables sociodemográficas como el sexo y la edad.

Como era de esperar, los análisis revelaron una relación directa y significativa entre salud mental y resiliencia, lo que indicaría que la resiliencia estaría contribuyendo a un mejor estado de salud mental en los adultos mayores. En esta misma línea, el indicador global de la resiliencia y sus cuatro factores correlacionaron de manera directa con el bienestar psicológico y el afecto general positivo, y de manera inversa con indicadores de estrés psicológico como ansiedad, depresión, desesperanza e impulsividad. La relación entre estas variables sugiere que, con el aumento de la resiliencia, el nivel de bienestar aumenta y el estrés o angustia psicológica disminuye; siendo la resiliencia un factor predictor de cambios en la frecuencia e intensidad de aspectos que componen la salud mental. Este resultado coincide con estudios anteriores que asocian la experiencia de niveles más altos de bienestar

y menor estrés a una mayor resiliencia en adultos mayores (Gerino et al., 2017; Hu et al., 2013; Nygren et al., 2005).

Sobre la base de la literatura, la relación entre salud mental y resiliencia se sustenta en teorías como la de la selectividad socioemocional (Carstensen, 1992), la paradoja del bienestar (Swift et al., 2014) y los tres sistemas de la resiliencia (Davydov et al., 2010).

Según la teoría de la selectividad socioemocional, los adultos mayores tienden a priorizar el logro de metas más emocionales y gratificantes, como compartir momentos con personas significativas, dejando de lado eventos que afectarían su bienestar, o conduciendo la reinterpretando este tipo de situaciones, más allá de su implicancia negativa, a través de emociones positivas (León, 2014; Satici, 2016). En este sentido, Goldstein et al. (2013) también describen la resiliencia como un factor compensatorio de síntomas de angustia psicológica (Hu et al., 2015; Gerino et al., 2017), vinculada a la tolerancia y la aceptación de las emociones negativas (Lamond et al., 2008). Por lo que, la asociación entre salud mental y resiliencia se debería al papel mediador de las emociones positivas que amplían la evaluación de la adversidad (Greene & Graham, 2009), facilitando el manejo de emociones como el pesimismo o la frustración, y con ello el uso de recursos de afrontamiento (Resnick, 2011).

De manera consistente con la teoría de la selectividad socioemocional, la paradoja del bienestar sostiene que a pesar de la frecuencia de situaciones adversas, los adultos mayores mantendrían niveles similares o superiores de bienestar psicológico debido a la regulación emocional y recursos de afrontamiento adquiridos a lo largo del tiempo (Swift et al., 2014; Hu et al., 2015).

La función predictiva de la resiliencia sobre indicadores positivos y negativos de la salud mental (Wu et al., 2020) ha dirigido el desarrollo de intervenciones centradas en su mayoría en la promoción de factores de la resiliencia, que intervienen en la moderación del

efecto de las amenazas y la promoción de un estado de salud mental positivo (Manrique, 2014; Sourì & Hasanirad, 2011). Algunas de estas han sido sustentadas en teorías como la de los tres sistemas de la resiliencia, la cual postula que la resiliencia está integrada por factores de protección, reducción de daños y promoción que neutralizan la presencia de síntomas negativos vinculados a eventos adversos (Davydov et al., 2010). Estos tienden a fijarse con el paso del tiempo, inoculando a la persona frente a disrupciones futuras como la pérdida de un ser querido, el padecimiento de una enfermedad crónica (Windle et al., 2008), o un diagnóstico de depresión (Abiola & Udofia, 2011; Hasui et al., 2009; Mehta et al., 2008).

A pesar de los pocos estudios que analizan la influencia de la salud mental sobre la resiliencia, Tugade et al. (2005) hallaron que las emociones positivas conducían al uso de mecanismos resilientes, describiendo la resiliencia como el resultado de la interacción de factores de riesgo y características de la personalidad o patrones de rasgos adaptativos, entre los que se incluía la salud mental. La salud mental, como factor de protección interno, conduciría al restablecimiento del equilibrio y el crecimiento luego de la exposición a un evento adverso (Richardson, 2002). En contraste, la presencia de trastornos como la ansiedad generarían menores características resilientes (Pollack et al., 2004).

A diferencia de lo anterior, Wu et al. (2020) y Smith (2009) sostienen que la relación entre la resiliencia y la salud mental ocurre en ambos sentidos: el estado de salud mental parece influir en la resiliencia, y viceversa, lo que han denominado “efecto cadena”. En este sentido, altos niveles de resiliencia promoverían la experiencia de emociones positivas, y la experiencia de emociones positivas promoverían mayores niveles de resiliencia.

Si bien en el presente estudio, las puntuaciones obtenidas en los cuatro factores de la resiliencia podrían explicar variaciones obtenidas en la escala de salud mental; aspectos que componen el afecto general positivo como el optimismo, la felicidad, experiencias de

dominio y niveles de motivación, reportados por gran parte de la presente muestra durante el mes previo a la evaluación, conducirían al uso de factores que promueven una mayor resiliencia. Estos resultados ampliarían la comprensión de la relación entre salud mental y resiliencia en estudios anteriores con participantes de 60 años o más. Lo que también genera un cambio en el enfoque de intervenciones únicamente centradas en el desarrollo de factores resilientes, que podrían llegar a la sobreestimación del efecto de esta variable que, según Wu et al. (2020), pierde su valor predictivo a largo plazo.

Con respecto a lo anterior, Meulen et al. (2018) sostienen que la presencia de indicadores negativos en la salud mental prevista a partir de bajas puntuaciones en la escala de resiliencia, podría vincularse más al padecimiento de alteraciones mentales que a dificultades en la adaptación luego de la exposición a un evento adverso, siendo probable el filtrado de participantes con deterioro cognitivo o trastornos mentales, principalmente en estudios de investigación que utilizan pruebas de cribado para el descarte cognitivo. Por otro lado, la presencia de indicadores positivos podría relacionarse a la intervención de tratamientos y/o factores no resilientes, predictores de un mejor estado de salud mental, y obviados al inicio del estudio. No tomar en cuenta factores como estos podría conducir a la sobreestimación del efecto de la resiliencia en la salud mental, siendo posible manifestar un comportamiento adaptativo y mantener un estado de salud mental negativo (Rona et al., 2009).

A pesar de lo previamente señalado, los resultados hallados en la presente investigación revelan correlaciones medianas a grandes entre salud mental y resiliencia en los sentidos esperados. La resiliencia juega un papel importante en la reducción de indicadores negativos de la salud mental, mejorando el afecto positivo y el bienestar psicológico de los

adultos mayores. Asimismo, se destaca la importancia de indicadores positivos y negativos de la salud mental en el desarrollo de una mayor resiliencia.

Sobre este punto es importante mencionar que, en comparación con las correlaciones encontradas a nivel dimensional, las de nivel global fueron mayores, lo que denota que la resiliencia se relacionaría de manera más fuerte con las dos dimensiones de la salud mental que con sus cinco componentes. Si bien el modelo de Veit y Ware (1983) considera el afecto general positivo, la ansiedad, depresión, desesperanza e impulsividad como aspectos de la salud mental, las dimensiones de bienestar y estrés psicológico serían un mejor predictor de la resiliencia; y viceversa, el indicador global de la resiliencia tendría un mayor valor predictivo que los cuatro componentes que la integran. Una explicación a esto podría asociarse al número mayor de reactivos que describen la estructura bidimensional de la salud mental, que los que constituyen el afecto general positivo o las cuatro subescalas del estrés psicológico. Asimismo, es importante tomar en cuenta la visión holística que ofrece la integración de aspectos tanto positivos como negativos en la comprensión de variables como salud mental y resiliencia. La correlación entre ambas variables también se sustenta en la conceptualización de la salud mental como un estado de bienestar que favorece el afrontamiento de situaciones adversas (OMS, 2004), y la descripción de la resiliencia como un buen estado de salud mental (Hu et al., 2015).

El padecimiento de enfermedades y la pérdida de un ser querido han sido considerados dentro de algunos instrumentos de medición como situaciones de las que se infiere el nivel de resiliencia (Davydov et al., 2010). En la presente investigación, el recojo de información como esta tuvo como objetivo equiparar los grupos comparativos. De forma que, los resultados obtenidos no se vinculen a la pérdida reciente de un ser querido o la severidad

del padecimiento de enfermedades físicas y/o mentales, que podrían inducir bajos niveles de resiliencia o un estado de salud mental negativo.

A diferencia de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993), el SPF-24 es un instrumento que evalúa la resiliencia a partir de cuatro dimensiones de las que se infiere la capacidad de afrontamiento y la recuperación frente a posibles interrupciones. Por lo que, la presencia de adversidad(es) antes o durante el proceso de evaluación no fue tomada en cuenta. Aun así, se destaca la importancia de la evaluación del tipo y número de adversidades a las que se enfrentan o enfrentaron los adultos mayores para futuras investigaciones; ya que, se estima que la acumulación de experiencias adversas podría predecir una mayor capacidad de recuperación y afrontamiento (Hardy et al., 2004) o aumentar la posibilidad en el desarrollo de psicopatología; ya que, la intensidad y el número de traumas en etapas tempranas no siempre prepara al individuo para el afrontamiento posterior, llegando en algunos casos a abrumarlo (Spitzer et al., 2008).

Con respecto a las diferencias según asistencia a un CAM, el grupo de asistentes obtiene mayores puntuaciones que el grupo de no asistentes en la escala global y las cuatro dimensiones de la resiliencia. Si bien estos resultados apoyan las hipótesis de investigación, solo fueron estadísticamente significativas en la dimensión de soporte social y el indicador global de la resiliencia. Lo que indicaría que los asistentes a un CAM presentan mayores niveles de resiliencia debido a la influencia directa de aspectos como el soporte social. En relación a ello, los autores sostienen que la participación en actividades grupales como los CAM promueven la experiencia de situaciones emocionalmente más positivas, que mejoran el autoconcepto, la capacidad de eficacia o logro, y la identificación y uso de recursos adaptativos (Crespo, 2016; Resnick, 2018). Adicionalmente, promueven el sentido de pertenencia, incrementando la disposición de redes de soporte social en el proceso de

adaptación debido a la ayuda instrumental que ofrecen (Elliott et al., 2017; Ryff & Singer, 2003). De hecho, el soporte social es una variable que se define a partir de la asistencia o apoyo social especialmente percibido en situaciones de crisis (Hildon et al., 2008), dimensión en la que sí se hallaron diferencias estadísticamente significativas.

En línea con lo anterior, un estudio realizado en Eslovenia encontró que los ambientes de socialización como los centros del adulto mayor resultan esenciales en el proceso de recuperación (Domajnko & Pahor, 2014), siendo más influyente en la capacidad de resiliencia la percepción de redes de soporte social que otros factores que componen la variable (Heckhausen, 2001; Ryff & Singler, 2003).

Las diferencias estadísticamente significativas encontradas en la subescala de soporte social, se deberían posiblemente a la naturaleza más “social” de este factor en comparación a los otros tres factores de la resiliencia. Según Ruiz y Herrera (2019), el soporte social es un componente más social que la autoeficacia, planificación de conducta y las habilidades sociales, vinculadas a características más individuales. En otras palabras, el apoyo social es una variable dependiente del medio que rodea al individuo; por lo que, existiría un mayor acceso a redes de soporte social en la asistencia a un CAM que en la no asistencia.

En la presente investigación, la frecuencia de la asistencia de casi la tercera parte de los asistentes a un CAM fue de tres veces por semana; y un pequeño porcentaje, todos los días; quienes en su mayoría reportaron realizar actividades como tai chi, juegos lúdicos y talleres de memoria. La participación en talleres como tai chi o los que involucran movimientos físicos mejoran los tiempos de reacción y con ello el despliegue de recursos adaptativos frente situaciones de amenaza (Hogan, 2005). De modo que, la asistencia al CAM contribuiría a la manifestación de un comportamiento más resiliente que el grupo de no asistentes; a pesar de la asistencia una o dos veces por semana.

La frecuencia podría vincularse a la incorporación reciente de algunos participantes con edades entre los 60 y 65 años, rango de edad mínimo para la inscripción y participación a un CAM. Siendo probable el incremento en la frecuencia y adherencia al programa debido a la experiencia de los beneficios que se observan (Resnick, 2018). Asimismo, McHugh (2016) refiere que la participación en talleres como tai chi tiende a motivar a los adultos mayores a participar en programas con actividades similares.

Según asistencia a un CAM, no se hallaron diferencias significativas entre las variables de estudio. Una de las explicaciones se vincula a la presencia de características particulares de los grupos comparativos. Se presumen variaciones entre los grupos de asistentes a un CAM y el grupo de no asistentes, incluida la proporción de los participantes según el sexo. Las mujeres asistentes a un CAM, que representan el mayor porcentaje de afiliados, presentarían condiciones que agravan el estado mental de las participantes (Barefoot et al., 2011), reportándose, de manera general, menores puntuaciones en comparación a los no afiliados. A su vez, es probable que el grupo de no asistentes participe en actividades físicas o socio recreativas similares a las impartidas en los CAM o su participación en mayores espacios de socialización, los cuales logren optimizar el estado de bienestar y con ello la salud mental de los adultos mayores (Molinero et al., 2011).

En cuanto a las diferencias según el sexo, los resultados mostraron que las mujeres presentaban marginalmente mayores síntomas de depresión que los hombres. Este resultado coincide con estudios como los de Tajvar et al. (2016) y Carayanni et al. (2012), en los que se reporta una mayor prevalencia de síntomas depresivos en mujeres de 60 años en adelante. A diferencia de estudios que muestran una mayor incidencia de síntomas depresivos en hombres adultos mayores (Frasure-Smith et al., 1993); y otros que no encuentran diferencias estadísticamente significativas (Zunzunegui et al., 1998).

Cole y Dendukuri (2003) sostienen que los síntomas depresivos, más allá del sexo, son el resultado de factores como la edad, el soporte social, la historia personal y las condiciones médicas de los individuos. Algunas de estas variables fueron tomadas en cuenta en el presente estudio, en el que se encontró que las mujeres en comparación con los hombres percibían menos ingresos económicos, padecían de un mayor número de enfermedades, y contaban con un grado de instrucción -en su mayoría- de secundaria completa o superior incompleta, lo cual podría dificultar el acceso a un trabajo de alta remuneración y con ello la disposición de recursos para la satisfacción de necesidades básicas (Olivera & Clausen, 2014). En este sentido, la presencia de mayores indicadores de depresión en el grupo de mujeres de nuestro estudio podría vincularse a la exposición de factores sociales y económicos, más que al sexo en sí mismo (Barefoot et al. 2001; Sonnenberg et al., 2000).

En los adultos mayores, la depresión es uno de los trastornos de mayor prevalencia, vinculada a una mala calidad de vida y factores de riesgo como pobreza, desempleo, soledad y bajos niveles de instrucción (Calderón, 2018; OMS, 2017). Sin embargo, y a pesar de la alta prevalencia de síntomas de depresión en personas de 60 años y más, el cuidado, diagnóstico y tratamiento suelen no darse de manera adecuada (Flores et al., 2020).

La falta de estrategias, marcos y políticas orientadas a la salud mental de este grupo poblacional se hace evidente en el porcentaje de adultos mayores que requiere atención de salud mental y no la recibe (Cosgrove & Karten, 2018). Una encuesta realizada por el INEI en el 2012 reportó que el 3.8% de los adultos mayores residentes de Lima Metropolitana y Callao habían sido diagnosticados con un episodio depresivo moderado a severo (INSM - "HD-HN", 2013). Tomando en cuenta los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar de 2017, Barboza et al. (2020) encuentran que el 43,3% de los encuestados reportaron síntomas depresivos, siendo el 13,2% de tipo moderado y grave.

Las diferencias en la prevalencia de síntomas depresivos en adultos mayores varían de acuerdo a los criterios que se utilizan para su medición. Los estudios de finales de los 80's e inicios de los 90's, a diferencia de investigaciones anteriores, reportaron una mayor prevalencia de síntomas depresivos, debido a la inclusión de personas con distimia como parte del grupo de personas con depresión mayor no remitente (Lebowitz & Niederehe, 1992). Mientras que Barboza et al. (2020), observan una menor prevalencia en estudios que utilizan manuales diagnósticos como el CIE-10 o el DSM-V, a diferencia de instrumentos de tamizaje como la escala de Yesavage.

Por su parte, Lebowitz y Niederehe (1992) refieren que las muestras poco representativas, y dificultades para recordar y reportar síntomas serían factores que indicarían una menor prevalencia de síntomas depresivos en los adultos mayores. Adicionalmente, se incluyen aspectos vinculados al contenido de los instrumentos de medición. Sobre la base de lo anterior, resulta probable que existan dificultades en la comprensión de preguntas, siendo más fácil la identificación y el reporte de síntomas físicos que cambios en el estado de ánimo; lo que exige la adaptación de herramientas de medición de alteraciones en el estado de ánimo en los adultos mayores.

El uso de modelos biomédicos y criterios diagnósticos no estandarizados no tomarían en cuenta factores sociales, contextuales y culturales de la población adulto mayor, conduciendo a un mal diagnóstico o la concepción de estos síntomas como parte del envejecimiento normal. En esta misma línea, Burke y Wengel (2003) sostienen que el diagnóstico de síntomas depresivos en la adultez mayor puede confundirse con el pronóstico de una enfermedad física, debido a la presencia de síntomas similares como cambios psicomotores, perturbaciones en el apetito, pérdida de peso y falta de energía. Asimismo, se ha observado que ciertas enfermedades físicas como la diabetes (Unsar & Sut, 2010), y

algunos medicamentos como las benzodiazepinas, los antihipertensivos y los anticancerígenos, pueden causar depresión en momentos posteriores, o aumentar la intensidad de síntomas depresivos ya presentes (Unützer, 2002). Siendo necesaria la capacitación y especialización de los profesionales de la salud.

Es importante sobre este punto mencionar que los síntomas depresivos a los que se hace referencia en el modelo de Veit y Ware (1983) no se describen como clínicamente significativos; no cumpliendo con los criterios diagnósticos de depresión mayor ni depresión menor (Samaras et al., 2010). A pesar de ello, existe evidencia de que los puntajes de depresión del MHI pueden ayudar en la identificación de pacientes de mayor riesgo en el diagnóstico de depresión según criterios del DSM. La descripción del comportamiento de factores que componen la salud mental como parte de un continuo permiten el seguimiento de síntomas leves que en algún punto podrían convertirse en graves.

Con respecto a la edad, se encontró que los adultos mayores jóvenes reportaban un mayor sentido de autoeficacia que los de edades más avanzadas. La diferencia encontrada a favor del grupo de menor edad coincide con investigaciones previas (Singh, Shukla & Singh, 2010), que sostiene que la autoeficacia tiende a disminuir con el paso de los años, ya que las limitaciones físicas, cognitivas y funcionales dificultan el control de las situaciones (Pavón & Arias, 2013). Lo anterior empeora con el incremento de eventos como el duelo, la jubilación, la pérdida de los roles sociales y la vulnerabilidad al padecimiento de enfermedades (Wild et al., 2013).

En cuanto a las limitaciones del presente estudio, se incluye el número reducido de participantes y la diferencia en la proporción de hombres y mujeres asistentes a un CAM. Por ello, se sugiere contar con una muestra más amplia incluida la participación de adultos

mayores con deterioro cognitivo o limitaciones físicas, así como la disposición de herramientas alternativas para la medición de variables como salud mental y resiliencia.

En segundo lugar, los moderadores potenciales se limitaron al sexo y edad de los participantes. La información sobre factores asociados con la resiliencia y salud mental en adultos mayores como la cultura y otros determinantes demográficos y el tipo de adversidad deberían tomarse en cuenta en investigaciones futuras ya que podrían afectar la relación entre salud mental y resiliencia (Davydov et al., 2010; Hu et al., 2015).

En tercer lugar, si bien los resultados reportaron una buena confiabilidad de las escalas de salud mental y resiliencia, no se cuenta con adaptaciones de los instrumentos para ser utilizados en poblaciones de adultos mayores. Asimismo, la ambigüedad en el contenido de algunos ítems y la dificultad para comprender el significado de ciertos constructos explicaría la tendencia vista en gran parte de la muestra por la opción “Totalmente de acuerdo”. La postura tomada frente al ítem podría responder a temas de deseabilidad social ya que fueron pruebas administradas por la investigadora de manera individual.

En cuarto lugar, para el descarte de deterioro cognitivo se administró el test del reloj, una prueba de screening o cribado que fue elegida dada la sencillez y rapidez de su aplicación. Sin embargo, esta prueba no es suficiente para descartar un diagnóstico de deterioro cognitivo, siendo probable contar con una muestra de falsos negativos. Por ello, se recomienda su uso complementario con test neuropsicológicos más completos como el Mini Mental State Examination (MMSE) (Cockrell & Folstein, 1988). Finalmente, el presente estudio fue de tipo transversal por lo que no puede inferir una relación causal entre salud mental y resiliencia.

A pesar de las limitaciones, se ha podido describir una fuerte relación entre las variables de salud mental y resiliencia, las cuales promueven el desarrollo de un

envejecimiento saludable. Lo que se podría mejorar es la reorientación de metas de programas destinados a la población adulto mayor, el soporte social y la estigmatización negativa hacia este grupo etario. Para ello, se requiere plantear estrategias en esta línea, siendo imprescindible el apoyo del Estado, la sociedad y la familia.



Referencias bibliográficas

- Abiola, T. & Udofia, O. (2011). Psychometric assessment of the Wagnild and Young's resilience scale in Kano, Nigeria. *BioMed Central*, 4(509), 1-5. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-4-509>
- Agrell, A. & Dehlin, O. (1998). The clock-drawing test. *Age and Aging*, 27, 399-403. <https://doi.org/10.1093/ageing/afs149>
- Aranco, N., Stampini, M., Ibararán, P. & Medellín, N. (2018). Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe (Resumen de Políticas n° IDB-PB-273). <https://publications.iadb.org>
- Baca, D. (2013). *Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un hospital de Trujillo* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos].
- Bährer-Kohler, S. & Fernandes, L. (2013). Mental health of the elderly – multidimensional aspects. *PsychoGeriatría Polska*, 10(1), 1-10.
- Baltes, P.B. & Staudinger, U.M. (2000). Wisdom: A metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. *American Psychologist*, 55(1), 122-136. <https://doi.org/10.1037//0003-066X.55.1.122>
- Barboza, J. J., Soriano-Moreno, A. N., Copez-Lonzoy, A., Pacheco-Mendoza, J., & Toro-Huamanchumo, C. J. (2020). Disability and severe depression among Peruvian older adults: analysis of the Peru Demographic and Family Health Survey, ENDES 2017. *BMC Psychiatry*, 20(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02664-3>
- Barefoot J.C., Mortensen E.L., Helms M.J., Avlund K. & Schroll M. (2001). A longitudinal study of gender differences in depressive symptoms from age 50 to 80. *Psychology and Aging*, 16(2), 342–345. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.16.2.342>
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 125-146. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.11.num.3.2006.4024>
- Blanchard-Fields, F. & Hess, T.M. (1996). *Perspectives on cognitive change in adulthood and aging*. McGraw-Hill.
- Blouin, C., Tirado, E. & Mamani, F. (2018). *La situación de la población adulta mayor en el Perú: Camino a una nueva política*. Lima, Perú: Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Bonnano, G. (2004). Loss, trauma, and human resilience. Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychological Association*, 59(1), 20-28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Brar, R., Kaur, J. & Sharma, I. (2013). Mental health of elderly as related to their well being and self esteem. *International Journal of Humanities and Social Science Invention*, 2(11), 54-57.
- Bühler, C. (1933). The human course of life as a psychological problem. Hirzel.
- Burke, W. J. & Wengel, S. P. (2003). Late-life mood disorders. *Clinics in Geriatric Medicine*, 19(4), 777-797. [https://doi.org/10.1016/s0749-0690\(03\)00041-7](https://doi.org/10.1016/s0749-0690(03)00041-7)

- Calderón, M. D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 29(3), 182-191. <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>
- Carayanni, V., Stylianopoulou, C., Koulierakis, G., Babatsikou, F. & Koutis, C. (2012). Sex differences in depression among older adults: are older women more vulnerable than men in social risk factors? The case of open care centers for older people in Greece. *European Journal of Ageing*, 9(2), 177-186. <https://doi.org/10.1007/s10433-012-0216-x>
- Clark, P., Burbank, P. Greene, G. Owens, N. & Riebe, D. (2011). What do we know about resilience in older adults? An exploration of some facts, factors and facets in B. Resnick, L. Gwyther & K. Roberto (Eds.), *Resilience in Aging* (pp. 51-66). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4419-0232-0>
- Cockrell, J. R., & Folstein, M. F. (1988). Mini Mental State Examination (MMSE). *Psychopharmacology Bulletin*, 24(4), 689-692.
- Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Cole, M. G. & Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among older people community subjects: a systematic review and metaanalysis. *American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1147-1156. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.6.1147>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Compton, W. (2001). Toward a tripartite factor structure of mental health: subjective well-being, personal growth, and religiosity. *The Journal of Psychology*, 135(5), 486-500. <https://doi.org/10.1080/00223980109603714>
- Conde, J. (1997). Subjetivación y vinculación en el proceso de envejecimiento. *Anuario de Psicología*, 73, 71-87.
- Cosgrove, L., & Karter, J. M. (2018). The poison in the cure: Neoliberalism and contemporary movements in mental health. *Theory & Psychology*, 28(5), 669-683. <https://doi.org/10.1177/0959354318796307>
- Crespo, M. (2016). Resiliencia, bienestar y aprendizaje a lo largo de la vida. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 161-170.
- Cumming, E & Henry, W. (1961). Growing old: The process of disengagement. Basic Books.
- Custodio, N., García, A., Montesinos, R., Escobar, J. & Bendezú, L. (2008). Prevalencia de demencia en una población urbana de Lima-Perú: estudio puerta a puerta. *Anales de la Facultad de Medicina*, 64(4), 233-238.
- Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K., & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30, 479-495. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.003>
- Defensoría del Pueblo (2019). *Envejecer en el Perú: Hacia el fortalecimiento de las políticas para personas adultas mayores* [Archivo PDF]. <https://www.defensoria.gob.pe/>

- Domajnko, B. & Pahor, Majda. Health within limitations: Qualitative study of the social aspects of resilience in old age. *Ageing Int*, 40, 187-200. <https://doi.org/10.1007/s12126-014-9201-3>
- Elliot, A. J., Heffner, K. L., Mooney, C. J., Moynihan, J. A., & Chapman, B. P. (2017). Social Relationships and Inflammatory Markers in the MIDUS Cohort: The Role of Age and Gender Differences. *Journal of Aging and Health*, 30(6), 904–923. <https://doi.org/10.1177/0898264317698551>
- Erickson, E. (1959). Identity and the life cycle. International Universities Press.
- EsSalud (2012). *Los Centros del Adulto Mayor como modelo Gerontológico Social: La experiencia de EsSalud* [Archivo PDF]. <http://www.essalud.gob.pe>
- Figueiredo, B., Callegaro, J. & Koller, S. (2014). Adaptation and psychometric properties of the brazilian version of the five-item Mental Health Index (MHI5). *Psicologia Reflexão e Crítica*, 27(2), 323-330. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201427213>
- Flores, O., Zevallos, A., Carrión, I., Pauer, D., Rey, L., Checkley, W., Hurst, J., Siddharthan, T., Parodi, J., Gallo, J. & Pollard, S. (2020). We can't carry the weight of the whole world": illness experiences among Peruvian older adults with symptoms of depression and anxiety. *International Journal of Mental Health Systems*,14(49), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00381-8>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (2021). *Envejecimiento de la población*. <https://www.unfpa.org/es/envejecimiento-de-la-poblaci%C3%B3n#readmore-expand>
- Fontes A.P. & Neri, A. (2015). Resilience in aging: Literature review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5), 1475-1495. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015295>
- Franzese, A. & Rurka, M. (2016). Theories of Aging. *Encyclopedia of Family Studies*, 1–9. <https://doi.org/10.1002/9781119085621.wbefs206>
- Frasure-Smith N., Lesperance F. & Talajic M. (1993). Depression following myocardial infarction: impact on 6 month survival. *Journal of the American Medical Association*, 273(15), 1819-1825.
- Gattuso, S. (2003). Becoming a wise old woman: Resilience and wellness in later life. *Health Sociology Review*, 12(2), 171-177. <https://doi.org/10.5172/hesr.12.2.171>
- Gerino, E., Rollè, L., Sechi, C. & Brustia, P. (2017). Loneliness, resilience, mental health, and quality of life in old age: A structural equation model. *Frontiers in Psychology*, 8(2003), 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02003>
- Goldstein, A. L., Faulkner, B., and Wekerle, C. (2013). The relationship among internal resilience, smoking, alcohol use, and depression symptoms in emerging adults transitioning out of child welfare. *Child Abuse & Neglect*, 37(1), 22–32. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.08.007>
- Gooding, P.A., Hurst, A., Johnson, J. & Tarrrier, N. (2011). Psychological resilience in young and older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 262-270. <https://doi.org/10.1002/gps.2712>
- Gorbeña, C. (2017). *Propiedades psicométricas de la Escala de Factores Protectores (SPF-24) en universitarios limeños* [Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú].

- Hall, G.S. (1922). *Senescence, the last half of life*. D. Appleton & Company.
- Hardy, S. E., Concato, J., & Gill, T. M. (2004). Resilience of Community-Dwelling Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(2), 257–262. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52065.x>
- Harris, P.H. (2008). Another wrinkle in the debate about successful aging: The undervalued concept of resilience and the lived experience of dementia *International Journal of Aging and Human Development*, 67(1), 43-61. <https://doi.org/10.2190/AG.67.1.c>
- Hasui, C., Igarashi, H., Shikai, N., Shono, M., Nagata, T. & Kitamura, T. (2009). The resilience scale: A duplication study in Japan. *The Open Family Studies Journal*, 2(1), 15-22. <https://doi.org/10.2174/1874922400902010015>
- Heckhausen, J. (2001). Adaptation and Resilience in Midlife in M.E. Lachman, (Ed), *Handbook of midlife development. Wiley series on adulthood and aging* (pp. 345-391). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Hernán, M., Ramos, M. & Fernández, A. (2001). Introducción en M. Hernán, Ramos, M. & Fernández, A. (Eds.), *Salud y juventud* (pp. 5-11). Edita.
- Hildon, Z., Smith, G., Netuveli, G., & Blane, D. (2008). Understanding adversity and resilience at older ages. *Sociology of Health & Illness*, 30(5), 726–740. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01087.x>
- Hogan, M. (2005). Physical and Cognitive Activity and Exercise for Older Adults: A Review. *The International Journal of Aging and Human Development*, 60(2), 95–126. <https://doi.org/10.2190/ptg9-xdvm-yeta-mkxa>
- Hu, T., Zhang, D. & Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*, 76, 18-27. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.039>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018). *Situación de la población adulta mayor: julio-agosto-setiembre 2017* [Archivo PDF]. <https://www.inei.gob.pe>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2020a). *Situación de la población adulta mayor: julio-agosto-setiembre 2020* [Archivo PDF]. <https://www.inei.gob.pe>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2020b). *Perú: Condiciones de vida de la población en riesgo ante la pandemia del COVID-19. Encuesta Nacional de Hogares-ENAHO 2019*. [Archivo PDF]. <https://www.inei.gob.pe>
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (2013). Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao-Replicación 2012: Informe general. *Anales de Salud Mental*, 24(1), 1-397.
- Jeon, G.S., Jang, S.N., Rhee, S.J., Kawachi, I., & Cho, S.I. (2007). Gender Differences in Correlates of Mental Health Among Elderly Koreans. *The Journals of Gerontology*, 62(5), S323–S329. <https://doi.org/10.1093/geronb/62.5.s323>
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.73.3.539>
- Khan, M., Hanif, R. & Tariq, N. (2015). Translation and validation of Mental Health Inventory. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 30(1), 65-79.

- Krzemien, D. (2012). Sabiduría y envejecimiento: Una revisión conceptual y operacional del constructo sabiduría y su relación con la edad. *Anales de Psicología*, 28(1), 120–138. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/140602>
- Labouvie-Vief, G. & Diehl, M. (2000). Cognitive complexity and cognitive-affective integration: Related or separate domains of adult development? *Psychology and Aging*, 15(3), 490-504. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.15.3.490>
- Laguna, T. (2017). *Propiedades psicométricas del inventario de salud mental (MHI-38) en jóvenes universitarios de Lima Metropolitana* [Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú].
- Lamond, A.J., Depp CA, Allison M, Langer, R., Reichstadt, J., Moore, D., Golshan, S., Ganiats, T. G. & Jeste, D. (2008). Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. *Journal Psychiatric Res*, 43(2), 148–154. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.03.007>
- Lara, M., Navarro, C., Mondragón, L., Rubí, N. & Lara, M. (2002). Validez y confiabilidad del MHI-5 para evaluar la depresión de mujeres en primer nivel de atención. *Salud Mental*, 25(6), 13-20.
- Lebowitz, B.D. & Niederehe, G. (1992). Concepts and issues in mental health and aging in J.E. Birren, R.B. Sloane, and G. Cohen (Eds.), *Handbook of mental health and aging* (2d ed., pp. 3-27). Academic Press.
- Liang, J., Chong, S., Krause, N. Liang, T. & Ying, H. (1992). The structure of the Mental Health Inventory among Chinese in Taiwan. *Medical Care*, 30(8), 695- 676.
- Madewell, A. N., & Ponce-Garcia, E. (2016). Assessing resilience in emerging adulthood: The Resilience Scale (RS), Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC), and Scale of Protective Factors (SPF). *Personality and Individual Differences*, 97, 249–255. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.03.036>
- Manrique, B. (2014). *Calidad de vida relacionada con la salud y esperanza en adultos mayores residentes en un hogar geriátrico de Lima Metropolitana* [Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú].
- Mcfadden, S. & Basting, A. (2010). Healthy aging persons and their brains: Promoting resilience through creative engagement. *Clinics in Geriatric Medicine*, 26, 149-161. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2009.11.004>
- McHorney, C. A., & Ware, J. (1995). Construction and validation of an alternate form general mental health scale for the medical outcomes study short-form 36-item health survey. *Medical Care*, 33(1), 15-28. <https://doi.org/10.1097/00005650-199501000-00002>
- McHugh, M. C. (2016). Experiencing flow: Creativity and meaningful task engagement for senior women. *Women & Therapy*, 39(3/4), 280–295.
- McLeod, S., Musich, S., Hawkins, K., Alsgaard, K. & Wicker, E. (2016). The impact of resilience among older adults. *Elsevier*, 37, 266-272. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.02.014>
- Mehta, M., Whyte, E., Lenze, E., Hardy, S., Roumani, Y., Subashan, P., Huang, W. & Studenski, S. (2008). Depressive symptoms in late life: Associations with apathy,

- resilience and disability vary between young-old and old-old. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 238-243. <https://doi.org/10.1002/gps.1868>
- Meulen, E., Velden, P. G., Setti, I., & Veldhoven, M. P. M. (2018). Predictive value of psychological resilience for mental health disturbances: a three-wave prospective study among police officers. *Psychiatry Research*, 260, 486–494. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.014>
- Miech, R. A., & Shanahan, M. J. (2000). Socioeconomic Status and Depression over the Life Course. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(2), 162-176. <https://doi.org/10.2307/2676303>
- Mlinac, M., Sheeran, T., Blissmer, B., Lees, F. & Martins, D. (2011). Psychological resilience in B. Resnick, L. Gwyther & K. Roberto (Eds.), *Resilience in Aging* (pp. 67-88). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4419-0232-0>
- Molinero, O., Salguero del Valle, A. & Márquez, S. (2011). Autodeterminación y adherencia al ejercicio: estado de la cuestión. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 25(7), 287-304. <https://doi.org/10.5232/ricyde2011.02504>
- Neugarten, B. L. (1974). Age Groups in American Society and the Rise of the Young-Old. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 415(1), 187–198. <https://doi.org/10.1177/000271627441500114>
- Nué, A. (2000). Percepciones y autopercepciones de ancianos en la comunidad de Santa Cruz de Andamarca. *Anthropologica*, 18(18), 153-173.
- Nygren, B., Aléx, L., Jonsén, E., Gustafson, Y., Norberg, A. & Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging & Mental Health*, 9(4), 354-362. <https://doi.org/10.1080/1360500114415>
- Olivera, J. & Clausen, J. (2014). Las características del adulto mayor peruano y las políticas de protección social. *Economía*, 38(73), 75-113.
- Olsson, C.A., Bond, L., Burns, J.M., Vella-Brodick, D.A. & Sawyer, S.M. (2003). Adolescent resilience: A concept analysis. *Journal of Adolescence*, 26, 1-11. [https://doi.org/10.1016/S0140-1971\(02\)00118-5](https://doi.org/10.1016/S0140-1971(02)00118-5)
- Organización Mundial de la Salud (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* [Archivo PDF]. <https://www.who.int/es>
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Promoción de la Salud Mental* [Archivo PDF]. <https://www.who.int/es>
- Organización Mundial de la Salud. (12 de diciembre de 2017). *La salud mental y los adultos mayores*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- Pavón, M. & Arias, C. (2013). La percepción de autoeficacia para envejecer desde una perspectiva de género. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 5(2), 74-80. <https://doi.org/10.5872/psiencia/5.2.23>

- Ploubidis, G. B., & Grundy, E. (2009). Personality and all cause mortality: Evidence for indirect links. *Personality and Individual Differences*, 47(3), 203–208. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.02.022>
- Pollack, M. H., Stein, M. B., Davidson, J. R. T., & Ginsberg, D. L. (2004). New challenges for anxiety disorders: where treatment, resilience, and economic priority converge. *CNS Spectrums*, 9(4), 1–4. <https://doi.org/10.1017/S1092852900027097>
- Ponce-Garcia, E., Madewell, A.N. & Kennison, S.M. (2015). The development of the scale of protective factors: Resilience in a violent trauma sample. *Violence and Victims*, 30(5), 735–755.
- Porras, C. (2002). Envejecimiento normal en L. Agüera (Ed.), *Psiquiatría Geriátrica* (pp. 2-14). Masson.
- Ramos, G. (2013). Antropología de la vejez en el Perú: Un vacío etnográfico. *Anthropia*, (11), 104-112. <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/anthropia/article/view/11274/11784>
- Ramos, G. (2016). ¡Aquí nadie es viejo! Usos e interpretaciones del Programa Centro del Adulto Mayor-EsSalud en un distrito popular de Lima. *Anthropologica*, 34(37), 139-169. <https://doi.org/10.18800/anthropologica.201602.006>
- Resnick, B. (2018). The relationship between resilience and motivation. Psychological resilience in B. Resnick, L. Gwyther & K. Roberto (Eds.), *Resilience in Aging* (pp. 221-244). Springer.
- Ribeiro, J. (2001). Mental health inventory: Estudio de adaptación a la población portuguesa. *Psicología, Salud y Enfermedades*, 2(1), 77-99.
- Richardson, G. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307-321.
- Rodríguez, J., Zas, V., Silva, E., Sanchoyerto, R. & Cervantes, M. C. (2014). Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. *Panorama Cuba y Salud*, 9(1), 35-41.
- Rona, R. J., Hooper, R., Jones, M., Iversen, A. C., Hull, L., Murphy, D., Hotopf, M. & Wessely, S. (2009). The contribution of prior psychological symptoms and combat exposure to post Iraq deployment mental health in the UK military. *Journal of Traumatic Stress*, 22(1), 11–19. <https://doi.org/10.1002/jts.20383>
- Ruiz, J.I. & Herrera, A. (2019). Adaptación psicométrica de la Escala de Factores Protectores (spf-24) en una muestra de sujetos colombianos. *Revista CES Psicología*, 12(2), 1-11. <https://doi.org/10.21615/cesp.12.2.1>
- Ryff, C. (1989). Beyond Ponce de Leon and Life Satisfaction: New Directions in Quest of Successful Ageing. *International Journal of Behavioral Development*, 12(1), 35-55. <https://doi.org/10.1177/016502548901200102>
- Ryff, C. D., & Singer, B. (2003). Flourishing under fire: Resilience as a prototype of challenged thriving. In C. L. M. Keyes & J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived* (pp. 15-36). Washington, DC, US: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10594-001>

- Samaras, N., Rossi, G., Giannakopoulos, P. & Gold, G. (2010). Vascular depression. An age-related mood disorder. *European Geriatric Medicine*, 1(4), 220-225.
- Satici, S. A. (2016). Psychological vulnerability, resilience, and subjective well-being: The mediating role of hope. *Personality and Individual Differences*, 102, 68–73. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.06.057>
- T., Parodi, J., Gallo, J. & Pollard, S. (2020). We can't carry the weight of the whole world": illness experiences among Peruvian older adults with symptoms of depression and anxiety. *International Journal of Mental Health Systems*, 14(49), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00381-8>
- Schaie, K. W. (2016). Theoretical Perspectives for the Psychology of Aging in a Lifespan Context. *Handbook of the Psychology of Aging*, 3–13. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-411469-2.00001-7>
- Schaie, K.W. (2000). The impact of longitudinal studies on understanding development from young adulthood to old. *International Journal of Behavioral Development*, 24(3), 257-266. <https://doi.org/10.1080/01650250050118231>
- Schroots, J. (1996). Theoretical developments in the psychology of aging. *The Gerontologist*, 36(6), 742-748.
- Schwartz, E., & Litwin, H. (2017). Are newly added and lost confidants in later life related to subsequent mental health? *International Psychogeriatrics*, 29(12), 2047–2057. <https://doi.org/10.1017/s1041610217001338>
- Singh, A. P., Shukla, A., & Singh, P. A. (2010). Perceived self-efficacy and mental health among elderly. *Delhi Psychiatry Journal*, 13, 314-321.
- Smith, P. R. (2009). Resilience: resistance factor for depressive symptom. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(9), 829–837. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01463.x>
- Sonnenberg, C. M., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., & van Tilburg, W. (2000). Sex differences in late-life depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(4), 286–292. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101004286.x>
- Souri, H. & Hasanirad, T. (2011). Relationship between resilience, optimism and psychological well-being in students of medicine. *Procedia–Social and Behavioral Sciences*, 30, 1541-1544. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.299>
- Spitzer, C., Barnow, S., Volzke, H., John, U., Freyberger, H. & Grabe, H. (2008). Trauma and posttraumatic stress disorder in the elderly: findings from a German community study. *Journal Clinical Psychiatric*, (69), 693– 700. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0501>
- Staudinger, U., Marsiske, M. & Baltes, P. (1995). Resilience and reserve capacity in later adulthood: Potentials and limits of development across the lifespan en D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology* (pp. 801-847). Wiley.
- Tajvar, M., Grundy, E. & Fletcher, A. (2016). Social support and mental health status of older people: A population-based study in Iran-Tehran. *Aging & Mental Health*, 3(5), 1-10. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1261800>

- Taylor, J. E., Poston II, W. S. C., Haddock, C. K., Blackburn, G. L., Heber, D., Heymsfield, S. B., & Foreyt, J. P. (2003). *Quality of Life Research*, 12(1), 31–39. <https://doi.org/10.1023/a:1022052804109>
- Tornstam, L. (1989). Gero-transcendncnc: A reformulation of the disengagement theory. *Aging Clin Exp Res* 1, 55–63. <https://doi.org/10.1007/BF03323876>
- Tugade, M. M., Fredrickson, B. L., & Barrett, L. F. (2005). Psychological resilience and positive emotional granularity: examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal of Personality*, 72(6), 1161–1190. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00294.x>
- Unsar, S. & Sut, N. (2010). Depression and health status in elderly hospitalized patients with chronic illness. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 50(1), 6-10. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.12.011>
- Unützer, J. (2002). Diagnosis and treatment of older adults with depression in primary care. *Biological Psychiatry*, 52(3), 285-285. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(02\)01338-0](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(02)01338-0)
- Uriarte, J.D. (2014). Resiliencia y envejecimiento. *European Journal of Investigation in Health*, 4(2), 67-77. <https://doi.org/10.1989/ejihpe.v4i2.54>
- Veit, C. & Ware Jr., J. (1983). The Structure of Psychological Distress and Well-Being in General Populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(5), 730-742. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.5.730>
- Velásquez, T. (2007). *Salud mental en el Perú: dolor y propuesta - La experiencia de Huancavelica*. Nova Print.
- Verbraak, A. (2000). *Gerotranscendence: An examination of a proposed extension to Erik Erikson's theory of identity development* [Tesis de maestría, University of Canterbury].
- Vergara, M. C. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 41-50.
- Wagnild G. M. & Young H M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- Wells, M. (2009). Resilience in rural community-dwelling older adults. *The Journal of Rural Health*, 25(4), 415-419. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2009.00253.x>
- Wild, K., Wiles, J. & Allen, R. (2013). Resilience: Thoughts on the value of the concepts for critical gerontology. *Ageing and Society*, 33(1), 137-158. <https://doi.org/10.1017/S0144686X11001073>
- Wilson, C. (2016). *The relationship between emotional intelligence, resiliency, and mental health in older adults: The mediating role of savouring* [Tesis de maestría, The University of Western Ontario].
- Windle, G., Markland, D., & Woods, R. (2008) Examination of a theoretical model of psychological resilience in older age. *Aging & Mental Health*, 12(3), 285–292. <https://doi.org/10.1080/13607860802120763>

- Wu, Y., Sang, Z., Zhang, X.-C., & Margraf, J. (2020). The Relationship Between Resilience and Mental Health in Chinese College Students: A Longitudinal Cross-Lagged Analysis. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00108>
- Zautra, A. J., Guarnaccia, C. A., & Reich, J. W. (1988). Factor structure of mental health measures for older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(4), 514-519. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.56.4.514>
- Zeiss, A.M., Cook, J.M. & Cantor, D.W. (2003). Fact sheet: Fostering resilience in response to terrorism: For psychological working with older adults. *American Psychological Association*. www.apa.org
- Zunzunegui, M.V., Beland, F., & Llacer, A. (1998). Gender differences in depressive symptomatology among Spanish older people. *Social Psychiatry Epidemiology*, 33(5), 195–205. <https://doi.org/10.1007/s0012700500>



Apéndices

Apéndice A

Consentimiento Informado

Acepto de manera voluntaria participar en la investigación que será realizada por Carolina Pérez Aguilar estudiante de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, bajo la supervisión de la Mg. Silvana Romero Saletti (C.Ps.P. 16963). El objetivo del estudio es conocer la relación entre la salud mental y la capacidad de afrontamiento (resiliencia) en adultos mayores.

Si usted accede a participar, se le pedirá responder dos fichas de datos y dos cuestionarios. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo. La información brindada en este estudio será confidencial y utilizada únicamente con fines académicos. Si usted lo considera conveniente, puede retirarse de la investigación en cualquier momento.

Es importante mencionar que su colaboración nos permitirá conocer las características de la relación entre la salud mental y la resiliencia, lo que podría favorecer la promoción del bienestar de las personas y en especial la de los adultos mayores. Desde ya les agradecemos por su participación y su tiempo

Después de haber leído:

Sí, acepto participar

Firma de la participante

Firma del investigador

Apéndice B

Ficha de datos sociodemográficos

1 Sexo

<input type="checkbox"/>	Masculino
<input type="checkbox"/>	Femenino

2 ¿Cuántos años tiene? _____

3 ¿Dónde nació? _____
Si no nació en Lima
¿Desde hace cuántos años vive en Lima? _____

4 ¿Cuál es su grado de instrucción?

<input type="checkbox"/>	1. No realizó estudios	<input type="checkbox"/>	6. Superior técnica incompleta
<input type="checkbox"/>	2. Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	7. Superior técnica completa
<input type="checkbox"/>	3. Primaria completa	<input type="checkbox"/>	8. Superior incompleta
<input type="checkbox"/>	4. Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>	9. Superior completa
<input type="checkbox"/>	5. Secundaria completa	<input type="checkbox"/>	10. Postgrado

5 ¿Cuál es su estado civil?

<input type="checkbox"/>	1. Soltero(a)	<input type="checkbox"/>	4. Divorciado(a)
<input type="checkbox"/>	2. Casado(a)	<input type="checkbox"/>	5. Con pareja
<input type="checkbox"/>	3. Viudo(a)	<input type="checkbox"/>	6. Conviviente

6 ¿Con quiénes vive?

<input type="checkbox"/>	1. Vivo solo
<input type="checkbox"/>	2. Vivo con mi cónyuge
<input type="checkbox"/>	3. Vivo con mis hijos
<input type="checkbox"/>	4. Vivo con mi cónyuge y mis hijos
<input type="checkbox"/>	5. Otros (Especifique con quién) _____

7 Recientemente, ¿ha perdido a un ser querido?

	No
	Sí

¿A quién? _____

¿Hace cuánto tiempo? _____

8 ¿Tiene alguna enfermedad?

	No
	Sí

¿Cuál(es)? _____

9 Actualmente, ¿asiste a algún Centro o Programa del Adulto Mayor (CAM o PAM)?

	Sí
	No

*Si su respuesta en la pregunta anterior fue sí, responda las preguntas 10 y 11

1 ¿Con qué frecuencia asiste al CAM o PAM?

0

	1. Una vez por semana
	2. Dos veces por semana
	3. Tres veces por semana
	4. Todos los días

1 ¿En qué talleres del CAM o PAM participa?

1

Apéndice C

Confiabilidad del Inventario de Salud Mental

Bienestar Psicológico

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.904	14

Estrés Psicológico

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.936	20

Estadísticos de total de elemento			Estadísticas de total de elemento		
	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido		Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
MHI1	.597	.899	MHI3	.579	.934
MHI4	.587	.898	MHI9	.628	.934
MHI5	.593	.898	MHI11	.702	.931
MHI6	.517	.901	MHI13	.655	.932
MHI7	.698	.894	MHI15	.412	.937
MHI10	.529	.901	MHI16	.699	.931
MHI12	.423	.906	MHI19	.739	.931
MHI17	.766	.892	MHI20	.567	.934
MHI22	.661	.895	MHI21	.540	.934
MHI23	.699	.894	MHI24	.416	.936
MHI26	.603	.898	MHI25	.748	.930
MHI31	.655	.896	MHI27	.612	.933
MHI34	.758	.891	MHI28	.530	.936
MHI37	.401	.906	MHI29	.735	.931
			MHI30	.774	.930
			MHI32	.785	.930
			MHI33	.801	.930
			MHI35	.523	.936
			MHI36	.731	.931
			MHI38	.640	.933

Afecto General Positivo:

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	N de elementos	
.872	11	
Estadísticos de total de elemento		
	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
MHI1	.598	.861
MHI4	.567	.862
MHI5	.591	.860
MHI6	.506	.866
MHI7	.696	.853
MHI12	.421	.873
MHI22	.654	.855
MHI26	.575	.861
MHI31	.649	.856
MHI34	.750	.849
MHI37	.373	.875

Depresión:

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	N de elementos	
.745	5	
Estadísticos de total de elemento		
	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
MHI2	.340	.792
MHI9	.669	.687
MHI19	.638	.659
MHI20	.476	.715
MHI30	.638	.651

Ansiedad:

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	N de elementos	
.878	9	
Estadísticos de total de elemento		
	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
MHI3	.574	.868
MHI11	.713	.856
MHI13	.653	.861
MHI15	.379	.883
MHI25	.742	.853
MHI29	.721	.857
MHI33	.761	.854
MHI35	.485	.881
MHI38	.651	.862

Desesperanza:

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	N de elementos	
.773	4	
Estadísticos de total de elemento		
	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
MHI16	.678	.682
MHI21	.630	.689
MHI27	.585	.713
MHI28	.679	.761

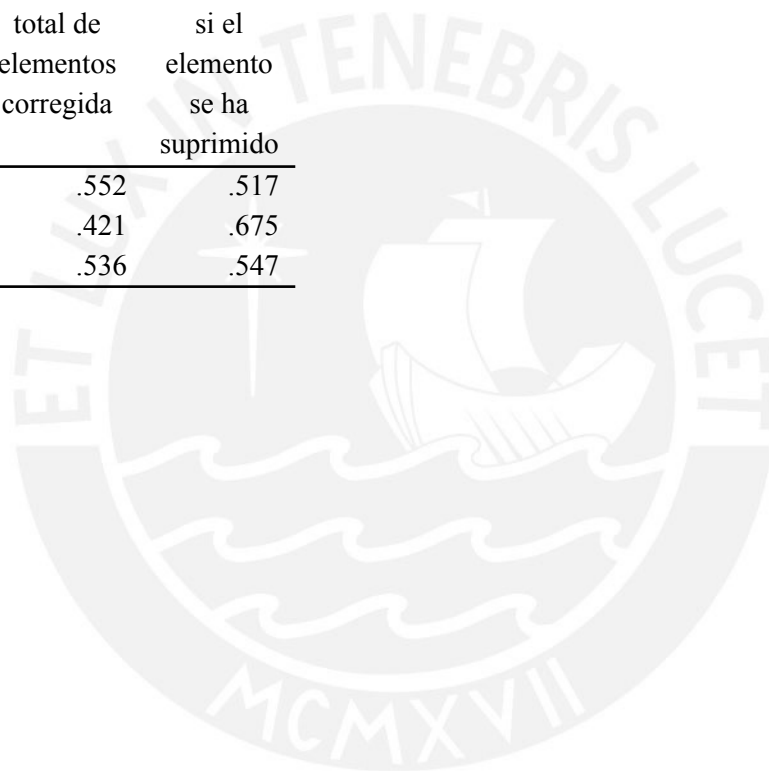
Impulsividad:

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.681	3

Estadísticos de total de elemento

	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
MHI8	.552	.517
MHI14	.421	.675
MHI32	.536	.547



Apéndice D

Correlaciones entre las escalas globales y sub-escalas del MHI

	Correlaciones						
	BP	EP	AGP	A	D	De	I
Bienestar psicológico	-	-.60	.99	-.52	-.55	-.57	-.44
Estrés psicológico	-	-	-.61	.96	.87	.81	.69
Afecto general positivo	-	-	-	-.54	-.55	-.56	-.44
Ansiedad	-	-	-	-	.78	.66	.65
Depresión	-	-	-	-	-	.67	.60
Desesperanza	-	-	-	-	-	-	.55
Impulsividad	-	-	-	-	-	-	-

Nota: $p < .01$

BP: escala de Bienestar Psicológico, EP: escala de Estrés Psicológico, AGP: sub-escala de Afecto General Positivo, A: sub-escala de Ansiedad, D: sub-escala de Depresión, De: sub-escala de Desesperanza, I: sub-escala de Impulsividad.



Apéndice E

Confiabilidad de la Escala de Factores Protectores

SPF Total:

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	N de elementos	
.944	24	

Estadísticos de total de elemento		
	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
SPF1	.479	.944
SPF2	.602	.943
SPF3	.581	.943
SPF4	.613	.943
SPF5	.424	.945
SPF6	.541	.943
SPF7	.711	.941
SPF8	.623	.942
SPF9	.717	.941
SPF10	.652	.942
SPF11	.632	.942
SPF12	.668	.942
SPF13	.716	.941
SPF14	.771	.940
SPF15	.733	.941
SPF16	.748	.941
SPF17	.718	.941
SPF18	.786	.940
SPF19	.633	.942
SPF20	.481	.944
SPF21	.566	.943
SPF22	.702	.941
SPF23	.666	.942
SPF24	.593	.943

Habilidades Sociales:

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	N de elementos	
.882	6	

Estadísticos de total de elemento		
	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
SPF1	.550	.889
SPF3	.692	.861
SPF12	.515	.889
SPF13	.810	.843
SPF16	.810	.844
SPF17	.841	.838

Soporte Social:

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	N de elementos	
.888	6	

Estadísticos de total de elemento		
	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
SPF2	.643	.879
SPF4	.690	.872
SPF7	.731	.864
SPF20	.599	.884
SPF21	.818	.849
SPF23	.784	.861

Autoeficacia:

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.889	6

Estadísticos de total de elemento

	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
SPF6	.644	.884
SPF9	.789	.857
SPF10	.729	.866
SPF11	.690	.872
SPF14	.725	.866
SPF19	.697	.872

Planificación de conducta

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.879	6

Estadísticos de total de elemento

	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
SPF5	.566	.887
SPF8	.776	.842
SPF15	.761	.844
SPF18	.800	.838
SPF22	.617	.869
SPF24	.665	.864

Apéndice F

Pruebas de normalidad de los puntajes de las pruebas MHI y SPF

	<i>p</i>	<i>Asim</i>	<i>EE</i>	<i>IC (95%)</i>	<i>K</i>	<i>EE</i>	<i>IC (95%)</i>
Bienestar Psicológico	.05	-.29	.24	[-.77; .19]	-.72	.48	[-1.68; .24]
Estrés Psicológico	.00	1.11	.24	[.63; 1.59]	2.25	.48	[1.29; 3.21]
Afecto General Positivo	.11	-.21	.24	[-.69; .27]	-.87	.48	[-1.83; .09]
Ansiedad	.03	.84	.24	[.36; 1.32]	1.37	.48	[.41; 2.33]
Depresión	.00	.72	.24	[.24; 1.20]	1.22	.48	[.26; 2.18]
Desesperanza	.00	1.98	.24	[1.50; 2.46]	4.72	.48	[3.76; 5.68]
Impulsividad	.00	.54	.24	[.06; 1.02]	-.56	.48	[-1.52; .40]
SPF Total	.06	-1.04	.24	[-1.52; -.56]	1.20	.48	[.24; 2.16]
Habilidades Sociales	.00	-1.31	.24	[-1.79; -.83]	2.05	.48	[1.09; 3.01]
Soporte Social	.00	-1.06	.24	[-1.54; -.58]	.68	.48	[-.28; 1.64]
Autoeficacia	.00	-1.15	.24	[-1.63; -.67]	1.70	.48	[.74; 2.66]
Planificación de conducta	.00	-1.24	.24	[-1.72; -.76]	1.34	.48	[-.38; 2.30]

Nota: Asim= asimetría, EE= error estándar, K= curtosis, IC= intervalo de confianza

