

Resiliencia, calidad de vida y síntomas depresivos entre ancianos en tratamiento ambulatorio*


Gabriella Santos Lima¹

 <https://orcid.org/0000-0001-8657-4002>


Isabela Maria Oliveira Souza¹

 <https://orcid.org/0000-0001-8439-5107>

Luana Baldin Storti^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-5428-2520>

Mônica Maria de Jesus Silva^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-4532-3992>

Luciana Kusumota¹

 <https://orcid.org/0000-0001-9290-3722>

Sueli Marques¹

 <https://orcid.org/0000-0002-4301-087X>

Objetivo: analizar la relación entre la resiliencia y variables sociodemográficas, calidad de vida y síntomas depresivos de los ancianos atendidos en un ambulatorio geriátrico. **Método:** estudio transversal y analítico en que participaron 148 ancianos y que utilizó un cuestionario de caracterización sociodemográfica y de salud, la Escala de Resiliencia, el *World Health Organization Quality of Life Bref*, el *World Health Organization Quality of Life Old* y la *Center for Epidemiologic Survey - Depression*. Para el análisis de datos, se utilizaron estadística descriptiva, la prueba t-Student y la correlación de Pearson. **Resultados:** hubo una correlación positiva entre resiliencia y escolaridad ($r=0,208$; $p=0,010$), ingresos ($r=0,194$; $p=0,017$), el *World Health Organization Quality of Life Bref* ($r=0,242$; $p=0,003$) y el *World Health Organization Quality of Life Old* ($r=0,522$; $p<0,001$), y una correlación negativa con síntomas depresivos ($r=-0,270$; $p=0,001$). **Conclusión:** la resiliencia se relacionó con el nivel de escolaridad, ingresos, calidad de vida y síntomas depresivos de los ancianos. Se espera que estos resultados puedan ayudar al equipo multidisciplinario a planificar acciones destinadas a impulsar la resiliencia, con el propósito de promover la salud y la buena calidad de vida en la vejez.

* Artículo parte de la disertación de maestría "Resiliência, qualidade de vida e sintomas depressivos entre idosos em tratamento ambulatorial", presentada en la Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

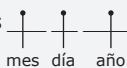

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² Becaria de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

Descriptores: Anciano; Resiliencia Psicológica; Calidad de Vida; Depresión; Enfermería Geriátrica; Envejecimiento.

Cómo citar este artículo

Lima GS, Souza IMO, Storti LB, Silva MMJ, Kusumota L, Marques S. Resilience, quality of life and symptoms of depression among elderlies receiving outpatient care. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3212.

[Access ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3133.3212>.

mes día año

URL

Introducción

Con el envejecimiento de la población mundial, se hace evidente la complejidad de los aspectos biopsicosociales del proceso de envejecimiento humano, que a menudo están asociados con una sobrecarga física, psicológica y social en la vejez.

La presencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en los ancianos puede comprometer sus aspectos funcionales, cognitivos, psicológicos, emocionales, sociales y económicos, resultando en discapacidades, pérdida de autonomía y limitaciones que comúnmente corresponden a una fase vital de connotación negativa⁽¹⁾. Teniendo esto en cuenta, se ha considerado la resiliencia, en su concepto psicológico, como un factor fundamental para desarrollarse a lo largo de la vida⁽²⁾.

En la vejez, la resiliencia se entiende como la capacidad de enfrentar, adaptarse y responder positivamente a los cambios que ocurren con la edad avanzada. Los ancianos psicológicamente resilientes no se rinden ante situaciones adversas y demuestran frente a ellas una capacidad de adaptación positiva, al lidiar con ellas y recuperar sus niveles de bienestar subjetivo⁽³⁾.

Las características y actitudes resilientes de las personas mayores, junto con recursos externos, pueden proporcionarles una buena calidad de vida (CV) en la vejez⁽¹⁾. La CV en la vejez agrega dimensiones típicas del envejecimiento, tales como las condiciones ambientales (contexto físico, ecológico y creado por el hombre), la competencia conductual (desempeño frente a diferentes situaciones de la vida), la percepción de la CV (evaluación de la propia vida, según los valores agregados por expectativas personales y sociales) y el bienestar subjetivo (satisfacción con la propia vida, global y específica entre condiciones ambientales y adaptativas)⁽⁴⁾.

La naturaleza multifactorial de la CV se ha relacionado con factores demográficos, clínicos y conductuales⁽⁵⁾. De los factores conductuales, las actitudes resilientes han sido el objeto de investigaciones que buscan comprender su papel e impacto en la CV de varios grupos vulnerables, como adultos y/o ancianos con o sin ECNT, personas con enfermedades terminales, en situaciones de violencia, abandono y abuso, así como personas que han experimentado desastres naturales y situaciones de guerras civiles⁽⁶⁻⁷⁾. Sin embargo, todavía son pocas las investigaciones centradas en la evaluación de variables, resiliencia y CV, relacionándolas con los ancianos que viven en la comunidad y sus respectivos factores de riesgo y protección.

Con respecto a la depresión, en 2015 esta enfermedad afectó a más de 300 millones de personas en el mundo, en diferentes grupos de edad y con mayor predominio entre las mujeres⁽⁸⁾. En Brasil, en el 2015, más de 11 millones (5,8%) de personas con edad mayor o igual

a 18 años fueron diagnosticadas con depresión, siendo la mayor proporción (11,1%) en el grupo de edad de 60 a 64 años⁽⁹⁾. Aunque la depresión afecta frecuentemente a los ancianos, la literatura señala que la enfermedad se presenta menos severa y prolongada y puede durar años, con graves consecuencias para los aspectos emocionales, psicológicos, funcionales y cognitivos de esta población⁽¹⁰⁾.

La proporción y la complejidad de la depresión en esta población, que a menudo es vulnerable debido al proceso de envejecimiento humano en sí y a la convivencia con pérdidas y enfermedades, requiere atención de la salud física y mental⁽¹⁰⁾. En una revisión que tuvo como objetivo evaluar las implicaciones de resiliencia en la población anciana, los resultados han sugerido que los perfiles resilientes y de afrontamiento son relevantes en la recuperación de eventos estresantes, además señalan que los bajos niveles de depresión y desesperanza están relacionados con bajos niveles de resiliencia⁽¹⁾.

Durante la vejez, las personas mayores están susceptibles a múltiples factores de riesgo de depresión. Se cree que los que tienen reservas y características resistentes, como el control emocional, el optimismo, el mantenimiento de las relaciones sociales y la autonomía, pueden lograr mejores resultados en el manejo de situaciones precursoras de síntomas depresivos⁽¹¹⁾. Otros resultados de estudios también mostraron una asociación entre una peor CV y la presencia de síntomas depresivos⁽¹²⁻¹³⁾.

Además de las evaluaciones e intervenciones dirigidas a los cambios funcionales, cognitivos y las limitaciones impuestas por el proceso de envejecimiento, la asistencia de la enfermería a los ancianos es necesaria cuando se trabaja con aspectos psicosociales, que estarán susceptibles a situaciones de vulnerabilidad y cambios en el estado de salud y enfermedad⁽¹⁴⁾.

De enfoque teórico⁽¹⁵⁾, una investigación reflexiva sobre la resiliencia en la praxis de la enfermería reveló que la resiliencia de las personas en condiciones crónicas se presenta como una brecha de conocimiento para ser explorada por la ciencia del cuidado. Desde esta perspectiva, se conoce la relación de resiliencia como propulsora de las potencialidades humanas, tales como las habilidades cognitivas, conductuales, emocionales, psicosociales y culturales, y pueden incluirse en programas de educación y promoción de la salud en vista del grupo de edad más afectado por las ECNT.

De lo anterior, los resultados de la evaluación de la capacidad resiliente de las personas mayores, relacionada con la calidad de vida y los síntomas depresivos, pueden fortalecer las estrategias de acción del equipo multidisciplinario, especialmente de los enfermeros, con respecto a los mecanismos de afrontamiento, adaptación y superación de situaciones de discapacidad y limitaciones que pueden surgir con el avance de la edad.

Por lo tanto, el presente estudio tiene como objetivo analizar la relación entre la resiliencia y las variables sociodemográficas, la CV y los síntomas depresivos de los ancianos atendidos en un ambulatorio geriátrico de un Hospital General Terciario, en el interior de São Paulo.

Método

Estudio cuantitativo, analítico, de cohorte transversal realizado en el Ambulatorio de Geriatria de un Hospital General Terciario, en el interior de São Paulo. La población consistió en ancianos que recibían atención en la clínica ambulatoria, en el periodo de mayo a octubre de 2017, y en la recolección de datos se utilizó entrevista semiestructurada, considerando los criterios preestablecidos de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión: tener 60 años de edad o más, sexo masculino o femenino, recibir atención en el Ambulatorio de Geriatria, poder comunicarse verbalmente y presentar un estado cognitivo preservado siendo evaluado por medio del Miniexamen Mental (MMSE), considerando las puntuaciones de corte de acuerdo con los niveles de escolaridad⁽¹⁶⁾. El criterio de exclusión: residir en una Institución de largo plazo para ancianos.

Para la selección de la muestra, se utilizó un muestreo no probabilístico consecutivo⁽¹⁷⁾. Entre mayo y octubre de 2017, han recibido atención 614 ancianos en dicho ambulatorio, siendo que 210 de ellos fueron contactados para participar en el estudio. De estos, 14 fueron excluidos (10 ancianos no habían alcanzado el puntaje mínimo de MMSE según su nivel de escolaridad; dos tenían déficit auditivo; uno tenía afasia mixta y uno estaba institucionalizado) y 48 se negaron a participar en el estudio. Por lo tanto, la muestra consistió en 148 ancianos.

Las entrevistas se realizaron los martes de 12:30 a 18:00, el día y la hora de la atención del Ambulatorio de Geriatria. Para identificar posibles participantes en el estudio, se utilizó la lista de atención para abordar a las personas mayores. En ese momento, la investigadora y la asistente de investigación presentaban a los participantes, les informaban sobre el estudio y les invitaban a participar en el estudio. Después, les presentaban y discutían el Formulario de Consentimiento Informado, y tras la aceptación de cada participante, les solicitaba la firma y les entregaba una copia del documento. La duración promedio de las entrevistas fue de 46,2 minutos.

Así, para las entrevistas, utilizamos un instrumento de recolección de datos que contiene: a) Cuestionario de Caracterización Sociodemográfica y Condiciones de Salud, con base en los apartados sobre informaciones personales, perfil socioeconómico y problemas de salud del instrumento elaborado por los miembros del Núcleo de Investigación en

Enfermería en Geriatria y Gerontología de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo (EERP/USP); b) *World Health Organization Quality of Life Bref* (WHOQOL-BREF) que había sido desarrollado por el Grupo de CV de la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, con el fin de evaluar la calidad de vida del individuo en el contexto cultural, los sistemas de valores, las metas personales, los estándares y las preocupaciones. El instrumento consta de 26 preguntas, dos preguntas evalúan la CV global, y las demás representan cada una de las 24 facetas que componen el instrumento original. Las preguntas se agrupan en cuatro dominios –físico, psicológico, relaciones sociales y medioambiente–, que evalúan los aspectos específicos de la vida personal de los participantes. La escala de respuesta es del tipo Likert, con puntajes de 1 a 5 para cada pregunta, que se convierten en una escala lineal que varía de 0 a 100, donde cero corresponde a la peor CV y 100 a la mejor⁽¹⁸⁾. Este instrumento ha sido traducido y validado en Brasil⁽¹⁸⁾. La validación de la versión brasileña mostró una adecuada consistencia interna por parte del *alfa* de Cronbach de 0,77 en los dominios, y 0,91 en las preguntas⁽¹⁸⁾; c) *World Health Organization Quality of Life Old* (WHOQOL-OLD) es un módulo específico para la evaluación de la CV de los ancianos, se compone de 24 preguntas, con una escala de respuesta de tipo Likert, siendo divididas en seis facetas –funcionamiento sensorial; autonomía; actividades pasadas, presentes y futuras; participación social; morir y muerte; e intimidad–. Cada una de estas seis facetas tiene cuatro elementos, que puede obtener valores entre 4 y 20 puntos cada faceta. La suma de los puntajes de las facetas resulta en el puntaje general de la CV en ancianos, y cuanto mayor sea el puntaje, mejor será la CV⁽¹⁹⁾. La versión brasileña ha sido traducida y validada⁽¹⁹⁾, y presentó consistencia interna representada por el coeficiente de *alfa* de Cronbach de 0,71 en las facetas, y de 0,88 en la CV general⁽¹⁹⁾; d) *Center Epidemiologic Survey – Depression* (CES-D) originalmente elaborada en un estudio epidemiológico norteamericano⁽²⁰⁾, con el propósito de detectar síntomas depresivos en poblaciones adultas, por medio del autoinforme de síntomas relacionados con la depresión. Hace un análisis de la frecuencia de los síntomas depresivos que han ocurrido en la última semana. La validez interna del constructo y de criterio de la CES-D se realizaron en la población anciana brasileña⁽²¹⁾. Esta escala tiene tres dominios, afecto negativo, dificultad para iniciar el comportamiento y afectos positivos, que se encuentran distribuidos en 20 ítems, con una escala de respuesta de tipo Likert, siendo 0 (nunca o raramente);

1 (pocas veces); 2 (muchas veces) y 3 (siempre). El puntaje total varía de 0 a 60 puntos. La consistencia interna por el coeficiente *alfa* de Cronbach fue de 0,80 para el dominio afecto negativo, de 0,68 para la dificultad de iniciar el comportamiento y de 0,63 para el afecto positivo⁽²¹⁾. Una puntuación de corte superior a 11 puntos discrimina los casos y los no los casos de síntomas depresivos⁽²¹⁾, también adoptada en este estudio; e) Escala de Resiliencia (ER)⁽²²⁾ se adaptó y validó al contexto brasileño⁽²³⁾ para identificar el grado de resiliencia individual considerando las características positivas de la personalidad que mejoran la adaptación individual. La RE consta de tres dominios: resolución de acciones y valores (que dan sentido a la vida, por ejemplo, amistad, realización personal, satisfacción y sentido de la vida); independencia y determinación; autoconfianza y adaptabilidad. Los 25 ítems de la escala original se mantuvieron utilizando respuestas de tipo Likert que van desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 7 (totalmente de acuerdo), lo que resulta en puntajes que varían de 25 a 175 puntos, con valores altos indicadores de alta resiliencia⁽²³⁾. La consistencia interna se midió por el coeficiente *alfa* de Cronbach 0,80, la confiabilidad intraobservadores para las variables continuas fue de 0,74 y el Kappa ponderado para las variables ordinales de leve a moderada⁽²³⁾.

Los datos obtenidos en el presente estudio se tabularon en una hoja de datos en el programa *Microsoft Office Excel*[®], versión 2016, que contiene un diccionario (*codebook*) y dos hojas de cálculo que se utilizaron para la validación de doble entrada (escritura). Después de escribirlos y validarlos, se exportaron al *software Statistical Analysis System*[®], versión 9.4, para el análisis estadístico.

En cuanto al análisis de datos, se utilizaron la estadística descriptiva, la prueba *t-Student* y el coeficiente de correlación de Pearson. Para interpretar la dirección y la fuerza del coeficiente de correlación de Pearson (*r*), se siguieron los siguientes criterios⁽²⁴⁾: -1,0 (negativa y perfecta); -0,8 (negativa y fuerte), -0,5 (negativa y moderada); -0,2 (negativa y baja); 0,0 (sin asociación); 1,0 (positiva y perfecta); 0,8 (positiva y fuerte); 0,5 (positiva y moderada) y 0,2 (positiva y baja). En el presente estudio, el nivel de significación adoptado fue del 5%.

El proyecto fue sometido a análisis del Comité de Ética de Investigación de EERP/USP, obteniendo la aprobación bajo el protocolo CAEE n.º 66567617.7.0000.5393. Y también del Comité de Ética de Investigación del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, una institución coparticipante, con la aprobación CAEE n.º 66567617.7.3001.5440, ambos aprobados en mayo de 2017.

Resultados

Un total de 148 ancianos participaron en el presente estudio, la mayoría de ellos 114 (77,0%) informaron que la jubilación era su fuente de ingresos. El ingreso mensual promedio fue de 1.436,73 reales (DE=1.142,27). En cuanto a los aspectos de salud, el promedio del diagnóstico médico por anciano fue de 7,4 (DE=7,4), siendo el más frecuente la hipertensión arterial sistémica (83,1%).

La Tabla 1 muestra la caracterización de los ancianos, según el grupo de edad, el sexo, el estado civil, la educación y con quién viven.

En la evaluación de la CV, para el WHOQOL-BREF, la CV general presentó una media de 56,7 (DE=20,3), con el puntaje promedio más alto para el dominio "Relación Social" 66,2 (DE=14,3) y más bajo en el dominio "Físico" 50,7 (DE=15,4). En el WHOQOL-OLD, la CV global promedio fue de 63,5 (DE=12,7). La faceta "Morir y muerte" tuvo el promedio más alto 70,9 (DE=24,5), y la faceta "Funcionamiento sensorial", el promedio más bajo, 56,4 (DE=22,8).

Con respecto a los síntomas depresivos verificados mediante la aplicación de la escala CES-D, las personas mayores tenían un puntaje promedio de 16,5 (DE=10,7), siendo que la mayoría, 95 (64,2%), tenían un puntaje >11 puntos, lo que indica la presencia de síntomas depresivos.

El grado de resiliencia, según lo evaluado en el puntaje general de la ER, tuvo un promedio de 130,6 puntos (DE=18,0). Cabe destacar que la posible amplitud de la puntuación general de la ER está entre 25 y 175 puntos, y la amplitud observada en esta muestra fue de entre 85 y 175 puntos.

La Tabla 2 muestra el análisis del coeficiente de correlación de Pearson (*r*) entre el puntaje general de ER y las variables sociodemográficas (edad, nivel de escolaridad, ingresos), los puntajes globales de WHOQOL-BREF y de WHOQOL-OLD y el puntaje de CES-D.

Hubo una correlación positiva y baja entre el puntaje general de ER y el nivel de escolaridad, ingresos y WHOQOL-BREF. La correlación entre el puntaje general de la ER y el puntaje general del WHOQOL-OLD fue positiva y moderada. Pero la correlación entre el puntaje general de la ER y el puntaje CES-D fue negativa y baja. Las correlaciones entre las variables mencionadas fueron estadísticamente significativas, excepto las de la edad y del número de diagnósticos.

La Tabla 3 muestra la comparación entre las medias de los puntajes generales de la ER, del WHOQOL-BREF y del WHOQOL-OLD para las variables sociodemográficas y la presencia o ausencia de síntomas depresivos en los ancianos estudiados.

Tabla 1 – Distribución de los ancianos, según las variables edad, sexo, estado civil, nivel de escolaridad y con quién viven, atendidos en el Ambulatorio de Geriátrica, Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2017

Variables	n	%	Media (DE)*	Mediana	Amplitud (min-max)
Grupo de Edad (años)			77,7 (6,8)	77,5	64 - 92
60-79	90	60,8			
80 años o más	58	39,2			
Sexo					
Femenino	119	80,4			
Masculino	29	19,6			
Estado Civil					
Casado/a/vive con pareja	53	35,8			
Viudo/a	78	52,7			
Divorciado(a)/Separado(a)	9	6,1			
Soltero/a	8	5,4			
Nivel de escolaridad (años)			3,9 (3,9)	3,0	0 – 20
Analfabeto	28	18,9			
1 a 4	88	59,5			
5 a 8	14	9,5			
9 o más	18	12,1			
Con quién vive			2,3 (1,2)	2	0 – 6
Vive solo/a	30	20,2			
Solamente con el cónyuge	37	25,0			
Cónyuge e hijos	8	5,4			
Cónyuge, hijos, yerno o nuera	2	1,3			
Solamente con los hijos	31	21,0			
Arreglos Trigeneracionales	18	12,2			
Solamente con nietos	6	4,1			
Otros [†]	16	10,8			
Total	148	100,0			

* DE = desviación estándar; [†]Otros (el anciano vive con: cónyuge y nieto; hermano y sobrino; solamente con hermano; hermano y padres; hermano, cuñada y sobrino; hijos, yerno o nuera)

Tabla 2 – Coeficiente de correlación de Pearson entre el puntaje general de la Escala de Resiliencia y las variables sociodemográficas, los puntajes globales del WHOQOL-BREF y del WHOQOL-OLD y el puntaje CES-D de los ancianos (n=148) observados en el Ambulatorio de Geriátrica, Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2017

Variables	Escala de Resiliencia (Puntaje General)	
	r	p-valor*
Edad	- 0,022	0,790
Nivel de escolaridad (años)	0,208	0,010
Ingresos	0,194	0,017
Número de Diagnósticos	0,077	0,349
WHOQOL-BREF	0,242	0,003
WHOQOL-OLD	0,522	<0,001
CES-D	- 0,270	0,001

*valor de significación p<0,05

Tabla 3 – Distribución de las medias y desviaciones estándar de los puntajes de resiliencia y calidad de vida de los ancianos (n=148) atendidos en el Ambulatorio de Geriátrica, de acuerdo con las variables sociodemográficas y los síntomas depresivos, Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2017

Variables	Escala de Resiliencia			WHOQOL-BREF		WHOQOL-OLD	
	n	Media (DE*)	p-valor†	Media (DE*)	p-valor†	Media (DE*)	p-valor†
Sexo							
Femenino	119	130,3 (18,9)	0,720	55,2 (21,1)	0,034	63,3 (12,7)	0,675
Masculino	29	131,6 (14,4)		62,9 (15,8)		64,4 (13,1)	
Grupo de Edad (años)							
60 a 79 años	90	130,1 (18,9)	0,685	55,5 (20,2)	0,373	62,7 (12,8)	0,307
80 años o más	58	131,3 (16,8)		58,6 (20,5)		64,8 (12,5)	
Estado Civil							
Sin pareja	95	132,4 (17,9)	0,092	58,5 (19,0)	0,172	64,5 (12,7)	0,200
Con pareja	53	127,2 (18,0)		53,5 (22,3)		61,7 (12,6)	
Nivel de Escolaridad							
Con Escolaridad	120	130,8 (18,4)	0,720	56,3 (19,7)	0,658	63,5 (13,1)	0,991
Sin Escolaridad	28	129,5 (16,5)		58,4 (23,3)		63,5 (11,0)	
Con quién vive							
Vive Solo	30	138,3 (17,7)	0,010	62,9 (18,7)	0,054	67,8 (12,1)	0,037
Con otras personas	118	128,6 (17,7)		55,1 (20,5)		62,4 (12,7)	
Ingresos‡							
<1 Salario mínimo	79	127,5 (18,4)	0,029	53,0 (21,1)	0,015	60,5 (12,2)	0,002
> 1 Salario mínimo	69	134,0 (17,1)		61,0 (18,7)		67,0 (12,5)	
Síntomas depresivos							
Sí	95	128,2 (18,2)	0,035	49,3 (19,8)	<0,001	59,4 (11,4)	<0,001
No	53	134,7 (17,2)		70,0 (13,5)		71,0 (11,6)	

*DE = desviación estándar; †p-valor referente para la prueba t-Student, valor de significación $p < 0,05$; ‡Salario mínimo vigente en Brasil en 2017 (R\$ 937,00)

Cabe notar que en la ER los ancianos que habían presentado puntajes promedio más altos tenían ingresos superiores a un salario mínimo, no tenían síntomas depresivos y vivían solos. Con respecto al WHOQOL-BREF, las personas mayores del sexo masculino, con ingresos superiores a un salario mínimo y sin síntomas depresivos, han obtenido el promedio más alto en los puntajes de dicha escala. Y en cuanto al WHOQOL-OLD, los que presentaron el promedio más alto vivían solos, tenían ingresos superiores a un salario mínimo y no tenían síntomas depresivos.

Discusión

Durante la vejez, la resiliencia se ha expresado como un factor de protección para los ancianos, posiblemente como un potencial recurso para cambiar los hábitos y comportamientos que les aportan a una mayor sensación de bienestar, CV y mantenimiento de la salud física y mental⁽³⁾.

En el presente estudio, las características sociodemográficas de las personas mayores han sido similares a las encontradas en otros estudios realizados con ancianos brasileños en atención ambulatoria. Mientras tanto, la edad promedio fue de 77,7 años⁽²⁵⁾, con predominio

del sexo femenino⁽²⁶⁾, de bajos niveles de escolaridad⁽²⁷⁾ y de la viudez⁽²⁸⁾.

Cabe señalar que el 39,2% de los participantes en el presente estudio tenían 80 años o más. Esto puede explicarse por el aumento de la longevidad que puede producir diferentes patrones conductuales, socioculturales, espirituales, de creencias y de salud. En un estudio teórico, que plantea una amplia discusión sobre la resiliencia en la edad avanzada (85 años o más), se encontró que las personas mayores viven en un contexto frecuentemente vulnerable, con diferentes condiciones físicas y mentales. Sin embargo, los años de vida a más vienen acompañados de potenciales ventajas, mayor sabiduría, experiencia, oportunidades, un sistema de apoyo familiar y social, entre otros, que pueden contribuir al desarrollo de mecanismos de afrontamiento y adaptación a desafíos y adversidades⁽²⁹⁾.

En este sentido, los aspectos que comprenden el comportamiento resiliente y los grupos de edad, según los hallazgos de la literatura⁽³⁰⁻³¹⁾, todavía no son concluyentes, como lo sugieren los resultados del presente estudio, donde la edad no estuvo asociada con la resiliencia.

Esto es corroborado desde la perspectiva dinámica de la resiliencia, que se refiere al comportamiento resiliente que no necesariamente ocurre de manera lineal y progresiva, y no es una característica absolutamente relacionada con la experiencia de vida que se adquiere con el avance de la edad⁽³²⁾. Independientemente del grupo de edad específico, las características resilientes han sido mediadas principalmente por la presencia de apoyo social y familiar, una condición de ingresos favorable y una buena salud.

Con respecto al nivel de escolaridad, hubo una correlación positiva, baja y estadísticamente significativa con el puntaje general de la ER. Dicha variable puede ser un factor que influye en la forma que se experimenta la vejez, puesto que va más allá del deterioro cognitivo y puede tener implicaciones en los aspectos funcionales, psicológicos y socioeconómicos de los ancianos. En este sentido, la resiliencia fue explorada en estudios nacionales, en diferentes contextos con situaciones de trauma y enfermedad⁽³³⁻³⁴⁾, siendo que el nivel de escolaridad también mostró una correlación significativa con la resiliencia.

La presencia del nivel bajo de escolaridad entre los adultos mayores refleja la realidad nacional. Cuanto mayor es la edad, menor es el nivel de escolaridad⁽²⁷⁾. Específicamente, entre los ancianos, la baja escolaridad les predispone a condiciones económicas desfavorables, ya que durante toda su vida estuvieron en el mercado informal, sin posibilidades de planificar e invertir en su jubilación⁽³⁵⁾.

La principal fuente de ingresos de las personas mayores en el presente estudio es la jubilación, con un ingreso mensual promedio ligeramente superior a un salario mínimo vigente en el momento de la recopilación de datos. Las condiciones socioeconómicas, entre otros factores, determinan las opciones de vivienda, alimentación, educación y salud que están directamente relacionadas con el bienestar y la CV. Además, un estilo de vida saludable es común entre los ancianos con mayores ingresos, ya que a menudo están relacionados con un mejor estilo de vida y la facilidad de acceso a los servicios de salud⁽³⁶⁾.

Incluso en hogares con arreglos multigeneracionales, una parte importante de las familias brasileñas tiene como principal fuente de ingresos la jubilación de los ancianos⁽³⁷⁾. Esto puede comprometer parcial o totalmente sus ingresos, ya que su presupuesto está cargado con gastos relacionados con los cuidados médicos⁽³⁷⁾. Cabe destacar que los arreglos del hogar que proporcionan la interacción de los ancianos con otros miembros de la familia y la red de apoyo social son factores que pueden contribuir a la promoción de características resilientes⁽³⁰⁾.

Cabe señalar que la mayoría de los ancianos en el presente estudio vivían con sus cónyuges o hijos, pero el 20,2% de ellos vivían solos. Estos ancianos tenían

promedios más altos en la ER, así como en el WHOQOL-BREF y el WHOQOL-OLD. Se encontraron resultados diferentes en otros estudios⁽³⁸⁻³⁹⁾, realizados con ese mismo público: tenían niveles más altos de resiliencia, tenían parejas y vivían con más personas en el hogar.

Han sido enfáticos los estudios que consideran relevante el apoyo social ofrecido por los miembros de la familia que viven en el mismo hogar que los ancianos. Y destacan que los ancianos que presentan un alto deterioro de la funcionalidad y la cognición necesitan la ayuda de cónyuges, hijos y nietos^(38,40). Sin embargo, es necesario considerar, cuanto a la calidad de las relaciones y contextos familiares, que no afectan la calidad de la experiencia de vida durante la tercera edad y que sus miembros respetan la autonomía e independencia de los ancianos⁽⁴⁰⁾.

Según la literatura, hay un aumento de ancianos que viven solos. Esto puede explicarse por mejores condiciones de salud, independencia financiera y autonomía en las actividades de la vida diaria, así como por otros factores como la reducción del número de hijos por pareja, la viudez y el divorcio⁽⁴¹⁾. Dados estos perfiles, las características resilientes, que sugieren una mayor capacidad de adaptación a las limitaciones del envejecimiento, pueden estar más presentes, de modo que los ancianos, incluso viviendo solos, se sientan fortalecidos, conservando sus particularidades, privacidad y autonomía en esa etapa de la vida⁽⁴²⁾.

Otro factor importante que ocurre principalmente en la vejez es el papel frecuente del cuidador que realiza el cónyuge con la pareja afectada por secuelas de enfermedades incapacitantes, quien a su vez requiere ayuda con la higiene, la alimentación y los cuidados médicos, lo que contribuye a un escenario de sobrecarga física y psicológica, con posibles implicaciones en la percepción de la CV y el bienestar en esa etapa de la vida⁽⁴³⁾.

Con respecto a la CV, los ancianos presentaron promedios más altos en el dominio "Relaciones Sociales" del WHOQOL-BREF y en la faceta "Morir y muerte" del WHOQOL-OLD. Resultados similares a los estudios realizados en los servicios de atención a personas mayores^(5,36). En el dominio "Físico" del WHOQOL-BREF y en la faceta "Funcionamiento sensorial" del WHOQOL-OLD, los ancianos presentaron promedios inferiores, igual que en un estudio nacional⁽³⁶⁾.

Hubo una correlación positiva, baja y estadísticamente significativa entre el puntaje general de la ER y el WHOQOL-BREF, y una correlación positiva, moderada y estadísticamente significativa en el WHOQOL-OLD. En la literatura nacional e internacional, son pocos los estudios que utilizaron los mismos instrumentos para evaluar la resiliencia y la CV en personas mayores con ECNT y con aspectos funcionales y cognitivos preservados. Un estudio con 120 adultos mayores estadounidenses también evaluó

la resiliencia con ER, y para medir la calidad de vida utilizó el *Medical Outcomes Study 36 - Item Short*. Los resultados mostraron una correlación baja y positiva entre la resiliencia y el dominio salud física ($r=0,24$; $p<0,01$) y mental ($r=0,38$; $p=0,01$)⁽⁴⁴⁾.

En este sentido⁽²⁾, la perspectiva del envejecimiento activo, que involucra los aspectos físicos, sociales y psicológicos y que tienen un impacto en la forma en que uno experimenta la vejez, también está vinculada a la CV, y entre estos aspectos una dimensión importante a devolver o mantener es la resiliencia, pues es una herramienta de desarrollo de reservas necesaria para adaptarse a situaciones vulnerables a fin de mantener la satisfacción con la vida durante la vejez. Por lo tanto, la inversión en las características del *self*, junto con las experiencias de vida, fortalece los mecanismos reguladores que cuentan los ancianos.

Desde esta perspectiva, un estudio de revisión señaló que el alto grado de resiliencia entre los ancianos está relacionado con el desarrollo de características mentales (adaptación, afrontamiento, gratitud, emociones positivas, ilusiones, entre otros), sociales (participación en la comunidad, familia y amigos, apoyo social, entre otros) y físicas (movilidad, independencia, funcionalidad, entre otros)⁽⁴¹⁾.

En cuanto a los síntomas depresivos, las demandas físicas, sociales y psicológicas relacionadas con el envejecimiento pueden comprometer la salud mental de los ancianos. La mayoría de ese público en este estudio (64,2%) presentaron síntomas depresivos, evaluados mediante la CES-D. En general, las personas mayores en atención ambulatoria tienen enfermedades crónicas, un grado relativo de dependencia y síntomas depresivos⁽³¹⁾.

En el presente estudio, la relación entre los síntomas depresivos y la resiliencia fue negativa y significativa, y en los ancianos sin síntomas depresivos, la puntuación media fue mayor en la ER. En Brasil, un estudio realizado con 59 ancianos en atención ambulatoria, en la ciudad de Campinas-SP, tuvo como objetivo describir las relaciones entre funcionalidad, síntomas depresivos y cognición en ancianos resilientes y no resilientes, utilizando ER y la Escala de Depresión Geriátrica (EDG). Sus resultados revelaron una correlación negativa y moderada ($r=-0,688$; $p=0,01$) entre la resistencia y los síntomas depresivos; en cuanto a la comparación entre las medias, los ancianos con baja resiliencia (≤ 66 puntos medios) tuvieron una puntuación más alta en EDG (6,4; DE=4,2), en comparación con aquellos con alta resiliencia (2,6; DE=2,6), con significación estadística ($p=0,001$)⁽³¹⁾.

Con respecto a los síntomas depresivos, se sabe que las situaciones y eventos estresantes de la vida, los comportamientos de riesgo, los excesos de comportamiento

y las emociones negativas experimentadas a lo largo de la vida son importantes para el inicio de estos síntomas durante la vejez⁽⁴⁵⁾.

Por lo tanto, mantener la regulación del equilibrio emocional funciona como un atributo psicológico para las personas mayores que logran envejecer activamente, minimizando las influencias seniles por medio de características resistentes y autoeficacia desarrolladas a lo largo de la vida⁽⁴⁶⁾.

Dado lo anterior, los ancianos menos resilientes pueden estar más sujetos a los síntomas depresivos y a la mala percepción de la CV en la vejez. Además, los bajos niveles de escolaridad y de ingresos y el tener pareja fueron las variables relevantes para una resiliencia menos desarrollada en la muestra estudiada.

Teniendo en cuenta sus teorías y modelos de práctica profesional, el personal de enfermería debe planificar su asistencia para abordar los aspectos psicosociales, reconociendo los factores de riesgo y protección, con el fin de desarrollar características resilientes⁽⁴⁷⁾. Por lo tanto, desde la evaluación inicial y el establecimiento del vínculo con los ancianos, el personal de enfermería debe comprender e incluir en su plan de asistencia los factores que van a colaborar con la promoción de estas características, y que permitan mejores condiciones de adaptación de los ancianos ante los cambios del envejecimiento y la afectación por las ECNT.

Se busca que los resultados presentados en el presente estudio muestren la relevancia de conocer la relación entre la resiliencia, las características sociodemográficas y de salud, la CV y los síntomas depresivos de los ancianos en atención ambulatoria. Además, pueda proporcionar aportes necesarios para planificar la atención a las personas mayores centrándose en los mecanismos conductuales de afrontamiento, adaptación y superación, así como estimular y fortalecer el desarrollo de actitudes positivas, a lo largo del proceso de envejecimiento, con posibilidades de promover la salud y la CV.

Las limitaciones del presente estudio se refieren a los datos solamente de los ancianos atendidos en el ambulatorio, es decir, las características son peculiares de la muestra estudiada, por lo que las generalizaciones deben considerarse con precaución para evitar malentendidos. No se realizó ningún cálculo de la muestra, por lo que la misma no es representativa. Además, el diseño transversal no permitió un seguimiento a largo plazo para evaluar la resiliencia, la CV y los síntomas depresivos en los ancianos.

Conclusión

Los resultados del presente estudio permitieron constatar que los ancianos parecen adaptarse y utilizar

recursos y mecanismos conductuales de afrontamiento, adaptación y superación, y que las variables nivel de escolaridad, ingresos, síntomas depresivos y CV están relacionadas con la resiliencia.

El estado emocional de las personas mayores puede contribuir al desarrollo de mejores características de resiliencia, lo que posiblemente resultará en una mejor salud física y mental, promoción del bienestar, placer, seguridad, así como una mejor comprensión y aceptación de los cambios durante el envejecimiento.

En este sentido, los resultados del presente estudio ofrecen a las investigaciones en el campo de la enfermería elementos que pueden resultar en informaciones que le ayude en la elaboración y mejora de su práctica, específicamente con la población de personas mayores, para fortalecer el afrontamiento, la adaptación y la superación en situaciones de discapacidades y limitaciones que pueden surgir con el avance de la edad.

Referencias

- MacLeod S, Musich S, Hawkins K, Alsgaard K, Wicker ER. The impact of resilience among older adults. *Geriatr Nurs*. [Internet] Jul-Aug 2016 [cited Dec 10, 2017]; 37(4):266-72. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.02.014>.
- Kalache A. Vested rights, active aging and resilience: the importance of such concepts throughout life. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. [Internet]. 2017 [cited Dec 12, 2017]; 20(2):159-60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160039>
- Fontes AP, Neri AL. Resilience in aging: literature review. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet] 2015 [cited Dec 15, 2017]; 20(5):1475-95. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015205.00502014>
- Paschoal SMP. Qualidade de vida na velhice. In: Freitas EV, Py L, editores. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. p. 79-86.
- Vitorino LM, Paskulin LMG, Vianna LAC. Quality of life of seniors living in the community and in long term care facilities: a comparative study. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2013 [cited Dec 15, 2017]; 21(spec):1-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700002>
- Fang X, Vincent W, Calabrese SK, Heckman TG, Sikkema KJ, Humphries DL et al. Resilience, stress, and life quality in older adults living with HIV/AIDS. *Aging Ment Health*. [Internet] 2015 [cited Jan 2, 2018]; 19(11):1015-21. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2014.1003287>
- Rosenberg AR, Syrjala KL, Martin PJ, Flowers ME, Carpenter P, Salit RB et al. Resilience, health, and quality of life among long-term survivors of hematopoietic cell transplantation. *Cancer*. [Internet] 2015 [cited Dec 30, 2017]; 121(23):4250-7. Available from: <https://doi.org/10.1002/cncr.29651>
- World Health Organization (WHO). Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva; 2017 [cited Jan 10, 2018]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro; 2014 [Acesso 24 nov 2016]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>
- Wannmacher L. Abordagem da depressão maior em idosos: medidas não medicamentosas e medicamentosas [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2016. [Acesso 5 maio 2018]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=serie-uso-racional-medicamentos-284&alias=1529-abordagem-da-depressao-maior-em-idosos-medidas-nao-medicamentosas-e-medicamentosas-9&Itemid=965
- Huisman M, Klokgieters SS, Beekman ATF. Successful ageing, depression and resilience research; a call for a priori approaches to investigations of resilience. *Epidemiol Psychiatr Sci*. [Internet] 2017 [cited May 20, 2019]; 26:574-8. Available from: [doi:10.1017/S2045796017000348](https://doi.org/10.1017/S2045796017000348).
- Chang, YC, Ouyang WC, Lu MC, Wang JD, Hu SC. Levels of depressive symptoms may modify the relationship between the WHOQOL-BREF and its determining factors in community-dwelling older adults. *Int Psychogeriatr*. [Internet] 2016 [cited Apr 5, 2018]; 28(4):591-601. Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610215002276>
- Silveira MM, Portuguese MW. Analysis of life quality and prevalence of cognitive impairment, anxiety, and depressive symptoms in older adults. *Estud Psicol*. [Internet] 2017 [cited Apr 5, 2018]; 34(2):261-8. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-02752017000200007>
- Bernardes R, Baixinho CL. A physical resilience conceptual model-contribution to gerontological nursing. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2018 [cited May 20, 2019]; 71(5):2589-93. Available from: [doi: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0111](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0111)
- Silva LWS, Silva DMGV, Silva DS, Lodovici FMM. Resilience as a construct in nursing practice: reflective concerns. *Rev Kairós*. [Internet] 2015 [cited Apr 5, 2018]; 18(4):101-15. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/27067/19188>
- Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. Mini-exame do estado mental em uma população geral. *Arq Neuropsiquiatr*. [Internet] 1994 [cited Mar 9, 2018];

- 52(1):1-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>
17. Hulley SB, Newman TB, Cummings SR. Choosing the study subjects: specification, sampling, and recruitment. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. *Designing Clinical Research*. Porto Alegre: Artmed; 2015.
18. Fleck MPS, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev Saúde Pública*. [Internet] 2000 [cited Mar 9, 2018]; 34(2):178-83. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>
19. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini C. Development of the WHOQOL-OLD module in Brazil. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2006 [cited Mar 9, 2018]; 40(5):785-91. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000600007>
20. Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas*. [Internet]. 1977 [cited Mar 9, 2018]; 1:385-401. Available from: <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
21. Batistoni SST, Neri AL, Cupertino APFB. Validity of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale among Brazilian elderly. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. [cited Mar 9, 2018]; 41(4):598-605. Available from: [doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000400014](http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000400014)
22. Wagnild G, Young H. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. [Internet]. *J Nurs Meas*. 1993 [cited Apr 5, 2018]; 1(2):165-78. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7850498>
23. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the resilience scale. *Cad Saúde Pública*. 2005 [cited Apr 5, 2018]; 21(2):436-48. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200010>
24. Zou KH, Tuncali K, Silverman SG. Correlation and simple linear regression. *Radiology*. 2003 [cited Apr 5, 2018]; 227(3):617-22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1148/radiol.2273011499>
25. Freitas CV, Sarges ESNF, Moreira KECS, Carneiro SR. Evaluation of frailty, functional capacity and quality of life of the elderly in geriatric outpatient clinic of a university hospital. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. [Internet]. 2016 [cited May 20, 2018]; 19(1):119-28. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2016.14244>
26. Pimenta FB, Pinho L, Silveira MF, Botelho ACC. Factors associated with chronic diseases among the elderly receiving treatment under the Family Health Strategy. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2015 [cited May 20, 2018]; 20(8):2489-98. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015208.11742014>
27. Rocha FS, Gardenghi G, Oliveira PC. Profile of older people submitted to comprehensive geriatric assessment in a rehabilitation servisse. *Rev Bras Promoç Saúde*. [Internet] 2017 [cited Jun 20, 2018]; 30(2):170-78. Available from: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2017.p170>
28. Aguiar MPC, Leite HA, Dias IM, Mattos MCT, Lima WR. Violence against the elderly: case description in the city of Aracaju, Sergipe, Brazil. *Esc Anna Nery*. [Internet] 2015 [cited Jun 20, 2018]; 19(2):343-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150047>
29. Hayman KJ, Kerse N, Consedine NS. Resilience in context: the special case of advanced age. *Aging Ment Health*. [Internet] 2017 [cited Jun 20, 2018]; 21(6):577-85. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2016.1196336>
30. Silva EG Júnior, Melo RLP, Souto RQ, Santos KL, Lacerda AR, et al. The ability of resilience and social support in elderly urban [Internet]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017 [cited Apr 5, 2018]; 22(1). Available from: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-capacidade-de-resiliencia-e-suporte-social-em-idosos-urbanos/16055>
31. Fontes AP, Fattori A, D'elboux MJ, Guariento ME. Psychological resilience: protector factor for elderly assisted in ambulatory. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. [Internet]. 2015 [cited Apr 5, 2018]; 18(1):7-17. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.13201>
32. Lemos CMM, Moraes DW, Pellanda LC. Resilience in patients with ischemic heart disease. *Arq Bras Cardiol*. [Internet]. 2016 [cited Apr 5, 2018]; 106(2):130-15. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20160012>
33. Vilete L, Figueira I, Andreoli SB, Ribeiro W, Quintana MI, Mari JJ, et al. Resilience to trauma in the two largest cities of Brazil: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. [Internet]. 2014 [cited Apr 5, 2018]; 14(257):1-13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-014-0257-0>
34. Mosqueiro BP, Rocha NS, Fleck MP. Intrinsic religiosity, resilience, quality of life, and suicide risk in depressed in patients. *J Affect Disord*. [Internet] 2015 [cited Apr 5, 2018]; 179(1):128-33. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.03.022>
35. 35. International Longevity Centre Brazil (ILC-BRASIL). Active aging: a policy framework in response to the longevity revolution [Internet]. Rio de Janeiro; 2015. [cited Apr 7, 2018]. Available from: http://ilcbrazil.org/portugues/wp-content/uploads/sites/4/2015/12/Active-Ageing-A-Policy-Framework-ILC-Brazil_web.pdf
36. Paula GR, Souza BN, Santos LF, Barbosa MA, Brasil VV, Oliveira LMAC. Quality of life assessment for health promotion groups. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2016 [cited Jun 20, 2018]; 69(2):222-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690206i>
37. Muniz TS, Barros A. O trabalhador idoso no mercado de trabalho do capitalismo contemporâneo. *Cad Grad Ciênc*

- Hum Soc Unit. [Internet] 2014 [Acesso 20 mai 2018]; 2(1):103-16. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/view/1079/793>
38. Silva Junior EG, Eulálio MC, Souto RQ, Santos KL, Melo RLP, Lacerda AR. The capacity for resilience and social support in the urban elderly. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2019; 24(1):7-16. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018241.32722016>
39. Balbé GP, Medeiros PA, Montoro APPN, Benedetti TRB, Mazo GZ. Psychological aspects in elderly females who practice physical activities and those who do not. *ConScientiae Saúde*. [Internet] 2014; 13(1):126-33. Available from: <http://www.redalyc.org/html/929/92930146016/index.html>
40. Persequino MG, Horta ALM, Ribeiro CA. The family in face of the elderly's reality of living alone. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2017; 70(2):235-41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0398>
41. Costa FM, Nakata PT, Morais EP. Strategies developed by community-dwelling elderly people to live alone. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2015 [cited Jun 20, 2018]; 24(3):818-25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015002730014>
42. Rabelo DF, Neri AL. The household arrangements, physical and psychological health of the elderly and their satisfaction with family relationships. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. [Internet]. 2015 [cited Jun 20, 2018]; 18(3):507-19. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14120>
43. Lee K, Martin P, Poon LW. Predictors of caregiving burden: impact of subjective health, negative affect, and loneliness of octogenarians and centenarians. *Aging Ment Health*. [Internet]. 2017 [cited Jun 20, 2018]; 21(11):1214-21. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2016.1206512>.
44. Moe A, Hellzen O, Ekker K, Enmarker I. Inner strength in relation to perceived physical and mental health among the oldest old people with chronic illness. *Aging Ment Health*. [Internet]. 2013 [cited Jun 20, 2018]; 17(2):189-96. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2012.717257>.
45. Hu T, Xiao J, Peng J, Kuang X, He B. Relationship between resilience, social support as well as anxiety/depression of lung cancer patients: a cross-sectional observation study. *J Cancer Res Ther*. [Internet]. 2018 [cited Jun 20, 2018]; 14(1):72-7. Available from: http://dx.doi.org/10.4103/jcrt.JCRT_849_17.
46. Paúl C, Teixeira L, Ribeiro O. Active aging in very old age and the relevance of psychological aspects. *Front Med*. [Internet]. 2017 [cited Jun 20, 2018]; 4(181):1-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.3389/fmed.2017.00181>
47. Carvalho IG, Bertolli ES, Paiva L, Rossi LA, Dantas RAS, Pompeo DA. Anxiety, depression, resilience and self-esteem in individuals with cardiovascular diseases. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2016 [cited Jun 20, 2018]; 24(spec):1-10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1405.2836>.


Recibido: 10.01.2019

Acceptedo: 03.08.2019

Autor correspondiente:

Gabriella Santos Lima

E-mail: gabriellasl@usp.br

 <https://orcid.org/0000-0001-8657-4002>

Copyright © 2019 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.