

# Validez de la escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) en una población de mayores entre 60 y 75 años

## Validity of the Connor Davidson Resilience scale (CD-RISC) in people from 60-to-75 years old



Maria Dolores Serrano-Parra<sup>a</sup>, Margarita Garrido-Abejar<sup>a</sup>, Blanca Notario-Pacheco<sup>b</sup>, Raquel Bartolomé-Gutiérrez<sup>c</sup>, Montserrat Solera-Martínez<sup>b</sup>, Vicente Martínez-Vizcaino<sup>d</sup>.

<sup>a</sup>Profesora Doctora del Departamento Enfermería y Fisioterapia. Facultad de Enfermería. Universidad de Castilla La Mancha. Cuenca, España.

<sup>b</sup>Profesora del Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Facultad de Enfermería. Centro de Estudios Sociosanitarios. Universidad de Castilla La Mancha. Cuenca, España.

<sup>c</sup>Profesora Doctora del Departamento de Psicología. Facultad de Enfermería. Universidad de Castilla La Mancha. Albacete, España

<sup>d</sup>Catedrático del Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Facultad de Enfermería. Director Centro de Estudios Sociosanitarios. Universidad de Castilla La Mancha. Cuenca, España

### ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the psychometric properties of the Spanish version of the CD-RISC in community dwelling older people, and compare its factorial structure with the original one. We used the following scales: CD-RISC (resilience), PSS (perceived stress), the mental component of the SF-12, GDS (Geriatric Depression) and MOS (social support). It was finally a scale with three dimensions including 17 items. Convergent validity was performed to test whether the means of the variables used are significantly associated with resilience and global scores of Spanish version of CD-RISC scale were directly correlated with the scores of MOS and mental component of SF-12, and inversely related with the scores of PSS and GDS scales. In conclusion the Spanish CD-RISC scale includes 17 items divided into three dimensions, shows acceptable psychometric properties and correlates with social support, perceived stress, depression and mental component of quality of life.

### RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue evaluar las características psicométricas de la versión española del CD-RISC en una muestra de personas mayores no institucionalizadas y comparar su estructura factorial con la que muestra la escala original. Se utilizaron las siguientes escalas: CD-RISC (resiliencia), PSS (estrés percibido), el componente mental del SF-12, GDS (depresión geriátrica) y MOS (apoyo social). Quedó finalmente una escala con tres dimensiones y 17 ítems que mostró aceptables valores de bondad de ajuste y de consistencia interna. Respecto a la validez convergente, las puntuaciones globales de la versión en español del CD-RISC correlacionan directamente con las del MOS y el componente mental del SF-12, e inversamente con las del PSS y GDS. Como conclusión la escala española CD-RISC incluye 17 ítems estructurada en tres dimensiones muestra propiedades psicométricas aceptables y correlaciona con apoyo social, percepción de estrés, depresión y componente mental de calidad de vida.

### Key Words:

Resilience, mental health, active ageing; validation questionnaires and psychometric properties.

### Palabras Clave:

Resiliencia; salud mental; envejecimiento activo; validación cuestionarios y propiedades psicométricas

Recibido/Received  
Julio 27 de 2012

Revisado/Revised:  
Octubre 5 de 2012

Aceptado/Accepted  
Noviembre 12 de 2012

✉ María Dolores Serrano Parra. Facultad de Enfermería. Edificio "Melchor Cano" C/ Santa Teresa Jornet s/n 16071 Cuenca España. Teléfono + 34 969179100. Extensión 4650. Fax: +34 969179121. Correo electrónico [dolores.serrano@uclm.es](mailto:dolores.serrano@uclm.es)

## 1. INTRODUCCIÓN

La resiliencia es un constructo dinámico y multidimensional que hace referencia a la capacidad que tienen los sistemas personales de afrontar o recuperarse con éxito de las situaciones adversas; se asocia a crecimiento positivo y a superación de los desafíos (Masten, 2007). A pesar del debate abierto sobre su naturaleza y forma de estudio, existe acuerdo general respecto a que ésta incluye dos aspectos relevantes: exposición significativa al riesgo y evidencia de adaptación positiva a pesar de serias amenazas al desarrollo (Masten, 2007; Bonanno, 2004; Luthar & Cicchetti, 2000). Asumimos la conceptualización de resiliencia que dan los autores de la escala original, quienes desde una corriente de investigación que trata de clarificar las características que identifican a las personas capaces de salir adelante ante las adversidades, la definen como el conjunto de cualidades, recursos o fortalezas que favorecen que los individuos progresen afrontando con éxito la adversidad (Connor & Davidson, 2003), siguiendo en esta línea y como afirma Newman (2005) la persona con patrón resiliente es aquella que ha activado respuestas de adaptación positiva frente a la tragedia, el trauma y la adversidad y progresa significativamente frente a los estresores durante el curso de la vida. De este modo la resiliencia funcionaría como un mecanismo autorregulador, que podría proteger a los sistemas personales de las consecuencias negativas en etapas difíciles de la vida (Masten, 2007) como es en la vejez.

La vejez se considera una etapa crítica caracterizada por cambios físicos, psicológicos, financieros, pérdidas de seres queridos y aproximación de la propia muerte. Estudios en mayores indican que un alto porcentaje de ellos tienen una percepción positiva de su salud, aunque no siempre estén libres de enfermedad y discapacidad (Hardy, Concato & Gill, 2004). Este bienestar paradójico de los mayores podría evidenciar adaptación y bienestar a pesar de la adversidad. Algunos investigadores afirman que la vejez es una etapa caracterizada por resiliencia (Ebner, Freund & Baltes, 2006), y que ésta podría considerarse como un puente entre la supervivencia y el desarrollo (Leipold & Greve, 2009), o como un factor moderador para el afrontamiento de situaciones críticas (Sojo & Guarino, 2011) que garantiza que los mayores logren resultados satisfactorios a pesar de los retos y el estrés (Leipold & Greve, 2009). Los adultos mayores constituyen una población ideal para comprender el proceso de resiliencia y los mecanismos subyacentes, ya que en la edad avanzada las personas se han expuesto a mayor cantidad de estados de estrés, y por tanto

acumulan más experiencia de adversidad (Hardy et al., 2004; Ebner et al., 2006). La resiliencia es considerada un importante factor de salud mental y bienestar (Friedli, 2009; Garmezy & Masten, 1986; Maddi & Khosaba, 1994; Seligman, 1975). Trabajos en mayores la relacionan con aspectos de la salud mental positiva como la autoeficacia, el autocontrol y la competencia personal (Ahmed, 2007; Ong, Bergeman & Boker, 2009; Windle, Bennet & Noyes, 2011) así como también con optimismo, emociones positivas, apoyo social y relaciones de calidad (Hardy et al., 2004; Hildon, Montgomery, Blane, Wiggins & Netuveli, 2010; Netuveli & Blane, 2008).

Dada la estrecha relación entre resiliencia y bienestar psicológico y social (Luthar & Cicchetti, 2000), disponer de instrumentos de probada validez, fiabilidad y sensibilidad para medir el constructo, supondría considerar su utilidad clínica como un **indicador** de bienestar subjetivo de los mayores, bien para evaluar la respuesta al tratamiento o bien como un marcador de riesgo ante situaciones difíciles en sujetos de baja resiliencia.

Hasta donde conocemos no existe ningún instrumento validado en castellano que evalúe la resiliencia en la población de mayores. El CD-RISC (Connor & Davidson, 2003) es un instrumento cuyas propiedades psicométricas han sido evaluadas en jóvenes, en personas con problemas de salud y en poblaciones de ámbitos socioculturales diversos, y ha mostrado ser útil en ambientes clínicos y de investigación (Connor & Davidson, 2003; Jorgensen & Seedat, 2008; Yu & Zang, 2007; Yu, Lau, Mak, Zhang, Lui & Zhang, 2010; Lamond et al., 2009; Baek, Lee, Joo, Lee & Choi, 2010; Sexton, Byrd & von Kluge, 2010; Karairmak, 2010; Gucciardi, Jackson, Coulter & Mallet, 2011). Además una versión corta de este instrumento ha sido validada en adultos jóvenes (Notario-Pacheco, Solera-Martínez, Serrano-Parra, Bartolomé-Gutiérrez, García-Campayo & Martínez-Vizcaíno, 2001).

Este estudio tuvo como objetivo evaluar las características psicométricas de la versión española del CD-RISC obtenida en una muestra de personas mayores no institucionalizadas, y comparar su estructura factorial con la que muestra la escala original.

## 2. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, multicéntrico, de validación de una escala, mediante un muestreo aleatorio simple. Se tomó como marco muestral el registro de las tarjetas sanitarias de cinco zonas básicas de salud, dos urbanas y tres rurales,

de la provincia de Cuenca, se seleccionaron a 300 personas de 60 a 75 años de edad, autónomas para las actividades de la vida cotidiana y sin deterioro cognitivo (test de Pfeiffer mayor de 8). A todas ellas se les convocó, mediante una carta en la que se les explicaban los objetivos del estudio, a una entrevista en su centro de salud. Finalmente se entrevistó a 168 personas que reunían los criterios de inclusión.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca. Tras informar a todos los sujetos de los objetivos del estudio se les solicitó el correspondiente consentimiento informado. Ninguno de los participantes abandonó la entrevista una vez iniciada, aunque verbalmente se les recordaba que podían hacerlo.

### 2.1. Instrumentos utilizados

Durante los meses de marzo a noviembre de 2009, cuatro entrevistadoras, previamente entrenadas, administraron a todas las personas incluidas en el estudio un cuestionario que además de las variables socio demográficas: edad, género, nivel de estudios (primarios, secundarios universitarios, estado civil (soltero, casado, separado, en pareja) suficientes ingresos (si/no), suficiente nivel de ahorro (si/no), vivienda en propiedad (si/no), satisfacción con la convivencia (si/no) y hospitalizaciones último año (si/no); incluía las siguientes escalas:

- Escala de resiliencia, CD-RISC (Connor & Davidson, 2003), consta de 25 ítems estructurados en una escala sumativa tipo Likert (0 en absoluto, 1 rara vez, 2 a veces, 3 a menudo y 4 casi siempre) que en su versión original se agrupa en cinco dimensiones. El rango de la escala va de 0 a 100, no tiene establecido un punto de corte, y a mayor puntuación mayor resiliencia. El cuestionario mostró buenas propiedades psicométricas en el estudio de validación en la población estadounidense (alfa de Cronbach de 0.89). Para definir la versión final de la escala se tuvo en cuenta la versión traducida al español que proporcionaron los autores de la original (Bobes, Bascaran, García-Portilla, Bousoño, Sáiz y Wallace, 2001), por lo que no fue necesaria la adaptación transcultural, aunque se realizó un pilotaje en 25 individuos de un Centro de Salud de Cuenca excluido del estudio.
- Versión española del Short Portable Mental Status Questionnaire de Pfeiffer (Pfeiffer, 1975), que se utilizó como test de screening de

deterioro cognitivo (García-Montalvo, Rodríguez y Ruipérez, 1992).

- Escala de Depresión Geriátrica (GDS) versión reducida (Yesavage et al. 1983), adaptada y validada al castellano (Martínez de la Iglesia, Onis, Dueñas, Albert, Aguado y Luque, 2002).
- Cuestionario genérico de salud SF-12v2 (12-Item Short Form Health Survey) (Ware, Kosinski & Keller, 1996), validada al castellano (en <http://iryss.imim.es/iryss/BiblioPRO.asp>).
- Escala Apoyo Social Percibido (MOS) (Sherbourne & Stewart, 1991), validada al castellano (Revilla, Luna del Castillo y Bailón, 2005).
- Escala de Estrés Percibido (PSS) (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983), validada en castellano (Remor, 2006).

### 2.2. Análisis de los datos

**Validez de constructo:** El análisis de componentes principales (ACP) nos permitió examinar el número de factores subyacentes en la escala, y si la estructura factorial coincidía con la de la versión original en población estadounidense. El test de esfericidad de Barlett y el índice KMO se utilizaron para valorar la adecuación de la solución factorial, y la rotación Varimax para mejorar la asignación de ítems a los diferentes factores.

Mediante análisis factorial confirmatorio (AFC), utilizando el método de máxima verosimilitud, se evaluó el ajuste de los modelos que el ACP sugería. Para la evaluación del ajuste de los modelos se utilizaron los siguientes índices: la función penalizadora ( $\chi^2/gf$ ), que es indicativa de buen ajuste con valores menores que 3; el CFI (Comparative Fit Index), con rango de 0-1, y cuyo valor mínimo de buen ajuste es de 0,90; y por último, el índice SRMR (Standardized Root Mean Square Residual), que indica buen ajuste con valores inferiores a 0,08. Para probar la solidez de la solución factorial de la escala dividimos la muestra aleatoriamente en dos submuestras, y realizamos el AFC en las dos submuestras.

**Consistencia interna:** Para el análisis de la consistencia interna de las variables latentes o dimensiones de la escala se utilizó el coeficiente de Alfa de Cronbach.

Para evaluar las correlaciones entre las dimensiones se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson.

**Validez convergente:** La puntuación de los 17 ítems del CD-RISC se clasificó como baja resiliencia (primer cuartil), resiliencia moderada (segundo y tercer cuartil) y alta resiliencia (cuarto cuartil). Teniendo en cuenta que los más altos niveles de resiliencia se asocian con mejores condiciones de salud mental (Hardy et al., 2004; Leipold & Greve, 2009; Baek et al., 2010) y que ciertos problemas mentales como depresión y una alta percepción de estrés se asocian a menor resiliencia (Connor & Davidson, 2003; Hardy et al., 2004), se analizó la validez convergente de la escala en modelos ANCOVA, por sexo, utilizando las medias de PSS, GDS, MOS y MCS como variables dependientes, las categorías del CD-RISC de 17 ítems como valores fijos y la edad como covariable. Todos los análisis se realizaron con los paquetes estadísticos IBM SPSS 19 y AMOS 19.

### 3. RESULTADOS

La media de edad fue de 67,15 (DE=7,55), de éstos 58 eran hombres (media=67,78; DE=4,7) y 110 mujeres (media=66; DE=10,4). El nivel de estudios era bajo (un 81% tenía estudios primarios), la mayoría estaban casados (un 84,5% en hombres y un 68,2% en mujeres) con percepción de buenas o muy buenas relaciones de pareja tanto en hombres como en mujeres. La mayoría de los hombres (80%) y de las mujeres (77%) referían estar satisfechos con su nivel de ingresos. Las características sociodemográficas de la muestra se presentan en la Tabla 1.

**Validez de constructo:** Cinco factores mostraron un autovalor superior a 1 en el ACP y explicaban un 51,34% de la varianza total. Tras el análisis del gráfico de sedimentación (figura 1) y de la solución rotada se consideró adecuado forzar a tres el número de factores. La solución factorial forzada a tres factores explicaba el 40,87% de la varianza total. Los ítems 9, 15 y 20 (factor 1), los ítems 3, 8 y 25 (factor 2) y los ítems 1 y 18 (factor 3) se consideraron para su eliminación por presentar un valor bajo de saturación y una contribución escasa a la fiabilidad de los componentes.

Una vez eliminados estos ítems aumentó la varianza explicada hasta el 51,96%, superior a la del modelo completo. Las soluciones factoriales rotadas conformaron una estructura bien definida y sin solapamientos. La Tabla 2 muestra los ítems de la escala con sus respectivos pesos factoriales. Los ítems correspondientes al primer factor los encuadramos en la dimensión "Tenacidad - Autoeficacia", los correspondientes al segundo factor en la dimensión "Control personal", y los del tercer factor en la dimensión "Competencia social".

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de la muestra (%)

	Hombres (n = 58)	Mujeres (n = 110)
<b>Género</b>	34,5	65,5
<b>Edad<sup>1</sup></b>	68,3 ( 4,7)	66,0 (10,4)
<b>Nivel de estudios</b>		
Primarios	81	81,8
Secundarios	12,1	12,7
Universitarios	6,9	5,5
<b>Estado Civil</b>		
Soltero	3,4	14,5
Casado	84,5	68,2
Separado	1,7	1,8
Viudo	10,3	12,7
En pareja	-	2,7
<b>Suficientes ingresos</b>	86,2	77,3
<b>Suficiente nivel ahorro</b>	75,9	74,5
<b>Vivienda en propiedad</b>	91,4	96,4
<b>Satisfacción con la convivencia</b>		
Muy buena	49	47,6
Buena	42,9	42,9
Regular	6,1	6
Mala	2	1,2
<b>Hospitalizaciones último año</b>	12,3	17,4

La figura 2 presenta el modelo de solución con tres factores que se testó mediante AFC. El modelo presentó un buen ajuste ( $\chi^2=198$ ,  $df=116$ ,  $p<0,001$ ; CFI=0,902; SRMR=0,062) y ninguno de los ítems mostró un peso factorial inferior a 0.3. Cuando dividimos la muestra en dos submuestras al azar, los resultados del CFA no mostraron diferencias significativas entre grupos.

**Análisis de fiabilidad:** El coeficiente alfa de Cronbach mostró un valor de 0,79 para las dimensiones "Tenacidad - Autoeficacia" y "Control personal", y de 0,56 "Competencia social".

**Validez convergente:** Las diferencias de la puntuación media en las escalas PSS, GDS, MOS y MCS por categorías de resiliencia, controlando por edad, por sexo, se muestran en la tabla 3. Una mayor percepción de estrés y mayor presencia de sintomatología depresiva se asociaron significativamente con un menor nivel de resiliencia. Por otro lado una mayor percepción de apoyo social y mejor percepción de salud mental se asociaron significativamente con más altos niveles de resiliencia. Los análisis se realizaron diferenciados por sexo y en ambas muestras se encontraron resultados similares. El porcentaje de varianza explicado, medido por el estadístico  $\eta^2$ , para la muestra total mostró valores entre el 11% para el componente mental del SF-12 y el 20% para la GDS.

Figura 1. Gráfico de sedimentación

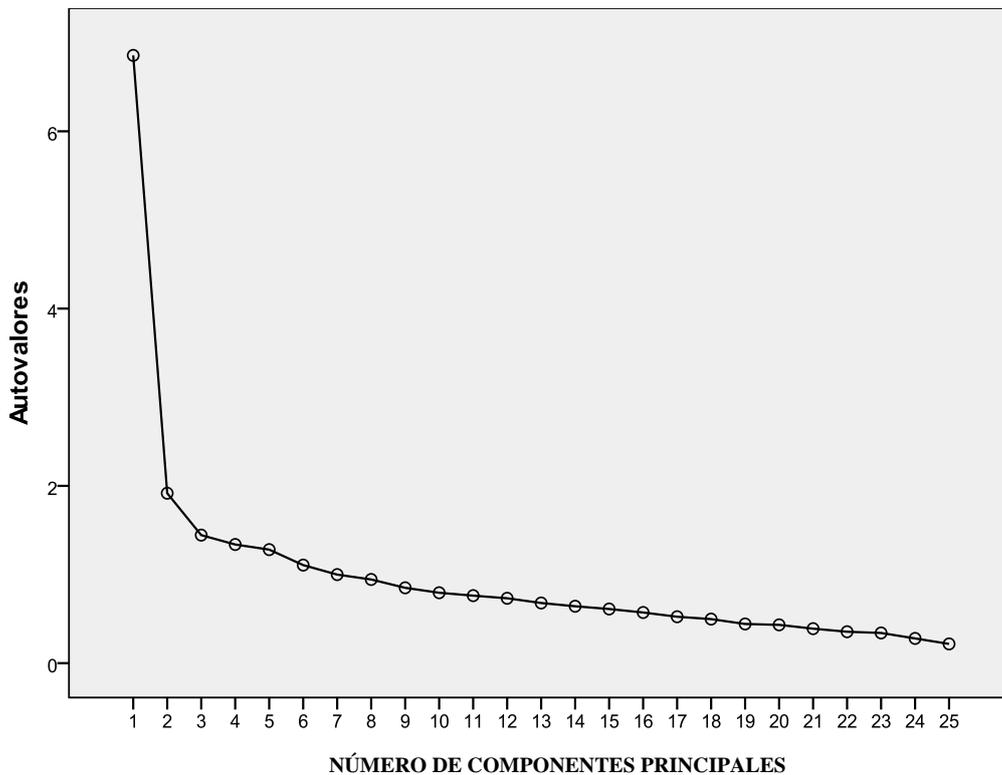


Tabla 2. Distribución de los ítems en factores de acuerdo a sus cargas factoriales

Ítems	Tenacidad y autoeficacia	Control Personal	Competencia Social
7. Enfrentarme a las dificultades puede hacerme más fuerte	<b>0,707</b>	0,131	0,097
12. No me doy por vencido a pesar de que las cosas no parezcan tener solución	<b>0,701</b>	0,116	0,071
10. Siempre me esfuerzo sin importar cuál pueda ser el resultado	<b>0,7</b>	0,057	0,072
16. No me desanimo fácilmente con el fracaso	<b>0,63</b>	0,301	-0,217
24. Trabajo para conseguir mis objetivos sin importarme las dificultades que encuentro en el camino	<b>0,617</b>	0,444	0,021
23. Me gustan los retos	<b>0,605</b>	0,108	0,191
11. Creo que puedo lograr mis objetivos incluso si hay obstáculos	<b>0,603</b>	0,423	0,072
5. Los éxitos del pasado me dan confianza para enfrentarme con nuevos retos y dificultades	<b>0,493</b>	0,375	0,402
21. Tengo muy claro lo que quiero en la vida	0,012	<b>0,759</b>	-0,062
14. Bajo presión me centro y pienso claramente	0,295	<b>0,633</b>	0,206
4. Puedo enfrentarme a cualquier cosa que se me presente	0,139	<b>0,617</b>	0,104
19. Soy capaz de manejar sentimientos desagradables y dolorosos como tristeza amor y enfado	0,238	<b>0,612</b>	0,192
22. Siento que controlo mi vida	0,392	<b>0,583</b>	-0,066
6. Intento ver el lado divertido de las cosas cuando me enfrento con problemas	0,115	<b>0,56</b>	0,394
17. Creo que soy una persona fuerte cuando me enfrento a los retos y dificultades de la vida	0,452	<b>0,455</b>	-0,119
2. Tengo al menos una relación íntima y segura que me ayuda cuando estoy angustiado	0,073	-0,029	<b>0,798</b>
13. Durante los momentos de angustia, se dónde puedo buscar ayuda	0,022	0,181	<b>0,735</b>

Figura 2. Modelo con solución de tres factores testado mediante AFC

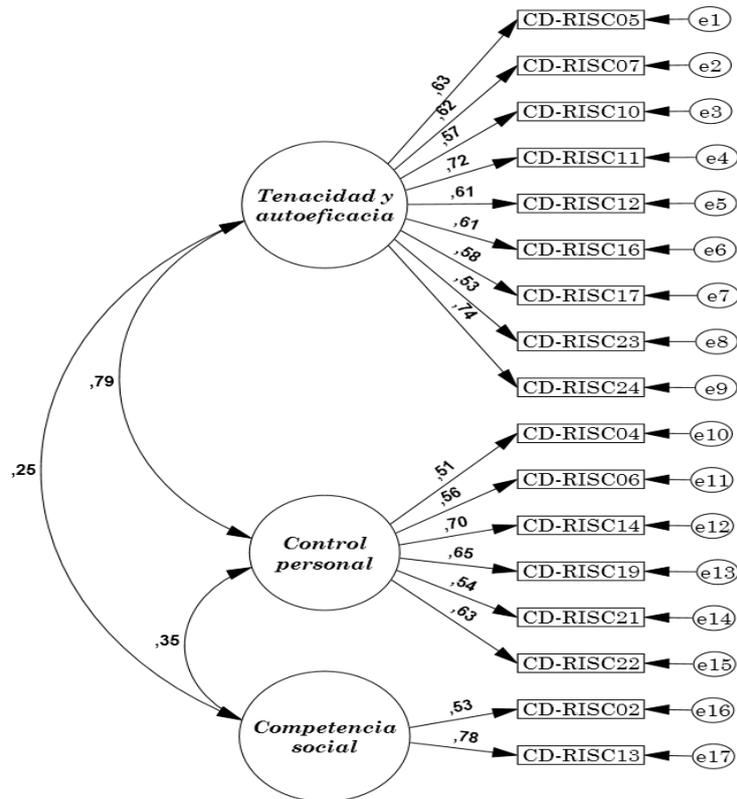


Tabla 3. Media (DE) de las puntuaciones de la escala de estrés percibido (PSS), la escala de depresión geriátrica (GDS), la escala de apoyo social (MOS) y del componente mental del SF-12 (MCS) por categorías de resiliencia, en modelos de ANCOVA controlando por edad, por sexo

		Resiliencia <sup>a</sup>						
	Escalas	Baja	Moderada	Alta	Total	P	Eta <sup>2</sup>	
Mujeres	PSS	24,68 (8,21)	18,21 (7,21)	15,63 (8,70)	18,98(8,46)	<0,001	0,153	
	GDS	5,88 (2,42)	2,41 (1,93)	2,50 (2,31)	3,22 (2,57)	< 0,001	0,318	
	MOS	68,20 (14,64)	84,18 (10,54)	86,60 (11,34)	81,18(13,72)	< 0,001	0,259	
	MCS	44,35 (12,05)	53,41 (9,42)	53,22 (9,41)	51,28(10,68)	0,001	0,142	
Hombres	PSS	20,21 (8,02)	16,89 (7,99)	12,66 (9,01)	16,60 (8,56)	0,055	0,135	
	GDS	3,75 (2,19)	2,89 (2,83)	1,33 (1,29)	2,70 (2,49)	0,023	0,163	
	MOS	80,57 (11,90)	81,15 (15,58)	91,73 (6,06)	84,08 (13,47)	0,035	0,146	
	MCS	46,67 (8,47)	53,16 (9,10)	58,57 (7,71)	53,21 (9,04)	0,018	0,179	
Total	PSS	23,07 (8,32)	17,76 (7,46)	14,64 (8,81)	18,16(8,54)	<0,001	0,122	
	GDS	5,12 (2,19)	2,58 (2,27)	2,11 (2,09)	3,04 (2,55)	< 0,001	0,204	
	MOS	72,74 (14,89)	83,31 (12,50)	88,31 (10,12)	82,19(13,67)	< 0,001	0,163	
	MCS	46,26 (11,08)	52,97 (9,28)	55 (9,07)	51,95(10,15)	< 0,001	0,106	

<sup>a</sup>Medida mediante el CD-RISC 17-ítems. Baja (menor del percentil 25), media (percentiles 25-75) y alta (mayor del percentil 75).

#### 4. DISCUSIÓN

La escala CD-RISC en su versión en castellano no muestra la misma estructura factorial en los mayores de 60 a 75 años que la versión original en inglés. Por ello con los datos de nuestro estudio parece más apropiado una versión en castellano del CD-RISC de 17 ítems distribuidos en tres dimensiones. Esta escala muestra propiedades psicométricas aceptables, y los indicadores de bondad de ajuste del AFC verifican la validez de constructo de la estructura en tres dimensiones. Además, esta nueva versión evidenciaba adecuada validez convergente: las personas con menor resiliencia presentaron peor tolerancia al estrés y peor estado de ánimo, mientras que las personas con mayor nivel de resiliencia presentaron mejor percepción de apoyo social y de salud mental.

Diversos estudios han examinado las propiedades psicométricas del CD-RISC original (Connor & Davidson, 2003; Jorgensen & Seedat, 2008; Yu & Zang, 2007; Yu et al., 2010; Lamond et al., 2009; Baek et al., 2010; Sexton et al., 2010; Karairmak, 2010; Gucciardi et al., 2011), y todos ellos evidencian propiedades psicométricas aceptables. Sin embargo, como ocurre en nuestro caso, muy pocos apoyan el modelo factorial de cinco dimensiones de la escala original. De hecho, algunos autores (Campbell-Sills & Stein, 2007), señalan que dada la inestabilidad de la escala en cuanto a su estructura multidimensional se haría necesario realizar nuevos estudios para un re-análisis que afianzara dicha estructura. La razón de esta aparente inestabilidad en la estructura de la escala CD-RISC podría hallarse en la variabilidad del constructo resiliencia según contexto, edad, género y origen cultural (Bonanno, 2004); pero también, se podría atribuir a que la escala mide, tanto las características que podrían facilitar la resiliencia, como el despliegue de respuestas adaptativas en situaciones adversas, lo que constituiría en sí mismo la resiliencia (Mancini & Bonanno, 2010).

Los resultados de nuestra adaptación parecen lógicos para la población de estudio, ya que se mantienen los ítems que conforman el modelo de adaptación positiva como autoeficacia, sensación de control y apoyo social y que constituyen los rasgos esenciales de las personas consideradas resilientes (Connor & Davidson, 2003).

Tras un proceso de validación semejante, otro estudio (Campbell-Sills & Stein, 2007) propuso una escala de 10 ítems y una sola dimensión, que ha tenido un importante impacto en la investigación en resiliencia, pero con una debilidad importante que no ocurre en nuestro caso: se eliminó la autoeficacia,

dimensión de extraordinaria importancia en el constructo resiliencia (Luthar & Cicchetti, 2000) ya que se considera un elemento mediador en los procesos de recuperación tras diversos tipos de daño que puede ayudar a los mayores a mantener la seguridad ante situaciones adversas, permitiendo una mejor adaptación a los desafíos de la vejez (Ebner et al., 2006). En nuestra propuesta la dimensión "Tenacidad - Autoeficacia" explica una gran parte de la varianza e incluye la mayoría de los elementos de la dimensión "Competencia Personal, Criterios elevados y Tenacidad" en la escala original.

Los ítems de la dimensión "Control Personal", no provienen de un solo factor de la escala original, y hacen referencia a poseer, tanto objetivos claros como una elevada percepción de autocontrol cognitivo y emocional. La percepción de control y la capacidad de autorregulación de pensamientos y emociones son buenos predictores de salud física y psicológica y generan, además, comportamientos de autocuidado y una adecuada utilización de los servicios de salud (Skaff, Mullan, Fisher & Chesla, 2003).

La Competencia Social, tercera dimensión, a pesar de incluir sólo dos ítems, se ha considerado su introducción porque consideramos que favorece la resiliencia al contribuir a modular emociones negativas siendo un factor protector frente a los estímulos estresores (Hardy et al., 2004; Hildon et al., 2010; Netuveli & Blane, 2008). Pero además, las redes sociales de apoyo permiten optimizar los recursos y generar un sistema de resiliencia personal, familiar y/o comunitario, que puede proporcionar la capacidad de gestionar y compartir la experiencia acumulada en momentos de adversidad (Masten, 2007).

Nuestro estudio tiene diversas limitaciones. En primer lugar es un estudio transversal y, por tanto, no es posible probar la validez predictiva de la escala que proponemos, y solamente un estudio longitudinal nos permitirá conocer si las personas con características resilientes serían más capaces de afrontar acontecimientos adversos que las que no lo son. Por otra parte, al tratarse de una población de edad avanzada, presumiblemente los participantes de nuestro estudio ya han sobrevivido a acontecimientos adversos en su persona o en su entorno próximo, y por tanto arrastran un pasado de personas resilientes. Se trataría pues de un posible sesgo de selección, y solamente la evaluación de las propiedades psicométricas de este instrumento en personas de diferentes tramos de edad (adolescentes, adultos jóvenes y ancianos) podría confirmar la validez predictiva de esta escala en otro

tipo de población. Por último, somos conscientes de que una vez que la adaptación al castellano de un instrumento no mantiene la misma configuración que la escala original, el proceso de validación requiere nuevos estudios que confirmen la estructura que se propone para la versión adaptada, tanto en población de otros ámbitos como en población de otros grupos de edad, o en poblaciones específicas que hayan sufrido algún evento que haya puesto a prueba su nivel de resiliencia (traumas, enfermedades, etc.).

Como conclusión la versión española del CD-RISC, con 17 ítems configurados en tres dimensiones, tiene características psicométricas suficientes para pensar que es adecuada para medir resiliencia en adultos mayores.

Consideramos que este instrumento, breve y fácil de aplicar, puede ser utilizado en ambientes clínicos y de investigación para evaluar los niveles de resiliencia en adultos mayores evaluando los cambios que se producen en el ámbito de la adaptación explorando las cualidades de resiliencia. Al centrar la atención en las cualidades positivas de los individuos mayores se ayuda a potenciar sus fortalezas y a la disminución de sus problemas.

Una segunda utilidad de la escala se podría dirigir a diseñar estrategias para enseñar a los mayores a afrontar el estrés, o también como una herramienta para detectar individuos de alto riesgo. En algunos estudios la resiliencia ha sido considerada como factor de protección contra el síndrome de estrés postraumático, la depresión o la ansiedad (Connor & Davidson, 2003).

La tercera aplicación de la escala se podría dirigir a medir la efectividad de las intervenciones señaladas anteriormente y a potenciar la resiliencia mediante programas de intervención comunitaria o atención individual o grupal.

En cuarto y último lugar esta escala sería útil como herramienta para facilitar el diagnóstico y la evaluación del tratamiento psicosocial en problemas de salud mental. Las intervenciones psicosociales suponen el mayor porcentaje de la asistencia, su aplicación en los espacios sociosanitarios puede producir un gran impacto en la mejora de la salud mental de las personas mayores.

Como propuesta global nos parece necesario continuar realizando investigaciones y rediseñar nuevos estudios psicométricos en diferentes poblaciones y contextos, con el fin de ir verificando los resultados.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

- Ahmed, A.S. (2007). Post-traumatic stress disorder, resilience and vulnerability. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 369-375.
- Baek, H.S., Lee, K.U., Joo, E.J., Lee, M.Y. & Choi, K.S. (2010). Reliability and Validity of the Korean Version of the Connor-Davidson Resilience Scale. *Psychiatry Investigation*, 7, 109-15.
- Bobes, J., Bascaran, M.T., García-Portilla, M.P., Bousoño, M., Sáiz, P.A. y Wallance, D.H. (2001). *Banco de instrumentos básicos de psiquiatría clínica*. Barcelona: Psiquiatría ED.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20-8.
- Campbell-Sills L. & Stein M.B. (2007). Psychometric Analysis and Refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-Item Measure of Resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 1019-28.
- Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 386-96.
- Connor, K.M. & Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la Salud*. Barcelona: Instituto Municipal de Investigación Médica. Recuperado de <http://iryss.imim.es/iryss/BiblioPRO.asp>.
- Ebner, N.C., Freund, A.M. & Baltes, P.B. (2006). Developmental changes in personal goal orientation from young to late adulthood: From striving for gains to maintenance and prevention of losses. *Psychology and Aging*, 21, 664-78.
- Friedli, L. (2009). *Mental health, resilience and inequalities*. Denmark: WorldHealthOrganization.
- García-Montalvo, J.I., Rodríguez, L. y Ruipérez, I. (1992). Validación del cuestionario de Pfeiffer y la escala de incapacidad mental de la Cruz Roja en la detección del deterioro mental en los pacientes externos de un servicio de geriatría. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 27, 129-33.
- Garnezy, N. y Masten, A. S. (1986). Stress, competence and resilience: Common frontiers for therapist and psychologist. *Behaviour Therapy*, 17, 500-521.
- Gucciardi, D.F., Jackson, B., Coulter, T.J. & Mallet, C.J. (2011). The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Dimensionality and age-related measurement invariance with Australian cricketers. *Psychology of Sport and Exercise*, 12(4), 423-433.
- Hardy, S., Concato, J. & Gill, T.M. (2004). Resilience of community-dwelling older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 257-62.
- Hildon, Z., Montgomery, S.M., Blane, D. Wiggins, R.D. & Netuveli, G. (2010). Examining Resilience of Quality of Life in the Face of Health-Related and Psychosocial Adversity at Older Ages: What is

- "Right" About the Way We Age? *The Gerontologist*, 50, 36-47.
- Jorgensen, I.E. & Seedat, S. (2008). Factor structure of the Connor–Davidson resilience scale in South African adolescents. *International Journal of Adolescent Medicine Health*, 20, 23–32.
- Karairmak, O. (2010). Establishing the psychometric qualities of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) using exploratory and confirmatory factor analysis in a trauma survivor sample. *Psychiatry Research*, 179, 350-56.
- Lamond, A.J., Depp, C.A., Allison, M., Langer, R., Reichstadt, J., Moore, D.J.,...Jeste, D.V. (2009). Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 148-54.
- Leipold, B. & Greve, W. (2009). Resilience a conceptual bridge between coping and development. *European Psychologist*, 14, 40-50.
- Luthar, S.S. & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12, 857-85.
- Maddi, S.R. & Khoshaba, D.M. (1984). Hardiness and mental. *Journal of Assessment*, 63, 265-274.
- Mancini, A. & Bonanno, G. (2010). Resilience to potential trauma: Towards a lifespan approach. In Reich, J., Zautra, A & Hall, J. (Ed.), *Handbook of Adult Resilience* (pp.258-80). New York: Guilford Press.
- Martínez de la Iglesia, J., Onís, M.C., Dueñas, R., Albert, C., Aguado, C. & Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113157682002001000003&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113157682002001000003&lng=es&nrm=iso). doi: 10.4321/S1131-57682002001000003.
- Masten, A.S. (2007). Resilience in developing systems: progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 19, 921-30.
- Netuveli, G. & Blane, D. (2008). Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin*, 85, 113-126.
- Newman, R. (2005). APA's resilience initiative. *Professional Psychology-Research and Practice*, 36, 227-9.
- Notario-Pacheco, B., Solera-Martínez, M., Serrano-Parra, M.D., Bartolomé-Gutiérrez, R., García -Campayo, J. & Martínez- Vizcaíno, V. (2011). Reliability and validity of the Spanish version of the 10 item Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CD-RISC) in Young adults. *Health Qual Life Outcomes*, 9, 63-8.
- Ong, A.D., Bergeman, C.S. & Boker, S.M. (2009). Resilience comes of Age: Defining Features in Later Adulthood. *Journal of Personality*, 77, 1777-1804.
- Pfeiffer, E. A. (1975). Short Portable Mental Status Questionnaire For The Assessment Of Organic Brain Deficit In Elderly Patients. *Journal of the American Geriatric Society*, 23, 433-41.
- Remor, E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *Spanish Journal of Psychology*, 9, 86-93.
- Revilla, L., Luna del Castillo, J., Bailón, E. y Medina, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social. *Medicina Familiar*, 6, 10-8.
- Seligman, M. (1975). *Helplessness: On development, depression and death*. San Francisco: Freeman. (Traducción al castellano: Indefensión. Debate, Madrid, 1981).
- Sexton, M.B., Byrd, M.R. & Von Kluge, S. (2010). Measuring resilience in women experiencing infertility using the CD-RISC: Examining infertility-related stress, general distress, and coping styles. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 236-41.
- Sherbourne, C.D. & Stewart, A.L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*, 32, 705-12.
- Skaff, M.M., Mullan, J.T., Fisher, L. & Chesla, C.A. (2003). A contextual model of mastery beliefs, behavior, and health: Latino and European Americans with type 2 diabetes. *Psychology and Health*, 18, 234-42.
- Sojo, V. & Guarino, L. (2011). Mediated Moderation or Moderated Mediation: Relationship between Length of Unemployment, Resilience Coping and Health. *Spanish Journal of Psychology*, 14(1), 272-281.
- Ware, J., Kosinski, M. & Keller, S.D.A. (1996). 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34, 220–33.
- Windle, G., Bennet, K.M. & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 8-63. doi: 10.1186/1477-7525-9-8.
- Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. & Leier, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression rating scale: a preliminary report. *J Psychiatric Research*, 17, 37-49.
- Yu, X., Lau, J.T.F., Mak, W.W.S., Zhang, J., Lui, W.W.S. & Zhang, J. (2010). Factor Structure and Psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale among Chinese Adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 218-24.
- Yu, X. & Zhang, J. (2007). Factor analysis and psychometric evaluation of the Connor–Davidson resilience-scale (CD-RISC). *Social Behavior and Personality*, 35, 19–30.