

RESILIENCIA Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN ENFERMOS CRÓNICOS

Resilience and sociodemographic characteristics in the chronic ill

Japcy Margarita Quiceno*
Stefano Vinaccia Alpi**

Universidad San Buenaventura, Sede Bogotá (Colombia)

* Doctora en Psicología Clínica y de la Salud, Universidad Autónoma de Madrid (España). Psicóloga. Universidad de San Buenaventura - Sede Medellín (Colombia). Licenciada en Administración Educativa, Universidad Cooperativa de Colombia - Sede Medellín (Colombia). U.C.C. Profesora-investigadora del departamento de psicología de la Universidad de San Buenaventura, sede Bogotá (Colombia). japcyps@hotmail.com

** Doctor en Psicología Clínica y de la Salud, Universidad Autónoma de Madrid (España). Psicólogo. Pontificia Universidad Javeriana Sede Bogotá (Colombia). Especialista en Medicina Psicosomática, Università Cattolica di Milano (Italia). Profesor-investigador de facultad de psicología Universidad de San Buenaventura, sede Bogotá. vinalpi47@hotmail.com

Correspondencia: Universidad de San Buenaventura - Sede Bogotá (Colombia). Facultad de Psicología.

Resumen

El propósito de este estudio fue identificar las diferencias y relaciones de la resiliencia en función de las características sociodemográficas y clínicas, y analizar el peso de estas sobre la resiliencia en 121 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia renal crónica de la ciudad de Medellín, Colombia. Se utilizó como medición la escala de resiliencia RS y la escala de resiliencia breve CD-RISC2. A nivel de resultados no se encontraron diferencias estadísticamente significativas de la resiliencia en función a la características sociodemográficas. El análisis de regresión lineal múltiple mostró que el tiempo de diagnóstico tuvo un peso negativo sobre la resiliencia. En conclusión, las características clínicas tienen mayor relevancia sobre la resiliencia que las sociodemográficas cuando se es adulto mayor y con diagnóstico de enfermedad crónica.

Palabras clave: resiliencia, enfermedad crónica, características sociodemográficas.

Abstract

The purpose of this study was to identify differences and resilience relationship in terms of sociodemographic and clinical characteristics, and to analyze the weight of these on resilience in 121 patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and chronic renal failure of the city of Medellín, Colombia. The resilience scale RS and short scale resilience CD-RISC2 was used to measure. No statistically significant differences in resilience in function to sociodemographic characteristics were found. The multiple linear regression analysis showed that the diagnosis time had a negative weight on resilience. In conclusion, the clinical characteristics are more relevant on resilience than the demographic ones when people are older and diagnosed with chronic disease.

Keywords: Resilience, chronic disease, sociodemographic characteristics.

Fecha de recepción: 23 de julio de 2011

Fecha de aceptación: 23 de febrero de 2012

INTRODUCCIÓN

Desde mediados del siglo XX se viene dando un cambio paulatino del perfil epidemiológico no sólo en el mundo sino también en América Latina, y se presenta una transformación sustancial de las llamadas enfermedades infecciosas que aquejaron la humanidad hasta principios del siglo XX por las enfermedades crónicas que empezaron a tener mayor auge hasta nuestros días y que son las responsables de una alta morbi-mortalidad (DSSA, 2000). La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que las enfermedades crónicas son responsables del 60% de las muertes en el planeta. De los 58 millones de muertes que se presentaron en el mundo en el año 2005, 35 millones fueron atribuibles a enfermedades crónicas, como cardiopatías, cánceres, enfermedades pulmonares, osteomusculares y genitourinarias, prácticamente el doble de las enfermedades infecciosas como el VIH/Sida, la malaria, las enfermedades materno-infantiles y las carencias nutritivas múltiples. Solamente un 20% de las muertes causadas por enfermedades crónicas, se presentan en países desarrollados, mientras el 80% se registran en países con niveles de ingreso medio bajo, en el cual vive la mayoría de la población mundial (Strong, Mathers, Leeder & Beaglehole, 2005; WHO, 2005). Por consiguiente, se vaticina que el mayor peso de este cambio epidemiológico va a ser soportado especialmente por los países en vías de desarrollo, por tener menores recursos y encontrarse en plena transición epidemiológica; además, se suman las patologías asociadas al proceso de envejecimiento y a los cambios en los estilos de vida, por lo que la esperanza de vida en Latinoamérica (LA) ha aumentado paulatinamente, lo cual indica que en pocos años porcentajes importantes de la población se encontrarán en edad avanzada (Cusumano & Inserta, 2007). Debido a esto, la carga de las enfermedades crónicas tiene impacto negativo sobre la calidad de vida de los individuos afectados con efectos económicos importantes subestimados en las familias, las comunidades y la sociedad en general.

Por lo tanto, en los últimos años se han venido estudiando variables salutogénicas ante el estrés y los síntomas de la enfermedad, como el optimismo y el sentido del humor (Carr, 2007), la felicidad (Lyubomirsky, 2008), las emociones positivas (Fredrickson, 2001; Fredrickson & Levenson, 1998); el apoyo social (Netuveli & Blane, 2008), el sentido de

vida (Verduin et al., 2008), el control interno (Zautra, Johnson & Davis, 2005), el afrontamiento activo (Folkman & Moskowitz, 2004; Moos & Holahan, 2007) y la resiliencia (Connor, 2006; Wagnild, 2009), entre otras.

En lo que respecta a la resiliencia, el tema se viene estudiando en el campo de la psicología de la salud en los últimos diez años (Bonanno, 2004). Se le define como la capacidad de las personas para mantener la salud y el bienestar psicológico en un ambiente dinámico y desafiante (Zautra, Hall & Murray, 2008). Más concretamente en los últimos 20 años se han venido realizando investigaciones en resiliencia con muestras poblacionales con algún nivel de discapacidad como resultado de la cronificación de diferentes enfermedades y/o accidentes, tanto en adultos jóvenes como mayores (Bonanno, 2004; Wagnild, 2009), véase cáncer (Wenzel et al., 2002; Yi, Vitaliano, Smith, Yi & Weinger, 2008); incontinencia urinaria (Jamison, Weidner, Romero & Amundsen, 2007); insuficiencia renal crónica (White, Richter, Koeckeritz, Lee & Munch, 2002); enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Vinaccia & Quiceno, 2011); VIH/Sida (Rabkin, Remien, Katoff & Williams, 1993; Bletzer, 2007); esclerosis múltiple (DeArmas, 2004); y enfermedades reumáticas, como la artritis reumatoide (Johnson, Zautra & Going, 2008), entre otras. Estos estudios son concluyentes en considerar a la resiliencia como un factor de protección ante circunstancias difíciles de la vida, como el diagnóstico y el proceso de una enfermedad crónica. Además, en los estudios sobre resiliencia en adultos se han encontrado relaciones de las características sociodemográficas con este constructo. Los mejores niveles de resiliencia se presentan en las mujeres respecto a los hombres, y en edades avanzadas con relación a poblaciones más jóvenes (Hildon, Montgomery, Blane, Wiggins & Netuveli, 2010; Hildon, Smith, Netuveli, Blane, 2008; Lamond et al., 2008; Netuveli & Blane, 2008; Netuveli, Wiggins, Montgomery, Hildon & Blane, 2008; Nygren et al., 2005).

Dada la ausencia en Colombia de investigaciones desde el ámbito de la psicología de la salud respecto al papel de la resiliencia en enfermos crónicos adultos, en este estudio se hace entonces hincapié en: 1. Identificar las diferencias y relaciones de la variable resiliencia en función de las características sociodemográficas (sexo, escolaridad, estado civil, con quién vive, ocupación, estrato socioeconómico) y clínicas (sistema de

salud adscrito, tiempo de diagnóstico de la enfermedad, recibe tratamiento farmacológico específico para la enfermedad y consumo medicación psiquiátrica) de la muestra, y 2. Analizar el peso de las características sociodemográficas y clínicas sobre la resiliencia en enfermos crónicos de la ciudad de Medellín, Colombia.

MÉTODO

Participantes

Participaron en este estudio 121 personas con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica -EPOC ($n= 40$) hospitalizados en el Hospital General de Medellín; artritis reumatoide -AR ($n=41$), de la Fundación para el Paciente con Artritis Reumatoide (FUNPAR), e insuficiencia renal crónica -IRC ($n=40$), del Instituto Clínica del Riñón de Medellín, escogidas mediante muestreo no aleatorio de sujetos disponibles, quienes participaron de manera libre y voluntaria en el estudio. Los pacientes tenían una edad media de 59 años y un tiempo de diagnóstico de la enfermedad de 6 años.

Instrumentos

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). Consta de 25 ítems, con un sistema de respuesta tipo Likert que va de 1 a 7 puntos y comprende dos dimensiones: *competencia personal* (17 ítems) y *aceptación de sí mismo y de la vida* (8 ítems) y una escala total de los 25 ítems. A mayor puntuación mayores niveles de resiliencia.

Escala de Resiliencia Breve CD-RISC2: desarrollada originalmente 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 & 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.

Procedimiento

Previo permiso y autorización de los diferentes representantes legales y científicos se lleva a cabo la investigación en diferentes instituciones en salud de la ciudad de Medellín, Colombia. No se tuvieron en cuenta los participantes que presentaban deterioro cognitivo para responder las pruebas psicotécnicas. Se explicó el propósito de la investigación a los pacientes, y luego de la lectura de la carta del consentimiento informado, de manera libre y voluntaria los pacientes lo firmaron. Posteriormente se prosiguió con la aplicación de los instrumentos en los que cada paciente respondió de manera individual en las instalaciones de las entidades en salud, y cuando lo requerían contaron con la ayuda del investigador a cargo para orientarlos en el diligenciamiento. La duración aproximada de aplicación de los cuestionarios psicométricos fue de media hora.

RESULTADOS

Análisis de datos

Se presentan a continuación, a nivel descriptivo, las medidas de tendencia central del estudio como son la media y la mediana; además, se muestra la desviación típica (D.T.) y las puntuaciones mínimas (Mín.) y máximas (Máx.) de los instrumentos psicométricos utilizados. Y en relación con las variables nominales se sacaron porcentajes. De igual modo, se indica el respectivo alfa de Cronbach de los cuestionarios empleados. Por otro lado, se realizó la prueba de homogeneidad de varianza (F de Levene) supuesto básico del ANOVA paramétrico. En los casos en los que se cumplió principalmente este último supuesto se identificaron las diferencias de la variable resiliencia en función de las características sociodemográficas y clínicas de la muestra con el ANOVA paramétrico (F), en caso contrario con el ANOVA no paramétrico de Kruskal-Wallis. Para las variables cuantitativas se empleó el coeficiente de correlación *Pearson* y los valores $p < 0,05$ fueron considerados estadísticamente significativos. Por último, se realizó la predicción de la resiliencia en función

de las características sociodemográficas y clínicas, a través de un modelo de regresión lineal múltiple. La estimación de este modelo se realizó con el método de selección por pasos, utilizando como criterio para el ingreso de las variables un valor p significativo $< 0,05$. Se evaluaron los siguientes supuestos: distribución normal del residuo (error), media de los residuales = 0; homoscedasticidad de varianza de los residuales; no autocorrelación de los residuos (evaluado con el estadístico de Durbin-Watson, $1,5 < DW < 2,5$) y no existencia de multicolinealidad (evaluado con el FIV < 5).

Características socio demográficas

Respecto a las características sociodemográficas y clínicas participaron en este estudio 121 personas, hombres y mujeres con diagnóstico de enfermedad crónica (EPOC, AR, IRC), con una media de 59 años de edad y una desviación típica de 13,3. A nivel general hubo predominio de las mujeres (63%). La mayoría fueron adultos con un 'nivel educativo' de 7 años de estudios aprobados (7º grado de básica secundaria), quienes correspondían además a un nivel socioeconómico entre bajo (1 y 2) y medio-bajo (3). La mayoría de la muestra se agrupó en las categorías estado civil casado y/o unión libre, y con respecto a con quien vive un 92% estaba con familiares.

De acuerdo a la ocupación hubo mayor agrupamiento de la muestra en amas de casa (43%) y en jubilados/pensionados (32%). En cuanto al sistema de salud la gran mayoría (65%) estuvo adscrita a una EPS (Entidad Prestadora de Servicios de Salud) y un 32% al SISBEN (Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales). El tiempo de diagnóstico de la enfermedad tuvo una media de 6 años y el 96% de los pacientes reportaron que recibían tratamiento farmacológico específico para la enfermedad; se evidencia, por otro lado, un porcentaje muy inferior (5%) en el consumo de medicación psiquiátrica. En la Tabla 1 se presentan estos resultados.

Tabla 1.
Características sociodemográficas y clínicas

	n	%		n	%
Sexo					
Mujeres	76	62,8			
Hombres	45	37,2			
Edad (años)			Escolaridad (en años)		
Media (D.T)	59,18	13,3	Media (DT)	7,34	5,0
Rango (Min-Max)	(22 - 86)		Rango (Min-Max)	(1-20)	
Estado civil			Ocupación		
Soltero	28	23,1	Empleado	5	4,1
Casado	54	44,6	Trabajador independiente	13	10,7
Separado/Divorciado	18	14,9	Jubilado/Pensionado	39	32,2
Unión Libre	6	5,0	Desempleado	12	9,9
Viudo	15	12,4	Ama de casa	52	43,0
Con quien vive			Estrato Socioeconómico		
Solo	8	6,6	Bajo (nivel 1 y 2)	59	48,8
Con familia	111	91,7	Medio (nivel 3 y 4)	55	45,5
Con amigos	2	1,7	Alto (nivel 5 y 6)	7	5,8
Sistema de Salud			Tiempo de diagnóstico (meses)		
SISBEN	39	32,2			
EPS	79	65,3	Media (DT)	85,56	85,6
Medicina prepagada	2	1,7	Rango (Min-Max)	(1-444)	
Particular/Privada	1	0,8			
Recibe tratamiento farmacológico			Consume medicación psiquiátrica		
Si	117	96,7	Si	6	5,0
No	4	3,3	No	115	95,0

DT = Desviación Típica; Mín. = Mínimo; Max.= Máximo

A nivel descriptivo se aprecia, en relación con las puntuaciones mínimas (Mín.) y máximas (Máx.) del estudio, que las dimensiones y la escala total del cuestionario de resiliencia RS tuvo niveles altos; igualmente se observa este comportamiento con la escala de resiliencia CD-RISC2, como se muestra en la tabla 2.

Tabla 2.

Análisis descriptivo y Alfa de Cronbach de los cuestionarios RS y CD-RISC2.

	Media	Mediana	DT	Mín.	Máx.	Alfa
Escala de Resiliencia (RS)						
Competencia personal	101,8	102,0	12,6	46	119	0,89
Aceptación de sí mismo y la vida	46,7	48,0	7,2	22	56	0,81
RS TOTAL	148,5	150,0	19,0	70	175	0,92
Escala CD-RISC2	7,08	8,00	1,43	2	8	0,75

DT = Desviación Típica; Min. = Mínimo; Max.= Máximo

De acuerdo con las asociaciones entre las escalas de resiliencia, se aprecia que la escala CD-RISC2 tuvo correlaciones positivas con las dimensiones competencia personal (0,596), aceptación de sí mismo y de la vida (0,509) y con la escala de resiliencia total (0,588) del cuestionario de resiliencia RS (ver tabla 3). Por otro lado, respecto a las características sociodemográficas y clínicas se evidencia que solo hubo una correlación negativa muy débil entre el tiempo de diagnóstico de la enfermedad y la escala CD-RISC2 (-0,228).

Tabla 3.

Correlación de la resiliencia entre sí y con las variables sociodemográficas y clínicas.

	Competencia personal	Aceptación de sí mismo y la vida	RS Total	CD-RISC2
Escala de Resiliencia RS				
Competencia personal				0,596*
Aceptación de sí mismo y la vida				0,509*
Resiliencia puntuación total (RS)				0,588*
Variables sociodemográficas y clínicas				
Edad	-0,025	0,135	0,035	-0,082
Años cursados de estudios	0,039	0,039	0,040	0,129
Tiempo de diagnóstico de la enfermedad	-0,108	-0,066	-0,097	-0,228*

* $p < .05$, dos colas.

Se describen a continuación las diferencias en la variable resiliencia en función de las características sociodemográficas como sexo, con quien vive, ocupación, estrato socioeconómico, estado civil, y en función de las características clínicas como recibe tratamiento farmacológico específico para la enfermedad y consume medicamentos psiquiátricos (tabla 4). Con relación a las escalas de resiliencia RS y CD-RISC2, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función a las características sociodemográficas como sexo, ocupación, estrato socioeconómico colombiano y estado civil. Y en relación con la variable con quien vive se observa que el tamaño de la muestra en las categorías sólo y con amigos fue muy pequeña, es decir que, en general, la gran mayoría de los participantes ($n=111$) vive con la familia.

Tabla 4.

Diferencias de la resiliencia según las variables sociodemográficas y clínicas del estudio.

Variables sociodemográficas y clínicas		Escala RS			CD-RISC2
		Competencia personal	Aceptación de sí mismo y la vida	RS Total	Resiliencia
Sexo					
Hombres (n=45)	Media (DT)	101,1 (13,3)	46,5 (6,3)	147,6 (18,8)	6,9 (1,6)
	Mín-Máx	46-119	24-56	70-175	2-8
Mujeres (n=76)	Media (DT)	102,3 (12,2)	46,8 (7,7)	149,1 (19,2)	7,2 (1,3)
	Mín-Máx	65-119	22-56	96-175	2-8
	z^* (p)	-0,459 (0,646)	-0,644 (0,520)	-0,521 (0,603)	-0,676 (0,499)
Con quien vive					
Solo (n=8)	Media (DT)	106,1 (12,1)	48,9 (7,3)	155 (18,8)	6,9 (2,0)
	Mín-Máx	81-118	33-56	114-174	2-8
Con familia (n=111)	Media (DT)	101,4 (12,7)	46,4 (7,2)	147,8 (19,1)	7,1 (1,4)
	Mín-Máx	46-119	22-56	70-175	2-8
Con amigos (n=2)	Media (DT)	110 (0,0)	53 (2,8)	163 (2,8)	7,0 (1,4)
	Mín-Máx	110-110	51-55	161-165	6-8
	**Chi-Cuadrado (p) (df=2)	2,900 (0,235)	3,547 (0,170)	3,590 (0,166)	0,102 (0,749)
Ocupación					
Empleado (n=5)	Media (DT)	99,8 (12,5)	44,6 (7,4)	144,4 (19,8)	6,6 (2,6)
	Mín-Máx	81-116	33-53	114-169	2-8
Trabajador independiente (n=13)	Media (DT)	99,5 (14,6)	46,3 (7,4)	145,8 (21,1)	7,2 (1,4)
	Mín-Máx	65-119	31-56	96-172	4-8

Continúa...

Variables sociodemográficas y clínicas		Escala RS			CD-RISC2
		Competencia personal	Aceptación de sí mismo y la vida	RS Total	Resiliencia
Jubilado/Pensionado (n=39)	Media (DT)	101,7 (14,0)	46,5 (7,7)	148,3 (20,9)	7,0 (1,5)
	Mín-Máx	46-119	22-56	70-175	2-8
Desempleado (n=12)	Media (DT)	103,6 (11,0)	47,5 (5,6)	151,1 (15,7)	6,8 (1,8)
	Mín-Máx	85-119	38-56	128-174	4-8
Ama de casa (n=52)	Media (DT)	102,3 (11,6)	46,9 (7,3)	149,2 (18,1)	7,2 (1,2)
	Mín-Máx	69-119	28-56	104-175	4-8
	**Chi-Cuadrado (p) (df=4)	0,631 (0,960)	0,978 (0,913)	0,956 (0,916)	0,690 (0,952)
Estrato social					
Bajo (n=59)	Media (DT)	100,7 (13,3)	46,4 (7,3)	147,1 (19,9)	6,9 (1,6)
	Mín-Máx	46-119	24-56	70-175	2-8
Medio (n=55)	Media (DT)	103,2 (11,2)	46,9 (7,0)	150,1 (17,3)	7,4 (1,0)
	Mín-Máx	69-119	22-56	99-175	2-8
Alto (n=7)	Media (DT)	100,4 (16,7)	47,7 (9,0)	148,1 (25,3)	7,4 (0,9)
	Mín-Máx	65-116	31-56	96-172	4-8
	**Chi-Cuadrado (p) (df=2)	1,016 (0,602)	0,253 (0,881)	0,391 (0,822)	1,635 (0,442)
Tratamiento farmacológico					
SI (n=117)	Media (DT)	101,7 (12,7)	46,6 (7,2)	148,3 (19,1)	7,1 (1,5)
	Mín-Máx	46-119	22-56	70-175	2-8
NO (n=4)	Media (DT)	106,0 (8,6)	49,5 (9,3)	155,5 (17,5)	6,8 (1,0)
	Mín-Máx	94-114	36-56	130-170	6-8
	z* (p)	-0,668 (0,504)	-1,034 (0,301)	-0,849 (0,396)	-1,199 (0,231)
Medicación psiquiátrica					
SI (n=6)	Media (DT)	104,3 (7,5)	47,8 (7,1)	152,2 (14,3)	7,0 (1,5)
	Mín-Máx	97-115	41-55	138-169	4-8
NO (n=115)	Media (DT)	101,7 (12,8)	46,6 (7,2)	148,3 (19,2)	7,1 (1,4)
	Mín-Máx	46-119	22-56	70-175	2-8
	z* (p)	-0,155 (0,876)	0,042 (0,967)	-0,167 (0,867)	0,255 (0,799)

DT = Desviación Típica; Min. = Mínimo; Max.= Máximo

*Prueba U de Mann-Whitney

**Prueba de Kruskal Wallis

Por último, en relación con los modelos finales de regresión lineal múltiple se encontró que la resiliencia (CD-RISC2) presentó un coeficiente de determinación $R^2c=72\%$, explicado negativamente por la variable sociodemográfica tiempo de diagnóstico de la enfermedad en meses ($\beta = -0,249$; $t = -2,817$; $p = 0,006$).

DISCUSIÓN

En este estudio participaron adultos mayores con diagnóstico de enfermedad crónica, hombres y mujeres, casados, amas de casa y jubilados/pensionados, que no alcanzaron a terminar el bachillerato, de un estrato socioeconómico colombiano medio-bajo, adscritos a una entidad prestadora de servicios de salud, con un tiempo de diagnóstico de la enfermedad de 6 años, quienes seguían tratamiento farmacológico específico para la enfermedad y muy pocos recibían medicación psiquiátrica.

Con relación a la resiliencia se observan niveles altos, tanto en la escala de resiliencia total (RS) como en sus diferentes dimensiones competencia personal y aceptación de sí mismo y de la vida, como también en la escala de resiliencia breve (CD-RISC2). Estos resultados llevan a pensar, por un lado, que los pacientes del estudio tienen habilidades y capacidades personales de auto-confianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio y, por otro, tienen capacidad de perseverancia, adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable para lograr la autoaceptación tanto de sí mismo como de la vida a pesar de la adversidad (Connor & Davidson, 2003; Wagnild & Young, 1993).

Con respecto a la medición de la resiliencia, no se evidencian en la literatura estudios que muestren relaciones significativas entre los diferentes instrumentos para medir este constructo (Ahern, Kiehl, Sole y 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 –aun cuando no era el objetivo principal– (Stewart & Yuen, 2011), para luego identificar qué variables sociodemográficas y clínicas tenían mayor peso sobre la resiliencia, independientemente del instrumento de medida utilizado. 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 Wag-

nild 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 Vaisnnavi 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.

Al respecto, en esta investigación es significativo encontrar que la resiliencia es completamente independiente de variables sociodemográficas como el sexo, la edad, el nivel educativo, el estrato socioeconómico, el estado civil, la ocupación y el tratamiento farmacológico. Estos resultados difieren de diferentes investigaciones en las que se plantea, por ejemplo, que la edad avanzada y el sexo, especialmente ser mujer, pueden ser factores que favorecen la resiliencia (Choowattanapakorn, Aléx, Lundman, Norberg & Nygren 2010; Hildon et al., 2010; Lamond et al., 2008; Netuveli et al., 2008; Nygren et al., 2005; Shen & Zeng, 2010). Los primeros estudios que plantearon esto fueron realizados en países anglosajones y escandinavos, como Suecia, Inglaterra y los Estados Unidos, pero más recientemente se han encontrado resultados similares en países asiáticos, como China y Tailandia.

Ahora bien, lo que hace la diferencia de este estudio que enfatiza en las características sociodemográficas, con otros en resiliencia con muestras de adultos mayores, es la variable enfermedad crónica más lo que esta implica. Es de anotar que a medida que pasa el tiempo hay un deterioro paulatino por los cambios cíclicos e inesperados que acarrea la enfermedad, más la incertidumbre que la acompaña, y además los pacientes se ven enfrentados a numerosas amenazas internas (emociones negativas, cambios biológicos, síntomas, etc.) y externas (trabajo, redes sociales, servicio médico, etc.) que alteran sus estilos de vida, lo que los lleva a estar resistiendo permanentemente con el fin de alcanzar la supervivencia. Al respecto, la literatura plantea que la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la artritis reumatoide y la insuficiencia renal crónica tienen en común que producen fatiga, incapacidad funcional, emociones negativas e invalidez, lo que afecta significativamente las actividades relacionadas

con el trabajo (Anaya, 1999; Ballina & Rodríguez, 2000; Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez & Fajardo, 2006; Contreras, Esguerra, Espinosa & Gómez, 2007; De Calvo & Martín, 2002; Escalante & Del Rincón, 1999; Picavet & Hoeymans, 2004; Pineda et al., 2004; Rodríguez, Castro & Merino, 2005).

Razones que explican por qué en el análisis de regresión lineal múltiple se encontró que los años de diagnóstico son un factor que tiene un peso negativo sobre la resiliencia. Al respecto Trivedi, Bosworth y Jackson (2011) plantean que el paso del tiempo en los enfermos crónicos puede producir un desgaste que limita y erosiona la resiliencia. Y, posiblemente, por lo antes planteado, las características sociodemográficas que en otros estudios han sido relevantes no fueron significativas en este, mientras sí lo fueron las clínicas. Todo esto lleva a la hipótesis de que ser adulto mayor, con un diagnóstico de enfermedad crónica, podría promover conductas resilientes. Al respecto, diferentes estudios han planteado que las personas en la etapa adulta y en etapas posteriores es cuando alcanzan mayor bienestar y satisfacción con la vida, manejan mejor la enfermedad crónica a nivel emocional, ya que han adquirido mayor experiencia en el afrontamiento de eventos estresantes a través de los años y los problemas de salud constituyen un tipo de situación estresante habitual y, por tanto, esperable o predecible por la persona, por lo que la adaptación resulta más fácil (Yanguas, 2006; Blanchflower & Oswald, 2008).

Lo anterior lleva a sugerir más estudios en los que se analice el peso de las variables sociodemográficas en la resiliencia, ya que estos aún no son concluyentes y es posible, además, que factores étnicos culturales medien en los resultados hallados hasta el momento. Se sugiere, además, estudios en los que se controle la variable sexo (ser hombre y mujer) y se compare en fusión a la resiliencia.

Por último, los resultados de este estudio llevan a proponer el desarrollo de futuros programas de promoción, prevención e intervención en salud para adultos mayores en los que se retomem elementos asociados a la resiliencia, como variable protectora, moduladora y amortiguadora de la salud física y mental (Quiceno, Vinaccia & Remor, 2011; Shen & Zeng, 2010; Smith, 2009; Smith & Zautra, 2008; Wagnild, 2009).

Referencias

- Ahern, N.R., Kiehl, E.M., Sole, M.L., & Byers, J. (2006). A review of instruments measuring resilience. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 29, 103-125.
- Anaya, J.M. (1999). Genes y artritis reumatoide. *Revista Colombiana de Reumatología*, 6, 240-250.
- Ballina, F. & Rodríguez, A. (2000). Artritis reumatoide. *Revista Española de Reumatología*, 27, 56-64.
- Blanchflower, D.G. & Oswald, A. (2008). Is well-being u-shaped over the life cycle? *Social Science & Medicine*, 66, 1733-1749.
- 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.
- Carr, A. (2007). *Psicología positiva: la ciencia de la felicidad*. Barcelona: Paidós.
- Choowattanapakorn, T., Aléx, L., Lundman, B., Norberg, A., & Nygren B. (2010). Resilience among women and men aged 60 years and over in Sweden and in Thailand. *Nursing Health Sciences*, 12, 329-335.
- Connor, K.M. (2006). Assessment of resilience in the aftermath of trauma. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 46-9.
- 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., Espinosa, J.C., Gutiérrez, C. & Fajardo, L. (2006). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Universitas Psychologica*, 5, 487-499.
- Contreras, F., Esguerra, G.A., Espinosa, J.C. & 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.
- Cusumano, A.M. & Inserta, F. (2007). Enfermedad renal crónica: necesidad de implementar programas para su detección precoz y prevención de su progresión. *Revista de Nefrología, Diálisis y Trasplante*, 27, 113-118.
- DeArmas, A. (2004). *Contributing factors to resilience in relapsing-remitting multiple sclerosis*. Disertación doctoral no publicada, Universidad de Maryland, USA.
- De Calvo, E. & Martin, A. (2002). *Atención al paciente con asma y EPOC en la consulta del médico de familia*. Barcelona: Masson.
- Dirección Seccional de Salud -DSSA (2000). Mortalidad por tumores. *Revista Epidemiológica de Antioquia*, 25, 103-105.

- Escalante, A. & Del Rincón, I. (1999). How much disability in rheumatoid arthritis is explained by rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheumatism*, 42, 1712-1721.
- Folkman, S. & Moskowitz, J.T. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: the broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Fredrickson, B.L. & Levenson, R.W. (1998). Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition and Emotion*, 12, 191-220.
- 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.
- 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.
- Hildon, Z., Smith, G., Netuveli, G. & Blane, D. (2008). Understanding adversity and resilience at older ages. *Sociology of Health & Illness*, 30, 726-740.
- Jamison, M.G., Weidner, A.C., Romero, A.A. & Amundsen, C.L. (2007). Lack of psychological resilience: an important correlate 5 for urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, 18, 1127-1132.
- Johnson, L., Zautra, A.J. & Going, S. (2008). Adaptation to early knee osteoarthritis: the role of risk, resilience, and disease severity on pain and physical functioning. *Annals of Behavioral Medicine*, 36, 70-80.
- Lamond, A.J., Depp, C.A., Allison, M., Langer, R., Reichstadt, J., Moore, D.J., et al. (2008). Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 148-154.
- Lyubomirsky, S. (2008). *La ciencia de la felicidad: un método comprobado para conseguir el bienestar*. Barcelona: Urano.
- Menezes de Lucena, V., Fernández, B., Hernández, L., Ramos, F. & 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.
- Netuveli, G. & Blane, D. (2008). Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin*, 85, 1-14.

- Netuveli, G., Wiggins, R.D., Montgomery, S.M., Hildon, Z. & Blane, D. (2008). Mental health and resilience at older ages: bouncing back after adversity in the British Household Panel Survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *62*, 987-991.
- Nygren, B., Aléx, L., Jonsén, E., Gustafson, Y., Norberg, A. & Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging & Mental Health*, *9*, 354-362.
- Picavet, H.S. & Hoeymans, N. (2004). Health related quality of life in multiple musculoskeletal diseases: SF-36 and EQ-5D in the DMC3 study. *Annals of the Rheumatic Diseases* *63*, 723-729.
- Pineda, R., Arcila, G.A., Restrepo, R., Tobón, G.J., Camargo, J.F. & Anaya, J.M. (2004). Costos médicos directos de la artritis reumatoide temprana. *Revista Colombiana de Reumatología*, *11*, 89-96.
- Quiceno, J.M., Vinaccia, S. & Remor, E. (2011). Programa de potenciación de la resiliencia para pacientes con artritis reumatoide. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *16* (1), 27-47.
- Rabkin, J.G., Remien, R., Katoff, L. & Williams, J.B. (1993). Resilience in adversity among long-term survivors of AIDS. *Hospital Community Psychiatry*, *44*, 162-167.
- Rodríguez, M., Castro, M. & Merino, J.M. (2005). Calidad de vida en pacientes renales hemodializados. *Ciencia y Enfermería*, *11*, 47-57.
- Shen, K., & Zeng, Yi. (2010). The association between resilience and survival among Chinese elderly. *Demographic Research*, *23*, 105-116.
- Smith, P.R. (2009). Resilience: resistance factor for depressive symptom. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *16*, 829-837.
- Smith, B.W. & Zautra, A.J. (2008). Vulnerability and resilience in women with arthritis: test of a two-factor model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*, 799-810.
- Stewart, D. & Yuen, T. (2011). A systematic review of resilience in the physically ill. *Psychosomatics*, *52*, 199-209.
- Strong, K., Mathers, C., Leeder, S. & Beaglehole, R. (2005). Preventing chronic diseases: how many lives can we save? *Lancet*, *336*, 1578-1582.
- 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-RISC), the CD-RISC2: Psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. *Psychiatry Research*, *152*, 293-297.

- Verduin, P.J.M., de Bock, G.H., Vlieland, T.P.M.V., Peeters, A.J., Verhoef, J. & Otten, W. (2008). Purpose in life in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, 27, 899-908.
- Vinaccia, S. & Quiceno, J.M. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud y factores psicológicos: un estudio desde la enfermedad pulmonar obstructiva crónica -EPOC. *Terapia Psicológica*, 29 (1), 65-75.
- Wagnild, G. (2009). A review of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 17, 105-113.
- 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, N., Richter, J., Koeckeritz, J., Lee, Y. & Munch, K.L. (2002). A cross-cultural comparison of family resiliency in hemodialysis patients. *Journal of Transcultural Nursing*, 13, 218-227.
- WHO (2005). *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Geneva: WHO.
- Yanguas, J.J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Yi, J.P., Vitaliano, P.P., Smith, R.E., Yi, J.C. & Weinger, K. (2008). The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. *British Journal of Health Psychology*, 13, 311-325.
- 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.
- Zautra, A.J., Hall, J.S. & Murray, K.E. (2008). Resilience: a new integrative approach to health and mental health research. *Health Psychology Review*, 2 (1), 41-64.