

Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos

Stefano Vinaccia^{1*}, Japcy Margarita Quiceno¹, Eduardo Remor²

¹ Universidad de San Buenaventura, sede Bogotá (Colombia)

² Universidad Autónoma de Madrid (España)

Resumen: El objetivo del estudio fue relacionar la resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso sobre la calidad de vida relacionada con la salud en 121 pacientes de la ciudad de Medellín (Colombia) con diagnóstico de insuficiencia renal crónica (n=40), artritis reumatoide (n=41) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (n=40). Instrumentos: escala de resiliencia (RS), escala de resiliencia breve CD-RISC2, cuestionario breve de percepción de enfermedad (IPQ-B), inventario de sistema de creencias (SBI-15R), escala estrategias de afrontamiento espirituales (SCS) y cuestionario de Salud MOS SF-36. Los resultados del análisis de regresión lineal múltiple indicaron que las consecuencias y respuesta emocional tuvieron un peso negativo sobre el índice de salud mental, y que la competencia personal, años de estudios y afrontamiento no religioso tuvieron un peso positivo. Y, las consecuencias, edad y tiempo de diagnóstico de la enfermedad tuvieron un peso negativo sobre el índice de salud física. En conclusión, la CVRS se ve más afectada por las consecuencias, mientras que los años de estudios, el tener mayor tiempo de diagnóstico y más edad la favorecen. Finalmente las creencias/prácticas y el afrontamiento espiritual-religioso no tienen un peso significativo sobre la CVRS.

Palabras clave: resiliencia; percepción de enfermedad; creencias y afrontamiento espiritual-religioso; calidad de vida relacionada con la salud; enfermedad crónica.

Title: Resilience, illness perception of disease, beliefs and spiritual-religious coping in relation to the health-related quality of life in chronic colombian patients.

Abstract: The aim of this study was to evaluate the resilience, illness perception, beliefs and spiritual-religious coping above health-related quality of life in 121 patients from Medellín (Colombia) with chronic kidney disease (n = 40), rheumatoid arthritis (n = 41) and chronic obstructive pulmonary disease (n = 40). Instruments: resilience scale RS, the Connor-Davidson resilience scale CD-RISC2, the brief illness perception questionnaire IPQ-B, systems of beliefs inventory SBI-15R, spiritual coping scale SCS and medical outcomes study short form 36 items MOS SF-36. The results of multiple linear regression analysis indicated that the consequences and emotional response of illness perception had a negative weight on the mental health index, and personal competence -RS, years of study and non-religious coping had a positive weight. And the consequences -IPQ-B, age and time of diagnosis of the disease had a negative weight above physical health index. Conclusion, HRQOL is more affected by the consequences, while that the years of schooling, more diagnosis time and years older favor it. Finally beliefs/practices and the spiritual-religious coping are not significant above HRQL.

Key words: resilience; illness perception; beliefs and spiritual-religious coping; health-related quality of life; chronic illness.

Introducción

La población humana está envejeciendo y según las proyecciones de la ONU, a mediados del presente siglo el número de personas ancianas en el mundo superará el número de jóvenes, por primera vez en la historia. Esta tendencia se originó durante la primera mitad del siglo XX. En el año 2002, la 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana reconoció que las enfermedades crónicas no transmisibles son la causa principal de muerte prematura y morbilidad en América Latina y el Caribe (CEPAL, 2003; Peláez y Vega, 2006).

A medida que la población humana envejece estará por lo tanto expuesta a situaciones amenazadoras para su vida lo que puede afectar de manera directa o indirecta la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Ahora bien, algunas personas pueden experimentar un profundo dolor frente al cual no logran recuperarse mientras otras sufren menos intensamente por un periodo más breve, otras parecen recuperarse rápidamente pero terminan presentando problemas de salud, dificultad psicosociales y disminución de bienestar psicológico. A pesar de esto muchas personas logran soportar adecuadamente problemas asociados a una enfermedad o un evento traumático o pérdida sin alteraciones en sus capacidades (Bonanno, 2004). Lo anterior puede deberse a un

constructo denominado resiliencia, que es la capacidad de una persona de ser inmune y adaptarse al estrés, lo cual le permite desarrollarse como individuo, a pesar de experiencias de vida infelices (Rew, Taylor-Seehafer, Thomas & Yockey, 2001).

Al respecto se han desarrollado en los últimos 20 años estudios empíricos sobre la influencia favorable de la resiliencia en la recuperación de las enfermedades crónicas, véase dolor crónico (Ong, Zautra & Reid, 2010; Sturgeon & Zautra, 2010; Zautra, Johnson & Davis, 2005), VIH/Sida (Bletzer, 2007; Moskowitz, 2010), esclerosis múltiple (Rabkin, Wagner & Del Bene, 2000), artritis reumatoide (Strand et al., 2006; Girtler et al., 2010), enfermedades reumáticas (Evers, Zautra & Thieme, 2011), fatiga en pacientes con cáncer sometidos a radioterapia (Strauss et al., 2007), cáncer de ovario (Wenzel et al., 2002), insuficiencia renal crónica (White, Driver & Warren, 2008), lesiones en la médula espinal (Catalano, Chan, Wilson, Chiu & Muller, 2011), tartamudez crónica (Craig, Blumgart & Tran, 2011). Más recientemente Stewart y Yuen (2011) y Trivedi, Bosworth y Jackson (2011) han desarrollado revisiones sistemáticas de literatura sobre el peso de la resiliencia sobre las enfermedades crónicas planteando un aumento exponencial año tras año de estos estudios sobre todo en países anglosajones.

Por otro lado, en los últimos 50 años se han venido realizando un sinnúmero de investigaciones donde se ha estudiado la relevancia de las creencias y el afrontamiento espiri-

* Dirección para correspondencia [Correspondence address]: Stefano Vinaccia. E-mail: vinalpi47@hotmail.com

tual-religioso tanto a nivel de la salud física como mental (Moreira-Almeida, Lotufo & Koenig, 2006). Estos dos constructos han sido estudiados especialmente en enfermedades crónicas como: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, diabetes, insuficiencia renal crónica, artritis reumatoide, fibromialgia, esclerosis múltiple, dolor lumbar y crónico, migraña, VIH/Sida, enfermedad coronaria, infarto al miocardio, hipertensión, colón irritable, cánceres de pulmón, próstata, mama, colo-rectal y cuello (Baldacchino, 2002; Becker et al., 2006; Büssing, Ostermann & Koenig, 2007; Kaye & Raghavan, 2002).

Igualmente hay algunos estudios que hacen referencia a las creencias y al afrontamiento espiritual-religioso como variables que promueven la CVRS en diferentes tipos de enfermedades crónicas como: cáncer (Holland et al., 1998), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Delgado, 2007), insuficiencia renal crónica (Patel, Shah, Peterson & Kimmel, 2002), artritis reumatoide (Bartlett, Piedmont, Bilderback, Matsumoto & Bathon, 2003), esclerosis (Bremer, Simone, Walsh, Simmons & Felgoise, 2004), VIH/Sida (Bosworth, 2006), leucemia (Andrykowski et al., 2005), epilepsia (Giovagnoli, Meneses & Da Silva, 2006).

Por consiguiente, a la par con los estudios de CVRS y afrontamiento espiritual-religioso, particularmente en los últimos 10 años, se evidencia a nivel de la literatura investigaciones sobre percepción de enfermedad. La mayoría de los estudios han sido desarrollados a partir del "Illness Perception Questionnaire" donde se ha evaluado su relación especialmente con CVRS en pacientes con enfermedades crónicas como: insuficiencia renal crónica (Fowler & Baas, 2006), osteoartritis (Botha-Scheepers et al., 2006), neuropatía periférica diabética (Vileikyte et al., 2006), cáncer de cabeza y cuello (Scharloo et al., 2005), VIH (Henderson, Safa, Easterbrook & Hotopf, 2005).

De acuerdo a las proyecciones epidemiológicas sobre la alta prevalencia de las enfermedades crónicas por un lado, y en consideración al impacto positivo que han tenido las creencias y el afrontamiento espiritual-religioso sobre la CVRS, la percepción de la enfermedad sobre la CVRS y la resiliencia sobre la CVRS en otras investigaciones en el mundo planteadas, como la escasez de estudios empíricos en Hispanoamérica desde el ámbito de la psicología de la salud se pretendió por tanto en este estudio analizar y comparar la relación que tienen la resiliencia, la percepción de enfermedad, las creencias y el afrontamiento espiritual-religioso y las características sociodemográficas y clínicas sobre la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos.

Método

Participantes

Participaron en este estudio 121 personas escogidas mediante muestreo no aleatorio de sujetos disponibles quienes fueron divididos en tres grupos en relación al tipo de enfer-

medad: 40 con insuficiencia renal crónica (IRC) sometidos a hemodiálisis en el Instituto Clínica del Riñón de Medellín de Fresenius Medical Care de Colombia, diagnosticados según los criterios de Lameire, Van Biesen y Vanholder (2005); 41 con artritis reumatoide (AR) de la Fundación para el Paciente con Artritis Reumatoide (FUNPAR) de Medellín diagnosticados según los criterios de Arnett et al. (1988); y 40 con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) hospitalizados en el Hospital General de Medellín, Luz Castro de Gutiérrez diagnosticados según los criterios de Dewar y Curry (2006).

Instrumentos

Entre corchetes se indica el alfa de Cronbach de los diferentes instrumentos psicométricos utilizados en la muestra total del estudio.

Cuestionario de Percepción de Enfermedad -IPQ-B: desarrollado originalmente por Broadbent, Petrie, Main y Weinman (2006). Comprende 8 ítems que equivalen cada uno a una dimensión, es por tanto que no se hace referencia al alfa de Cronbach. Dimensiones: *consecuencias, duración, control personal, control del tratamiento, identidad, preocupación, respuesta emocional y comprensión de la enfermedad*. El sistema de respuesta es tipo Likert que va de 0 a 10 puntos. Tiene además una pregunta abierta ordinal (ítem No. 9) que hace relación a los factores que considera la persona que causaron su enfermedad.

Escala de Resiliencia -RS: desarrollado inicialmente por Wagnild y Young (1993) en Estados Unidos. La versión en idioma español fue desarrollada por Heilemann, Lee y Kury (2003). La escala consta de 25 ítems con un sistema de respuesta tipo Likert que va de 1 a 7 puntos. Comprende dos dimensiones: *competencia personal* con 17 ítems ($\alpha = .88$) y *aceptación de sí mismo y de la vida* con 8 ítems ($\alpha = .81$), y una escala total ($\alpha = .92$). A mayor puntuación mayores niveles de resiliencia.

Escala de Resiliencia Breve -CD-RISC2: desarrollada por Vaishnavi, Connor y Davidson (2007) derivada de la escala de resiliencia CD-RISC de Connor y Davidson (2003) de la cual se cuenta con una versión en idioma español (Menezes de Lucena, Fernández, Hernández, Ramos y Contador, 2006). La escala consta de 2 ítems y una sola dimensión con un sistema de respuesta tipo Likert que va de 0 ("nada de acuerdo") a 4 ("totalmente de acuerdo"). A mayor puntuación mayores niveles de resiliencia ($\alpha = .75$).

Inventario de Sistema de Creencias -SBI-15R: desarrollado por Holland et al. (1998) en Estados Unidos. La versión en español fue desarrollada por Almanza, Monroy, Bimbela, Payne y Holland (2000). Comprende 15 ítems con un sistema de respuesta tipo Likert que va de 0 a 3 puntos divididos en dos factores: el factor I mide *creencias y prácticas religiosas y espirituales* (CPRE) con 10 ítems ($\alpha = .86$), el rango total es de 0 a 30 puntos; y el factor II mide el *apoyo social religioso*, derivado de la comunidad que comparte esas creencias (SSR) con 5 ítems ($\alpha = .86$), el rango total es de 0 a 15 pun-

tos. Por último, las puntuaciones globales del inventario comprenden un rango de 0 a 45 puntos. A mayor puntuación mejor convicción de las creencias y prácticas religiosas y espirituales y soporte social religioso (α total = .89).

Escala de Estrategias de Afrontamiento Espirituales -SCS: desarrollada en Inglaterra por Baldacchino y Buhagiar (2003). Consta de 20 ítems con un sistema de respuesta Likert que va de 0 (Nunca), 1 (Algunas veces), 2 (A veces) a 3 (A menudo). Comprende dos factores: Factor I mide *estrategias de afrontamiento religioso* (9 ítems, α = .77), y el factor II mide *estrategias de afrontamiento no religioso* (11 ítems, α = .70).

A mayor puntuación un mejor afrontamiento espiritual religioso o no religioso.

Cuestionario de Salud MOS SF-36: los autores de la versión 1 en español son Alonso, Prieto y Antó (1995) y Alonso, et al. (1998). Comprende 36 ítems con sistema de respuesta tipo Likert y 8 dimensiones: *Función física* (α = .92); 2. *Rol físico* (α = .95); 3. *Dolor corporal* (α = .88); 4. *Salud general* (α = .90); 5. *Vitalidad* (α = .99); 6. *Función social* (α = .99); 7. *Rol emocional* (α = .85); y 8. *Salud mental* (α = .95). Por otro lado, el MOS SF-36 comprende dos índices sumarios: el índice de salud físico y el índice mental. A mayor puntuación mejor calidad de vida.

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes de IRC, AR y EPOC.

		IRC		AR		EPOC		χ^2	gl	p
		n=40	%	n=41	%	n=40	%			
Género	Femenino	15	37.5	39	95.1	22	55	30.340	2	.000
	Masculino	25	62.5	2	5	18	45			
Edad (años)	Media (DT)	51.3	(13.4)	57.4	(8.1)	68.9	(3.8)	35.100	2	.000
	Rango (Min-Max)	(22-78)		(32-69)		(42-86)				
Escolaridad (en años)	Media (DT)	8.5	5	9.7	5	3.8	2.7			
	Rango (Min-Max)	(1-20)		(1-18)		(1-11)				
Estado civil	Soltero	9	22.5	11	27.5	8	20	4.419	8	.817
	Casado	19	47.5	18	45	17	42.5			
	Separado/divorciado	6	15	6	15	6	15			
	Unión Libre	3	7.5	2	5	1	2.5			
	Viudo	3	7.5	4	10	8	20			
Con quien vive	Solo	1	2.5	5	12.5	2	5	7.554	4	.109
	Con familia	39	97.5	34	85	38	95			
	Con amigos	0	0	2	5	0	0			
Ocupación	Empleado	3	7.5	0	0	2	5	31.286	8	.000
	Trabajador independiente	8	20	4	10	1	2.5			
	Jubilado/pensionado	19	47.5	13	32.5	7	17.5			
	Desempleado	2	5	1	2.5	9	22.5			
	Ama de casa	8	20	23	57.5	21	52.5			
Estrato socioeconómico	Bajo (Nivel 1-2)	15	37.5	7	17.5	37	92.5	53.100	4	.000
	Medio (Nivel 3-4)	20	50	32	80	3	7.5			
	Alto (Nivel 5-6)	5	12.5	2	5	0	0			
Sistema de Salud	SISBEN	1	2.5	3	7.5	35	87.5	88.589	6	.000
	EPS	39	97.5	35	87.5	5	12.5			
	Medicina Prepagada	0	0	2	5	0	0			
	Particular/Privada	0	0	1	2.5	0	0			
Tiempo de diagnóstico (en meses)	Media (DT)	79.4	(61.7)	105.4	(86.8)	71.4	(101.9)	11.200	2	.004
	Rango (Min-Max)	(5-240)		(3-444)		(1-420)				
Consume medicación psiquiátrica	Si	2	5	4	10	0	0	4.089	2	.129
	No	38	95	37	92.5	40	100			
Recibe tratamiento farmacológico	Si	39	97.5	38	95	40	100	3.513	2	.173
	No	1	2.5	3	7.5	0	0			

Procedimiento

El diseño del estudio es de carácter ex-post-facto tipo correlacional, mediante una metodología tipo encuesta.

Todos los cuestionario administrados en este estudio han pasado por un proceso previo de adaptación idiomática y cultural (Vinaccia, 2010). Con el permiso y autorización de los diferentes representantes científicos y administrativos de cada entidad en salud y previa aceptación y firma del consentimiento informado por cada paciente se prosiguió con la aplicación de las

pruebas psicotécnicas a aquellos pacientes que no presentaban deterioro cognitivo. Los pacientes con IRC las aplicaron mientras estaban en proceso de hemodiálisis de manera individual. Los pacientes con AR las contestaron de manera individual en el auditorio de la institución. Mientras los pacientes con EPOC las contestaron durante el proceso de hospitalización. En el momento de aplicación todos los pacientes contaron con la ayuda del investigador a cargo cuando lo requerían. La duración aproximada de aplicación de los instrumentos psicométricos en las tres muestras fue de una hora y treinta minutos.

Tabla 2. Comportamiento de las variables psicológicas de los tres tipos de enfermedad: IRC, AR y EPOC.

	IRC		AR		EPOC		F (gl.=2)	p	Tipo
	Media (DT)	Min-Máx	Media (DT)	Min-Máx	Media (DT)	Min-Máx			
Percepción de Enfermedad (IPQ-B)									
Consecuencias	4.7 (3.7)	0-10	5.7 (2.7)	0-10	8.8 (2.5)	1-10	37.528	.000	np
Duración	7.5 (3.6)	0-10	8.1 (2.9)	0-10	5.2 (3.3)	0-10	8.700	.000	p
Control personal	9.0 (2.0)	1-10	7.6 (2.3)	0-10	6.3 (3.1)	0-10	28.385	.000	np
Control de tratamiento	9.3 (1.5)	1-10	7.9 (2.2)	2-10	8.1 (2.6)	0-10	15.939	.000	np
Identidad	2.9 (2.9)	0-10	6.1 (2.6)	0-10	6.4 (3.2)	0-10	148.700	.000	p
Preocupación	3.6 (3.7)	0-10	6.0 (2.8)	0-10	7.0 (3.4)	0-10	18.888	.000	np
Comprensión de la enfermedad	8.9 (2.2)	0-10	8.0 (2.2)	2-10	6.6 (3.6)	0-10	10.291	.006	np
Respuesta emocional	2.9 (3.4)	0-10	5.2 (2.8)	0-10	6.3 (3.7)	0-10	18.700	.000	np
Resiliencia (RS)									
Competencia personal	102.6 (9.4)	69-119	102.6 (11.8)	65-118	100.4 (15.9)	46-119	0.505	.777	np
Aceptación de sí mismo y la vida	46.3 (6.0)	34-56	46.8 (7.4)	22-56	47.0 (8.3)	24-56	0.081	.922	p
RS TOTAL	148.9 (14.4)	104-175	149.4 (18.3)	96-174	147.3 (23.5)	70-175	0.875	.646	np
Escala de Resiliencia Breve (CD-RISC2)									
	7.5 (1.0)	4-8	7.0 (1.4)	2-8	6.8 (1.8)	2-8	4.401	.111	np
Estrategias de Afrontamiento Espirituales (SCS)									
Estrategias de afrontamiento religioso	20.2 (5.2)	6-27	23.2 (4.3)	12-27	23.6 (4.9)	3-27	6.110	.004	p
Afrontamiento No Religioso	29.5 (3.6)	19-33	29.6 (2.7)	22-33	30.5 (4.2)	17-33	10.302	.350	p
Inventario de Sistema de Creencias (SBI-15R)									
Creencias y Prácticas Religiosas y Espirituales (CPRE)	28.4 (3.1)	16-30	28.9 (2.3)	20-30	29.2 (3.3)	10-30	0.773	.464	p
Apoyo Social Religioso (SSR)	11.1 (4.4)	1-15	12.5 (3.4)	4-15	14.0 (2.5)	5-15	14.068	.001	np
SBI-15R TOTAL	39.5 (6.9)	18-45	41.4 (5.3)	24-45	43.1 (5.3)	15-45	13.339	.001	np
Cuestionario MOS SF-36									
Función física (PF)	76.3 (26.9)	0-100	68.0 (15.1)	40-95	30.6 (32.6)	0-100	38.242	.000	np
Rol físico (RP)	44.4 (46.5)	0-100	57.3 (44.5)	0-100	8.1 (26.8)	0-100	28.536	.000	np
Dolor corporal (BP)	71.8 (34.0)	0-100	49.7 (20.0)	0-100	44.9 (38.8)	0-100	13.638	.001	np
Salud General (GH)	61.4 (29.6)	5-97	59.2 (24.6)	5-95	55.0 (28.8)	0-100	0.546	.581	p
Vitalidad (VT)	78.6 (23.8)	15-100	67.2 (24.2)	10-100	37.5 (28.1)	10-100	42.911	.000	np
Función social (SF)	77.2 (27.3)	12-100	72.0 (18.7)	25-100	56.3 (27.6)	25-100	14.122	.001	np
Rol emocional (RE)	68.3 (40.6)	0-100	82.1 (32.6)	0-100	28.3 (35.8)	0-100	23.668	.000	np
Salud mental (MH)	77.7 (25.4)	12-100	68.0 (22.7)	24-100	50.5 (33.0)	0-100	16.956	.000	np
Índice Sumario Físico (PCS)	43.9 (11.3)	18.4-60.7	40.7 (8.1)	23.8-58.8	33.9 (10.4)	20.7-61	19.501	.000	np
Índice Sumario Mental (MCS)	50.5 (14.2)	14.1-66.8	49.7 (11.0)	23.9-65.1	37.0 (15.7)	15-74.3	19.822	.000	np

Notas: P: ANOVA paramétrico (Prueba F; grados de libertad entre grupos, grados de libertad del error); NP: ANOVA no paramétrico de Kruskal Wallis Test (Chi Cuadrado, grados libertad (gl))

Resultados

Descripción de la muestra según las características sociodemográficas

Se presenta en la Tabla 1 los datos descriptivos de las variables sociodemográficas y clínicas por tipo de enfermedad. Para la comparación entre grupos se empleó el estadístico chi cuadrado. Se puede apreciar a nivel general que los grupos de estudio muestran diferencias en la distribución por género, edad, escolaridad, ocupación, estrato socioeconómico, sistema de salud y tiempo de diagnóstico. Respecto al género, en los pacientes con IRC prevalece el género masculino sobre el femenino, mientras que en el grupo de pacientes con AR sobresale significativamente respecto a los otros dos grupos de enfermedad el género femenino sobre el masculino y en los pacientes con EPOC se evidencia una ligera prevalencia del género femenino respecto al masculino. En relación a la edad, los pacientes con IRC son los más jóvenes con respecto a los otros dos grupos, con una media de edad de

51 años, mientras que los pacientes con AR tuvieron una media de edad de 57 años y los de EPOC de 69 años. En cuanto a la escolaridad, los pacientes con AR tuvieron el nivel más alto en comparación con los otros grupos, llegando casi a la culminación del bachillerato respecto al grupo de IRC que lograron cursar la mitad del bachillerato, mientras que los pacientes con EPOC tuvieron una básica primaria incompleta, siendo el grupo con menos nivel educativo. Con respecto a la variable ocupación, los pacientes con IRC tuvieron mayor agrupación en la categoría jubilados/pensionados, mientras que los pacientes con AR y EPOC tuvieron mayor agrupamiento en la categoría amas de casa. En cuanto al estrato socioeconómico colombiano, se evidencia en orden de estratificación social que los pacientes con AR tuvieron un nivel superior (medio) respecto a los otros dos grupos, siguiéndoles el grupo de IRC con un nivel de medio a medio bajo, y el grupo de EPOC con el nivel socioeconómico más bajo de todos (estrato bajo). En relación al sistema de salud, los pacientes con IRC y AR están adscritos a diferentes Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (EPS),

mientras que los pacientes de EPOC están adscritos al Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN). Respecto al *tiempo de diagnóstico*, el grupo de pacientes con AR tuvo un promedio de 9 años, mientras que el grupo de IRC tuvo un promedio de 7 años y el de EPOC de 6 años.

Descripción y comparación de las variables psicológicas: resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso y CVRS

Se observa en la Tabla 2 las diferentes medidas de tendencia central como lo son la media, la Desviación Típica (DT) y las puntuaciones mínimos y máximos de cada uno de los instrumentos psicométricos por tipo de enfermedad, y para analizar las diferencias entre grupos en relación a las variables psicológicas se utilizó la prueba *F del ANOVA Paramétrico* o el *ANOVA no paramétrico de Kruskal-Wallis*. A nivel general se encontraron diferencias estadísticamente signi-

ficativas ($p < .05$) entre los tres grupos de estudio en todas las dimensiones del cuestionario IPQ-B, en la dimensión apoyo social religioso y escala total del cuestionario SBI-15R, en la dimensión de estrategias de afrontamiento religioso del cuestionario SCS y en la escala de calidad de vida MOS SF-36 se observa diferencias estadísticamente significativas en todas sus dimensiones excepto en la dimensión de salud general.

Asociaciones entre las variables del estudio

Para el análisis correlacional de las variables psicológicas del estudio respecto a los tres tipos de enfermedad como de la muestra total se utilizó el Coeficiente *r* de Pearson, donde se consideraron como significativo la $p < .05$ y $p < .01$ como las de alta significancia y aporte para la investigación. A continuación se muestran los resultados de correlación hallados en el estudio.

Tabla 3. Asociaciones entre percepción de enfermedad con resiliencia y calidad de vida.

		Competencia Personal (RS)	Aceptación de sí mismo y de la vida (RS)	RS Total	CD-RISC2	Función Física	Rol Físico	Dolor Corporal	Salud General	Vitalidad	Salud Mental	Índice sumario mental
Preocupación	IRC				**-.501							
	AR				**-.412	**-.512		**-.414			**-.434	**-.446
	EPOC										**-.441	*-.400
Consecuencias	IRC						**-.476			**-.445		
	AR					**-.491			**-.472			
Comprensión/enf. Rpta. emocional	IRC	**-.551	**-.529	**-.577								
	AR					**-.563			**-.405		**-.446	
Control pnal. Identidad	EPOC										**-.477	**-.414
	EPOC							**-.533			**-.449	

** La correlación es significativa al nivel .01

* La correlación es significante al nivel .05

En la Tabla 3 se presentan las asociaciones entre percepción de enfermedad con las demás variables psicológicas del estudio de acuerdo a cada tipo de enfermedad estudiado. Se observa a nivel general en los pacientes de IRC y AR una relación negativa entre preocupación con CD-RISC2, es decir, a mayor preocupación menos resiliencia o viceversa. La preocupación podría ser como el antídoto de la resiliencia. Además se observa en el grupo de IRC relación positiva entre comprensión de la enfermedad con todas las dimensiones de resiliencia, esto indica que entre más conocimiento haya sobre la enfermedad se puede resistir, afrontar y aceptar de una manera más adaptativa los efectos adversos que esta acarrea. En los pacientes de AR preocupación y respuesta emocional tienen relación negativa con la CVRS física y mental, es decir, a mayor preocupación y estados emocionales negativos peor CVRS física y mental o viceversa. Consecuencias tiene relación negativa en los pacientes de IRC y AR sólo con la salud física, esto muestra que mayor catastrofización sobre la enfermedad más deterioro en la salud física.

En el grupo de EPOC control personal tiene relación positiva con la salud mental, indicando que mayor control personal mejor salud mental. Mientras que en preocupación, identidad (Dolor) la relación es negativa, es decir, entre más preocupados y síntomas y signos se perciban de la enfermedad peor es la salud mental. Esto posiblemente se deba al proceso de hospitalización de estos pacientes.

En la Tabla 4 se presentan las asociaciones entre resiliencia con las demás variables psicológicas del estudio de acuerdo a cada tipo de enfermedad estudiado. Se aprecia en el grupo de AR relaciones positivas entre resiliencia y afrontamiento NO religioso, lo que indica que este grupo estaba ejerciendo un afrontamiento activo en búsqueda del lado positivo de su situación. En los pacientes de IRC y AR la resiliencia tuvo relación positiva con la salud mental más que física de la calidad de vida, es decir, a mayor resiliencia mejor salud mental. Aunque en el grupo de IRC mayor aceptación de sí mismo y de la vida y resiliencia total indicaron un mejor rol físico y emocional de la CVRS.

Tabla 4. Asociaciones entre resiliencia con afrontamiento no religioso y calidad de vida.

		Afrontamiento NO religioso	Rol Físico	Salud General	Rol emocional	Salud Mental	Índice sumario mental
RS: Competencia personal	IRC				.458	.424	.503
	AR	.468			.481		.424
RS: Aceptación de sí mismo y de la vida	IRC		.509	.443	.495		
	AR	.420			.462	.540	.524
RS: Resiliencia Total	IRC		.419		.503		.492
	AR	.470			.496	.461	.484
CD-RISC2	AR			.447	.471		.415

Nota: La correlación fue significativa al nivel .01

En la Tabla 5 se presentan las asociaciones de las diferentes variables psicológicas respecto a la muestra total: Los resultados mostraron a nivel general que el cuestionario de percepción de enfermedad IPQ-B presentó una relación negativa con la calidad de vida relacionada con la salud tanto física como mental. Véase la dimensión consecuencias que tuvo correlaciones negativas con las dimensiones función física, rol físico y rol emocional de la calidad de vida. La dimensión identidad tuvo una correlación negativa con dolor corporal. La dimensión preocupación tuvo una correlación negativa con la dimensión salud mental. Y por último, la dimensión respuesta emocional tuvo una correlación negativa con la dimensión dolor corporal del MOS SF-36.

Tabla 5. Asociaciones de las diferentes variables psicológicas de toda la muestra del estudio.

	Función Física	Rol Físico	Dolor Corporal	Rol emocional	Salud Mental
Consecuencias	-.481	-.439		-.486	
Identidad			-.477		
Preocupación					-.420
Respuesta emocional			-.415		

Nota: La correlación fue significativa al nivel .01

De acuerdo a las asociaciones entre las escalas de resiliencia se aprecia que la escala CD-RISC2 tuvo correlaciones positivas con las dimensiones competencia personal (.596), aceptación de sí mismo y de la vida (.509) y con la escala de resiliencia Total (.588) del cuestionario de resiliencia RS.

Modelo de Regresión Lineal Múltiple

Se presenta a continuación los resultados encontrados en los modelos finales de regresión lineal múltiple indicando el coeficiente de determinación (% porcentaje de varianza explicada) y la estimación de los coeficientes (Bi) con su respectiva prueba estadística y sus intervalos de confianza del 95% por tipo de enfermedad (Figura 1) y de la muestra total (Figura 2) del estudio:

Índice sumario mental (MOS SF-36): En la Figura 1 se observa en los pacientes de IRC que el índice sumario mental presenta un coeficiente de determinación

$R^2c=23\%$; explicado positivamente por la dimensión de *competencia personal* del cuestionario de resiliencia RS. Mientras que en los pacientes de AR este índice presenta un coeficiente de determinación $R^2c=44\%$; explicado positivamente por la dimensión de *aceptación de sí mismo y de la vida* del cuestionario de resiliencia RS y por la variable sociodemográfica “*estrato socioeconómico*”. Y en los pacientes de EPOC se aprecia que el índice sumario mental presenta un coeficiente de determinación $R^2c=28\%$; explicado positivamente por las dimensiones de *control personal* del cuestionario IPQ-B y negativamente por la dimensión *consecuencias* del IPQ-B.

Índice sumario físico (MOS SF-36): En la Figura 1 se aprecia que en los pacientes de IRC el índice sumario físico presenta un coeficiente de determinación $R^2c=09\%$, explicado negativamente por la dimensión *consecuencias* del cuestionario IPQ-B. Mientras que en los pacientes de AR este índice presenta un coeficiente de determinación $R^2c=30\%$, explicado negativamente por la dimensión *consecuencias* del cuestionario IPQ-B y por la variable sociodemográfica “*recibe tratamiento farmacológico*”. Es de anotar que en los pacientes de EPOC en ninguno de los modelos estimados con el método de selección por pasos para el índice sumario físico, quedaron incluidas las variables del estudio, ya que no fueron estadísticamente significativas para el modelo ($p > .05$).

Muestra total del estudio, pacientes de IRC, AR y EPOC: En la Figura 2 se observa que el índice sumario mental (MOS SF-36) presenta un coeficiente de determinación $R^2c=38\%$, explicado positivamente por las dimensiones de *competencia personal* del cuestionario de resiliencia RS, la variable sociodemográfica “*años cursados de estudios*” y la dimensión *estrategias de afrontamiento no religioso* del cuestionario SCS y negativamente es explicado por las dimensiones *consecuencias* y *respuesta emocional* del cuestionario IPQ-B. Por otro lado, el índice sumario físico (MOS SF-36) presenta un coeficiente de determinación $R^2c=20\%$, explicado negativamente por las dimensiones *consecuencias* del cuestionario IPQ-B y las variables sociodemográficas “*edad*” y “*tiempo de diagnóstico de la enfermedad en meses*”. En ninguno de los modelos estimados con el método de selección por pasos para estos dos índices, queda incluida la variable “*tipo de enfermedad*”, es decir, que no es estadísticamente significativa para el modelo ($p > .05$).

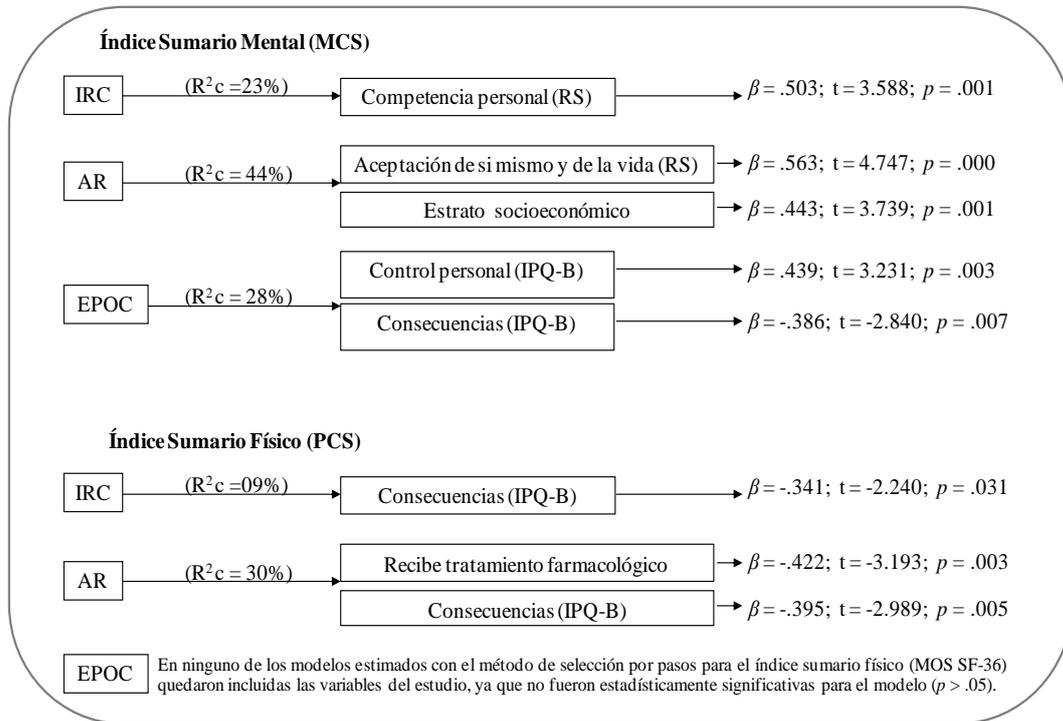


Figura 1. Modelo de regresión lineal múltiple con variables cuantitativas de los pacientes de IRC, AR y EPOC.

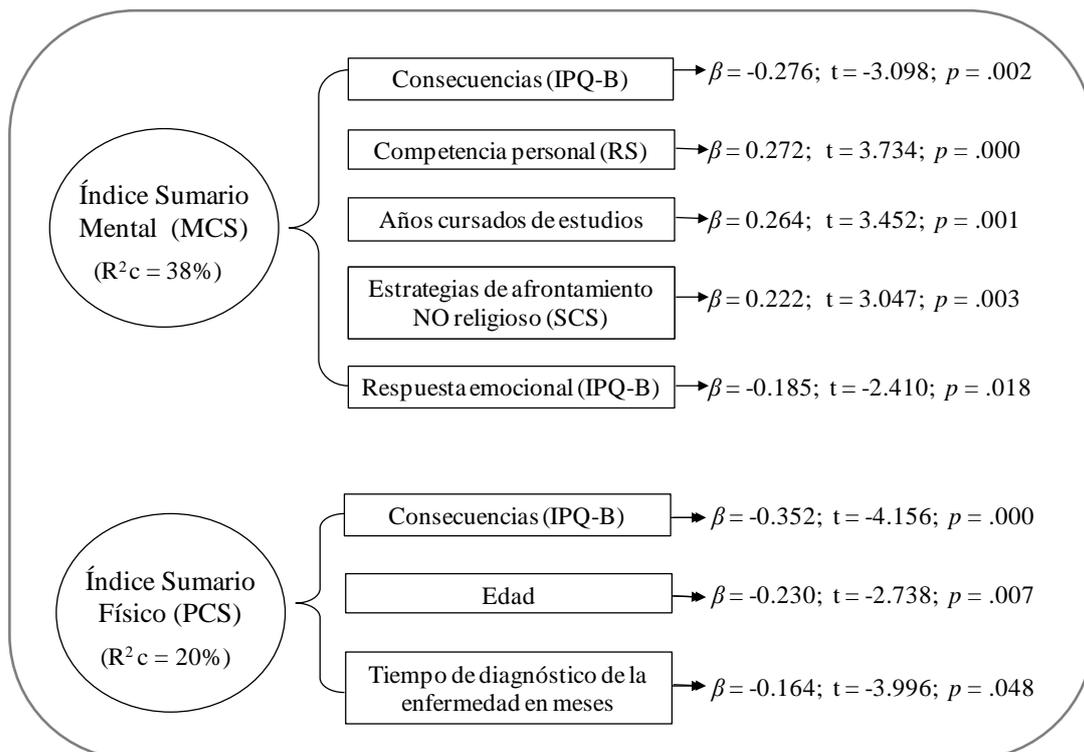


Figura 2. Modelo de regresión lineal múltiple de los 121 pacientes del estudio

Discusión

La carga de las enfermedades crónicas tiene severos efectos adversos en la calidad de vida de los individuos afectados y tiene efectos económicos importantes y subestimados en las familias, las comunidades y la sociedad en general. Los objetivos de esta investigación fueron en esta dirección y tuvieron la finalidad de tratar de entender el peso que podrían tener determinados factores psicosociales como la resiliencia, la percepción de enfermedad, las creencias y el afrontamiento espiritual religioso y las características sociodemográficas y clínicas sobre la CVRS de pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas como IRC, AR y EPOC de la ciudad de Medellín, Colombia. La mayoría de los pacientes de este estudio fueron adultos mayores de 60 años en adelante, mujeres amas de casa, que viven con sus familias, de estado civil casado, de estrato socioeconómico colombiano medio-bajo (niveles 1, 2 y 3) y con un nivel de estudios básico (primaria y secundaria) y adscritos a una entidad que les presta los servicios de salud.

En cuanto a la percepción de la enfermedad medida con el cuestionario IPQ-B se evidenciaron diferencias significativas entre las tres muestras de pacientes de IRC, AR y EPOC. Se observa que los pacientes de EPOC son los más afectados en las dimensiones preocupación, consecuencias, respuesta emocional e identidad en relación a los pacientes de IRC y AR. Mientras a nivel de los ítems asociados al control los tres grupos mostraron una buena percepción de control tanto a nivel personal como del tratamiento de la enfermedad. Finalmente los pacientes de EPOC fueron los que mostraron menos conciencia de las implicaciones de su enfermedad en su vida presente y futura. Los pacientes de IRC y AR son los que más años llevan con el tratamiento de la enfermedad a diferencia de los de EPOC que son personas de mayor edad y bajo nivel educativo, quienes pensaban que tenían más gripe o influenza que una enfermedad crónica.

Igualmente las creencias y prácticas religiosas y espirituales y al apoyo social religioso en el grupo de EPOC tuvo los niveles más altos respecto a los grupos de IRC y AR que son los de mayor nivel educativo, estrato socioeconómico y de menor edad. Cabe anotar también que las diferencias en el SBI-15R se dieron desde niveles medio altos respecto a los puntajes máximos de la escala, lo que indica que estos pacientes son personas creyentes y arraigadas a una fe o credo, así que esto implica interpretar este dato con cuidado. Posiblemente las particularidades de cada enfermedad como el desplazamiento y la movilidad sea un factor que haga un efecto diferencial en las prácticas religiosas de estos pacientes. Los pacientes de IRC implican toda su energía y tiempo en el tratamiento hemodialítico y terminan sus tratamientos con fatiga, los de AR son los que presentan por el deterioro en sus articulaciones mayores dificultad para la movilidad, mientras que los de EPOC apenas están iniciando con el proceso de la enfermedad y es por tanto de esperar que ten-

gan una percepción mayor frente a la posibilidad que han tenido de congregarse y llevar a cabo su vida de fe.

De igual modo la CVRS de los pacientes de EPOC es la más afectada en todas las dimensiones e índices sumarios físico y mental, especialmente en rol físico y rol emocional a comparación de los otros dos grupos estudiados, le sigue en su orden de afectación en las puntuaciones medias de CVRS AR y finalmente el grupo de IRC. En el grupo de IRC las puntuaciones fueron medias y altas viéndose afección solo en la dimensión rol físico que es mucho mejor que el grupo de EPOC, siendo el puntaje medio más alto en la vitalidad, lo mismo se puede apreciar en el grupo de AR donde las puntuaciones fueron medias y altas siendo el dolor corporal la más afectada. Es de resaltar que el rol emocional del grupo de AR tuvo las puntuaciones medias más altas entre los otros dos grupos. La literatura plantea que enfermedades como IRC, AR y EPOC tienen en común que producen fatiga, incapacidad funcional, emociones negativas e invalidez, afectando significativamente las actividades relacionadas con el trabajo, particularmente en los pacientes de EPOC donde los síntomas pueden aparecer en cualquier estadio de la enfermedad y acarrear como consecuencias limitaciones en las actividades físicas mientras en los pacientes de AR se considera que en los primeros 10 años de la enfermedad pierden totalmente el empleo (Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez, 2007; De Calvo y Martín, 2002; Escalante & Del Rincón, 1999; Rodríguez, Castro y Merino, 2005). En este estudio el rol físico es el más afectado mientras hubo una favorable CVRS en las distintas dimensiones a diferencia de los pacientes de EPOC.

Respecto a las relaciones entre resiliencia y CVRS se evidencia resultados diferentes entre grupos. Los pacientes de IRC presentan fuertes correlaciones positivas entre resiliencia con rol emocional, función física, salud general, salud mental e índice sumario mental, seguidos por los pacientes con AR, mientras que EPOC tuvo menos fuerza y número de correlaciones entre resiliencia y CVRS. Diferentes factores podrían estar asociados con estos resultados: en IRC podría puntualizarse en las relaciones significativas encontradas entre la dimensión comprensión de la enfermedad (IBQ-B) y resiliencia. Coutu (2002) plantea que es clave en un proceso resiliente “una fría comprensión y aceptación de la realidad” y por otro lado Dobbie y Mellor (2008) mencionaron que uno de los factores asociados con la resiliencia es entender la enfermedad ya que esto permite disminuir los niveles de incertidumbre en los pacientes crónicos. Mientras que los pacientes de IRC en hemodiálisis están enfrentados $\frac{3}{4}$ veces por semana a la realidad de su enfermedad en las cámaras de diálisis. Esto implicaría que las relaciones resiliencia y CVRS serían más visibles en esta enfermedad hablando específicamente en las dimensiones e índices asociados a factores psicoemocionales de la CVRS y mucho menos en aquellos de tipo físico.

En este estudio llama también la atención la ausencia de relación entre resiliencia y dolor corporal como ha sido reportado en la literatura (Friborg et al., 2006; Karoly &

Ruehlman, 2006; Zautra et al., 2005). Estas diferencias podrían depender a que en los estudios anteriormente citados no se utilizaron escalas específicas de resiliencia si no medidas indirectas de esta, como la presencia de afecto positivo/negativo (PANAS) en el estudio de Zautra et al., (2005) y el perfil de dolor crónico (PCP) en el estudio de Karoly & Ruehlman (2006); mientras que en el estudio de Friborg et al. (2006) se trabajó con la escala de resiliencia para adultos (RSA) que tiene dimensiones diferentes a las escalas RS y CD-RISC2. Por otro lado, el dolor fue medido en estos tres estudios con escalas analógicas visuales (EVA) mientras en nuestro estudio fue con la dimensión dolor corporal del cuestionario MOS SF-36.

Con respecto a la medición de la resiliencia no se evidencia en la literatura estudios que muestren relaciones significativas entre los diferentes instrumentos para medir este constructo (Ahern, Kiehl, Sole & Byers, 2006), por esta razón se quiso en esta investigación de manera preliminar evaluar las posibles relaciones entre los dos instrumentos de resiliencia que han sido ampliamente utilizados en muestras de población adulta y con enfermedad crónica -no siendo el objetivo principal- (Stewart & Yuen, 2011). Por lo tanto, es particularmente interesante señalar que las escalas de resiliencia RS y CD-RISC2 mostraron evidencias de validez de constructo convergente por la asociación significativa observada entre ellas, no obstante si se tiene en cuenta que la correlación entre ambas es de 0,58, se puede inferir que no se solapan totalmente y están posiblemente captando aspectos diferenciales de la resiliencia. En el caso de la escala RS de Wagnild y Young (1993) puede obedecer a que la resiliencia es vista por las autoras como un conjunto de cualidades personales que hacen posible que individuos y comunidades puedan crecer, e inclusive avanzar en condiciones desfavorables, mientras que la escala de CD-RISC2 de Vaishnavi et al. (2007) es vista como una manera de medir las capacidades para afrontar el estrés. Estos últimos resultados son particularmente importantes ya que abren un camino a la investigación de las medidas psicométricas de la resiliencia.

Un discurso distinto merecen los resultados encontrados con la subescala de afrontamiento no religioso del cuestionario SCS y sus significativas relaciones halladas con las diferentes medidas de resiliencia, CVRS y percepción de enfermedad, sobre todo en las muestras de pacientes de AR y EPOC. Moos y Holahan (2007) plantean que en una crisis de salud aguda y en la progresión de una enfermedad crónica y discapacitante se movilizan cogniciones activas “como ver el lado positivo de la situación y analizar varias alternativas” y desarrollar comportamientos activos “como hablar con un amigo y tratar de conocer más la situación”. Todo esto permitiría un mejor afrontamiento individual y prosocial para manejar las demandas internas y externas de diferentes situaciones que podrían ser valoradas como estresantes (Folkman & Moskowitz, 2004).

Todos estos resultados se ven reflejados en el análisis de regresión lineal múltiple por tipo de enfermedad donde se observa por un lado cómo los índices de salud física y men-

tal se ven influenciados por la percepción de enfermedad, la resiliencia y variables sociodemográficas y clínicas, a diferencia del grupo de EPOC donde ninguna de las variables del estudio impactaron el índice sumario físico del MOS SF-36, siendo nula la presencia de los aspectos religiosos y espirituales en los tres tipos de enfermedad del estudio.

Más específicamente en los pacientes de IRC y AR impactó positivamente más la resiliencia sobre el índice sumario mental (MOS SF-36), en IRC lo fue la dimensión competencia personal mientras que para AR fue aceptación de sí mismo y de la vida. Lo anterior puede explicarse ya que la enfermedad de IRC es particularmente intrusiva en la vida de las personas que la padecen, sus vidas están en alto riesgo, dependen de una máquina y sus estilos de vida son alterados de manera dramática a nivel de salud, trabajo, finanzas, dieta, vida sexual y el estado psicológico (Bapat, Kedlaya, Gokulnath, 2009), llevándoles a enfrentar su enfermedad con mayor decisión, perseverancia y autoconfianza a diferencia de los pacientes de AR que tienen periodos sintomáticos y asintomáticos de mayor y menor actividad de la enfermedad donde puede tener una vida social y familiar sin demasiada interferencia, teniendo más tiempo para adaptarse a la enfermedad y asimilarla para encontrarle beneficios para sus vidas (González y Rojas-Villarraga, 2009; Rincón y González, 2009).

De acuerdo a la percepción de enfermedad (IPQ-B) es en los pacientes de IRC y AR donde impactó negativamente más la dimensión de consecuencias sobre el índice sumario físico (MOS SF-36) mientras que en el grupo de EPOC lo fue sobre el índice sumario mental, de igual modo este índice se vio impactado pero positivamente por la dimensión control personal en el grupo de EPOC. Con relación a algunas características sociodemográficas y clínicas es sólo en el grupo de AR donde hubo impacto de estas. El “estrato socioeconómico” impactó positivamente el índice sumario mental (MOS SF-36), mientras la variable clínica “recibe tratamiento farmacológico” afectó negativamente el índice sumario físico. Los pacientes de IRC y AR como se ha indicado son los que más comprenden su enfermedad y los que más tiempo llevan con ella, posiblemente esto los hace estar más alerta de las consecuencias sociales, económicas, físicas y emocionales que acarrea la misma, esto se refleja mucho más en los pacientes de AR donde el nivel socioeconómico y el tratamiento médico les afecta mucho más ya que la enfermedad les implica costos y tener que soportar los efectos secundarios de la medicación aunque sean aceptados y vistos como necesarios por los pacientes (Berry, Bradlow & Bersellini, 2004; Kontinen et al., 2006), a diferencia del grupo de EPOC que son los que menos entienden lo que les pasa y consideran que su enfermedad es más “pasajera” razón que puede explicar porque las consecuencias de su enfermedad están más focalizadas en lo emocional, ya que, quizás su preocupación gira alrededor de los costos sociofamiliares, económicos, de cambios en su estilo de vida, de no poder hacer las actividades rutinarias en ese momento por la hospitalización. Estas diferencias pueden explicarse en parte a

que los pacientes de EPOC estaban en medio de un evento vital estresante como versen hospitalizados y en situación aguda, circunstancia que es propicia para que se movilicen respuestas emocionales que alteren la CVRS (Medinas, Más y Renom, 2009). Por otro lado, esto podría explicar el peso de las creencias de control en los pacientes de EPOC en relación a la enfermedad y su tratamiento. Las creencias de control pueden ayudar a los procesos de adaptación y hasta puede prolongar la vida de quien padece una determinada enfermedad. En diferentes estudios con enfermos crónicos se han reportado que quienes creen tener el control sobre su enfermedad se ajustan mejor a su condición física y psicosocial que aquellos que carecen de esta creencia. En estudios desarrollados con pacientes de EPOC se ha encontrado que la sensación de control y autoeficacia ha sido relacionada como una forma de mejorar la adaptación (Taylor, 2007). En una investigación con pacientes con EPOC se encontró que aquellos pacientes con altas expectativas de autoeficacia sobrevivieron por más tiempo que aquellos sin esas expectativas, estos resultados sugieren fuertemente que cuando una enfermedad es percibida como modificable y bajo el control personal, el proceso de recuperación de las enfermedades crónicas es más favorable en el tiempo (Kohler, Fish & Greene, 2002).

Por otro lado, en relación a la muestra total (n=121) se encontró que la dimensión de resiliencia, competencia personal, el afrontamiento no religioso y los años cursados de estudios lograron impactar de manera positiva el índice de salud mental del MOS SF-36, mientras este es impactado negativamente por los ítems del IPQ-B respuesta emocional y consecuencias. Por otro lado, la dimensión del IPQ-B consecuencias y la edad de los pacientes lograron predecir negativamente el índice de salud física del MOS SF-36.

Lo anterior indicaría que la CVRS tanto a nivel de salud mental y física está fuertemente influenciada por la percepción de los pacientes acerca de las implicaciones físicas, sociales y económicas que tiene y tendrá su enfermedad, así como de las reacciones emocionales que podrían surgir como consecuencias de las mismas. Mientras que por otro lado el tener características resilientes ayudaría de algún modo a armonizar la exposición a situaciones de estrés desarrollando las habilidades necesarias para buscar apoyo social (Brooks, 2008). Otros autores han planteado que los componentes físicos de la CVRS son más desfavorables a medida que pasan los años y que los niveles de educación posibilitan una mejor adaptación y bienestar a nivel de salud mental (Yanguas, 2006).

Referencias

- Almanza, J., Monroy, M., Bimbela, A., Payne, D.K., & Holland, J.C. (2000). Spanish Version of the Systems of Belief Inventory (SBI-15-R): Cross Cultural Research on Spiritual and Religious Beliefs. *Psychosomatics*, 41, 158.
- Alonso, J., Prieto, L., y Antó, J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-776.
- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C., & De la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica*, 111, 410-416.
- Andrykowski, M.A., Bishop, M.M., Hahn, E.A., Cella, D.F., Beaumont, J.L., Brady, M.J., et al. (2005). Long-term health-related quality of life, growth, and spiritual well-being after hematopoietic stem-cell transplantation. *Journal of Clinical Oncology*, 23, 599-608.
- Ahern, N.R., Kiehl, E.M., Sole, M.L., & Byers, J. (2006). A Review of instruments of measuring resilience. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 29, 103-125.
- Arnett, F.C., Edworthy, S.M., Bloch, D.A., McShane, D.J., Fries, J.F., Cooper, N.S., et al. (1988). The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheumatism*, 31, 315-24.
- Baldacchino, D. (2002). *Spiritual coping strategies, anxiety, depression and spiritual well being of Maltese patients with first myocardial infarction: A longitudinal study*. Unpublished Ph.D. thesis, University of Hull, Yorkshire, U.K.
- Baldacchino, D.R., & Buhagiar, A. (2003). Psychometric evaluation of the Spiritual Coping Strategies scale in English, Maltese, back-translation and bilingual versions. *Journal of Advanced Nursing*, 42, 558-570.
- Bapat, U., Kedlaya, P.G., & Gokulnath, A. (2009). Perceived illness intrusion among patients on hemodialysis. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 20, 386-391.
- Bartlett, S.J., Piedmont, R., Bilderback, A., Matsumoto, A.K., & Bathon, J.M. (2003). Spirituality, well-being, and quality of life in people with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheumatism*, 49, 778-783.
- Becker, G., Momm, F., Xander, C., Bartelt, S., Zander-Heinz, A., Budischewski, K., et al. (2006). Religious belief as a coping strategy: an explorative trial in patients irradiated for head-and-neck cancer. *Strahlentherapie und Onkologie*, 182, 270-276.
- Berry, D., Bradlow, A., & Bersellini, E. (2004). Perceptions of the risks and benefits of medicines in patients with rheumatoid arthritis and other painful musculoskeletal conditions. *Rheumatology*, 43, 901-905.
- Bletzer, K.V. (2007). Identity and Resilience Among Persons With HIV: A Rural African American Experience. *Qualitative Health Research*, 17, 162-175.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma and human resilience. *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Bosworth, H.B. (2006). The importance of spirituality/religion and health-related quality of life among individuals with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 3-4.
- Botha-Scheepers, S., Riyazi, N., Kroon, H.M., Scharloo, M., Houwing-Duistermaat, J.J., Slagboom, E., et al. (2006). Activity limitations in the lower extremities in patients with osteoarthritis: the modifying effects of illness perceptions and mental health. *Osteoarthritis and Cartilage*, 14, 1104-1110.
- Bremer, B.A., Simone, A.L., Walsh, S., Simmons, Z., & Felgoise, S.H. (2004). Factors supporting quality of life over time for individuals with amyotrophic lateral sclerosis: the role of positive self-perception and religiosity. *Annals Behavioral Medicine*, 28, 119-125.
- Broadbent, E., Petrie, K.J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637.
- Brooks, M.V. (2008). Health-related hardiness in individuals with chronic illnesses. *Clinical Nursing Research*, 17, 98-117.
- Büssing, A., Ostermann, T., & Koenig, H.G. (2007). Relevance of religion and spirituality in german patients with chronic diseases. *International Journal Psychiatry in Medicine*, 37, 39-57.
- Catalano, D., Chan, F., Wilson, L., Chiy, C.Y., & Muller, V. (2011). The buffering effect of resilience on depression among individuals with spinal cord injury. *A structural equation model. Rehabilitation psychology*, 56, 200-211.
- CEPAL (2003). América Latina y el Caribe: el envejecimiento de la población 1950-2050. *Boletín del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía*, 72, 39-96.

- Connor, K.M., & Davidson, J.R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*, 76-82.
- Contreras, F., Esguerra, G.A., Espinosa, J.C., y Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología, 10*, 169-179.
- Coutu, D. (2002). How resilience works. *Harvard Business Review, 80*, 46-55.
- Craig, A., Blumgart, E., & Tran, Y. (2011). Resilience and stuttering: factors that protect people from the adversity of chronic stuttering. *Journal of speech, language, and hearing research, 54*, 1485-1496.
- De Calvo, E., y Martín, A. (2002). *Atención al paciente con asma y EPOC en la consulta del médico de familia*. Barcelona, España: Masson
- Delgado, C. (2007). Sense of coherence, spirituality, stress and quality of life in chronic illness. *Journal of Nursing Scholarship, 39*, 229-234.
- Dewar, M., & Curry, R.W. (2006). Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Diagnostic Considerations. *American Family Physician, 73*, 669-678.
- Dobbie, M., & Mellor, D. (2008). "Chronic illness and its impact: Considerations for Psychologists". *Psychology, Health & Medicine, 13*, 583-590.
- Escalante, A., & Del Rincón, I. (1999). How Much Disability in Rheumatoid Arthritis is Explained by Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheumatism, 42*, 1712-1721.
- Evers, A., Zautra, A., & Thieme, K. (2011). Stress on resilience in rheumatic diseases: a review and glimpse into the future. *Nature Reviews – Rheumatology, 7*, 409-415.
- Folkman, S., & Moskowitz, J.T. (2004). Coping: Pitfalls and Promise. *Annual Review of Psychology, 55*, 745-774.
- Fowler, C., & Baas, L.S. (2006). Illness Representations in Patients with Chronic Kidney Disease on Maintenance Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal, 33*, 173-187.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J.H., Martinussen, M., Aslaksen, P.M., & Flaten, M.A. (2006). Resilience as a moderator of pain and stress. *Journal of Psychosomatic Research, 61*, 213-219.
- Giovagnoli, A.R., Meneses, R.F., & Da Silva, A.M. (2006). The contribution of spirituality to quality of life in focal epilepsy. *Epilepsy Behavior, 9*, 133-139.
- Girtler, N., Casari, A.F., Brugnolo, A., Cutolo, A., Dessi, B., Guasco, S., et al. (2010) Italian validation of the Wagnild and Young Resilience Scale: a perspective to rheumatic diseases. *Clinical Experimental rheumatology, 28*, 669-678.
- González, H., y Rojas-Villarraga, A. (2009). ¿Cómo afecta la calidad de vida la artritis? En J.M. Anaya y A. Rojas-Villarraga (Eds.), *Manual para pacientes con Artritis* (pp. 19-23). Bogotá, Colombia: CIB
- Heilemann, M.V., Lee, K., & Kury, F.S. (2003). Psychometric properties of the Spanish version of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement, 11*, 61-72.
- Henderson, M., Safa, F., Easterbrook, P., & Hotopf, M. (2005). Fatigue among HIV-infected patients in the era of highly active antiretroviral therapy. *HIV Medicine, 6*, 347-352.
- Holland, J.C., Kash, K.M., Passik, M.K., Gronert, M.K., Sison, A., Lederberg, M., et al. (1998). A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in Life-Threatening Illness. *Psychooncology, 7*, 460-469.
- Karoly, P., & Ruelhman, L.S. (2006). Psychological "resilience" and its correlates in chronic pain: findings from a national community sample. *Pain, 123*, 90-97.
- Kaye, J., & Raghavan, S.K. (2002). Spirituality in Disability and Illness. *Journal of Religion and Health, 41*, 231-242.
- Kohler, C.L., Fish, L., & Greene, P.J. (2002). The relationship of perceived self-efficacy to quality of life in chronic obstructive pulmonary disease. *Health Psychology, 21*, 610-614.
- Kontinen, L., Honkanen, V., Uotila, T., Pöllänen, J., Waahtera, M., Romu, M. et al. (2006). Biological treatment in rheumatic diseases: results from a longitudinal surveillance: adverse events. *Rheumatology International, 26*, 916-922.
- Lameire, N., Van Biesen, W., & Vanholder, R. (2005). Acute renal failure. *Lancet, 365*, 417-430.
- Medinas, M.M., Más, C., y Renom, F. (2009). Estrés en ancianos hospitalizados con enfermedad respiratoria crónica: Valoración en el hospital sociosanitario. *Revista española de geriatría y gerontología, 44*, 130-136.
- Menezes de Lucena, V., Fernández, B., Hernández, L., Ramos, F., y Contador, I. (2006). Resiliencia y modelo de burnout: Engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema, 18*, 791-796.
- Moos, R.H., & Holahan, C.J. (2007). Adaptive Tasks and Methods of Coping with Illness and Disability. In E. Martz, H. Livneh & B.A. Wright (Eds.), *Coping with Chronic Illness and Disability: Theoretical, Empirical, and Clinical Aspects* (pp. 107-126). New York: Springer US
- Moreira-Almeida, A., Lotufo, F., & Koenig, G.H. (2006). Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 28*, 242-50.
- Moskowitz, J.T. (2010). Positive affect at the onset of chronic illness: Planting the seeds of resilience. In J.W. Reich, A.J. Zautra & J. Hall (Eds.), *Handbook of Adult Resilience* (pp. 465-483). New York: Guilford.
- Ong, A.D., Zautra, A.J., & Reid, M.C. (2010). Psychological resilience predicts decreases in pain catastrophizing through positive emotions. *Psychological Aging, 25*, 516-523.
- Patel, S.S., Shah, V.S., Peterson, R.A., & Kimmel, P.L. (2002). Psychosocial variables, quality of life, and religious beliefs in ESRD patients treated with hemodialysis. *American Journal of Kidney Diseases, 40*, 1013-1022.
- Peláez, M., y Vega, E. (2006). Envejecimiento, pobreza y enfermedades crónicas en América Latina y el Caribe. *Diabetes Voice, 51*, 30-33.
- Rabkin, J.G., Wagner, G.J., & Del Bene, M. (2000). Resilience and distress among amyotrophic lateral sclerosis patients and caregivers. *Psychosomatic Medicine, 62*, 271-279.
- Rew, L., Taylor-Seehafer, M., Thomas, N.Y., & Yockey, R.D. (2001). Correlates of resilience in homeless adolescents. *Journal of Nursing Scholarship, 33*, 33-43.
- Rincón, H.G., y González, H. (2009). Adaptarse a la artritis: un desafío. En J.M. Anaya y A. Rojas-Villarraga (Eds.), *Manual para pacientes con Artritis* (pp. 25-28). Bogotá, Colombia: CIB
- Rodríguez, M., Castro, M., y Merino, J.M. (2005). Calidad de vida en pacientes renales hemodializados. *Ciencia y Enfermería, 11*, 47-57.
- Scharloo, M., Baatenburg de Jong, R.J., Langeveld, T.P., van Velzen-Verkaik, E., Doorn-op den Akker, M.M., & Kaptein, A. A. (2005). Quality of life and illness perceptions in patients with recently diagnosed head and neck cancer. *Head Neck, 27*, 857-863.
- Stewart, D., & Yuen, T. (2011). A Systematic Review of Resilience in the Physically Ill. *Psychosomatics, 52*, 199-209.
- Strand, E.B., Zautra, A.J., Thoresen, M., Odegard, S., Uhlig, T., & Finset, A. (2006). Positive affect as a factor of resilience in the pain-negative affect relationship in patients with rheumatoid arthritis. *Journal Psychosomatic Research, 60*, 477-484.
- Strauss, B., Brix, C., Fischer, S., Leppert, K., Fuller, J., Roehrig, B., et al. (2007). The influence of resilience on fatigue in cancer patients undergoing radiation therapy (RT). *Journal Cancer Research Clinical Oncology, 133*, 511-518.
- Sturgeon, J.A., & Zautra, A.J. (2010). Resilience: a new paradigm for adaptation to chronic pain. *Current Pain and Headache Reports, 14*, 105-112.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la Salud* (6ª. ed.). México, D.F.: McGraw-Hill.
- Trivedi, R., Bosworth, H.B., & Jackson, G.A. (2011). Resilience in chronic illness. In B. Resnick, L.P. Gwyther & K.A. Roberto (Eds.), *Resilience in aging: concepts, research, and outcomes* (pp. 181-197). New York: Springer
- Vaishnavi, S., Connor, K., & Davidson, J.R.T. (2007). An abbreviated version of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC2): Psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. *Psychiatry Research, 152* (2-3), 293-297.
- Vileikyte, L., González, J.S., Leventhal, H., Peyrot, M.F., Rubin, R.R., Garrow, A., et al. (2006). Patient Interpretation of Neuropathy (PIN) Questionnaire: An instrument for assessment of cognitive and emotional factors associated with foot self-care. *Diabetes Care, 29*, 2617-2624.
- Vinaccia, S. (2010). *Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos*. Disertación doctoral. Universidad Autónoma de Madrid, España.
- Yanguas, J.J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid, España: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Wagnild, G.M., & Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement, 1*, 165-178.

- Wenzel, L.B., Donnelly, J.M., Fowler, J.M., Habbal, R., Taylor, T.H., Aziz, N., et al. (2002). Resilience, reflection, and residual stress in ovarian cancer survivorship: a gynecologic oncology group study. *Psycho-Oncology*, *11*, 142-153.
- White, B., Driver, S., & Warren, A.M. (2008). Considering Resilience in the Rehabilitation of People With Traumatic Disabilities. *Rehabilitation Psychology*, *53*, 9-17.
- Zautra, A.J., Johnson, L.M., & Davis, M.C. (2005). Positive Affect as a Source of Resilience for Women in Chronic Pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*, 212-220.

Artículo recibido: 24-09-2010, revisado: 30-08-2011, aceptado: 18-09-2011)