



PROGRAMA DE POTENCIACIÓN DE LA RESILIENCIA PARA PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

JAPCY M. QUICENO¹, STEFANO VINACCIA² y EDUARDO REMOR³

¹Universidad de San Buenaventura, Bogotá, Colombia

²Universidad Católica de Colombia, Bogotá, Colombia

³Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

Resumen: El objetivo del estudio fue desarrollar y validar un programa para la potenciación de la resiliencia en pacientes con artritis reumatoide. El diseño fue cuasi-experimental tipo pre-test/post-test entre dos grupos no aleatorios con seguimiento al grupo experimental. La muestra total comprendió 76 pacientes (93% mujeres). En el estudio piloto (Estudio 1) participaron 26 pacientes, y en el estudio de réplica (Estudio 2) 50 pacientes. Los resultados observados en ambos estudios fueron favorables para el grupo intervenido. Las variables de resultado afectadas por el programa fueron la resiliencia, la autotranscendencia, el estado emocional, la calidad de vida, la percepción de enfermedad y el apoyo social. A modo de conclusión, el programa de intervención focalizado en la resiliencia puede potenciarla y producir cambios importantes en variables psicosociales asociados con la artritis reumatoide.

Palabras clave: Intervención; resiliencia; artritis reumatoide; cuasi-experimento.

Empowerment program of resilience for rheumatoid arthritis patients

Abstract: The aim of the present study was to develop and validate an intervention program to the empowerment of resilience for patients with rheumatoid arthritis. We used a quasi-experimental non-randomized pre-post two-group design; the experimental group was also assessed at follow-up. The total sample consisted of 76 patients (93% women). The results of both Study 1 ($n = 26$; pilot study) and Study 2 ($n = 50$) showed a positive effect of treatment on some of the outcome variables, including resilience, self-transcendence, mood states, quality of life, illness perception, and social support. Thus, the intervention program can enhance resilience and significantly improve psychosocial variables associated with rheumatoid arthritis.

Keywords: Intervention; resilience; rheumatoid arthritis; quasi-experiment.

INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad articular, autoinmune, multisistémica, inflamatoria y crónica, cuyo órgano blanco principal es la membrana sinovial. Afecta a las mujeres en una relación 3 a 1 en el mundo respecto a los hombres (Delgado-Vega, Martín, Granados y Anaya, 2006). La prevalencia aumenta con la edad y las diferencias entre géneros disminuyen

en el grupo de población de edad avanzada siendo el pico de incidencia entre los 35 y 50 años de edad, que supone el 80% de los casos (Ramos, 1999). Los síntomas constitutivos asociados a los peores pronósticos a nivel físico y mental son: rigidez matinal, fatiga, fiebre, pérdida de peso, dolor, hinchazón, disminución de la fuerza de presión, reducción en la movilidad, deformación en las articulaciones, trastornos del sueño (Ballina y Rodríguez, 2000) y emociones negativas como ansiedad, depresión/desesperanza y estrés (Culpepper, 2009; García-Soriano y Barreto, 2008; Martín et al., 2010).

Estudios previos han relacionado los factores psicológicos (p.ej., percepción de enfermedad y

Recibido: 3 noviembre 2010; aceptado 5 diciembre 2010

Correspondencia: Japcy Margarita Quiceno, Facultad de Psicología, Universidad de San Buenaventura Bogotá, Cra. 8 H No. 172-20, Bogotá, Colombia.
E-mail: japcyyps@hotmail.com

resiliencia) con la calidad de vida en personas con AR (Vinaccia, 2010). Por otra parte, desde la perspectiva de intervención psicológica (Ottonello (2007), la mayor parte de la investigación sobre la aplicación de programas de intervención en pacientes con AR ha estado focalizada en el manejo del dolor, el autocontrol y los estados emocionales negativos a través de las terapias cognitivo-conductuales. Algunos de estos trabajos han procurado identificar los mediadores psicológicos que podrían contribuir a una mayor eficacia de los programas terapéuticos, habiéndose encontrado como un posible mediador la resiliencia. La resiliencia fue definida, desde el área de la salud, como la capacidad de las personas para mantener la salud y el bienestar psicológico en un ambiente dinámico y desafiante (Zautra, Hall y Murray, 2008). Por esta razón la resiliencia es una variable relevante para la experiencia de salud ligada a la capacidad amortiguadora del estrés (Becoña, 2006; Oliva, Jiménez, Parra y Sánchez-Queija, 2008). Aunque los programas estructurados y manualizados son escasos, especialmente en el ámbito iberoamericano, se cuenta con algunos estudios que han desarrollado programas de intervención en resiliencia para adultos. Por ejemplo, Steinhardt, Mamerow, Brown y Jolly (2009) con pacientes de diabetes mellitus tipo II, Steinhardt y Dolbier (2008) con muestras de estudiantes universitarios, Steensma, Den Heijer y Stallen (2007) con ex-trabajadores y Schachman, Lee y Lederman (2004) con mujeres esposas de militares en proceso de adaptación al rol del post-parto.

Teniendo en cuenta la escasa investigación previa en el campo de la intervención en resiliencia con enfermos crónicos, este estudio cuasi-experimental tipo pre-post test entre dos muestras no aleatorias y con seguimiento al grupo intervenido a los tres meses, tuvo como objetivo diseñar, ejecutar y evaluar un programa para la potenciación de la resiliencia para pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. El programa de intervención diseñado, denominado "Fortaleza" (Quiceno y Remor, 2009), fue administrado a dos muestras distintas de pacientes, el primer estudio lo conformó un grupo piloto (estudio 1) y el segundo estudio fue una réplica directa de este (estudio 2). En ambos

estudios se pretendió evaluar el efecto del programa en distintas variables de resultado (variables dependientes) planteándose las siguientes hipótesis: H₁: Los participantes que reciben la intervención aumentarán significativamente los niveles de resiliencia, autotrascendencia, estado emocional, calidad de vida relacionada con la salud, percepción de enfermedad e indicadores de apoyo social al finalizar el tratamiento en comparación a un grupo control que no recibe la intervención. H₂: Las variables resiliencia, autotrascendencia, estado emocional, calidad de vida relacionada con la salud, percepción de enfermedad e indicadores de apoyo social mejorarán sus niveles o se mantendrán respecto a la medición post-test al cabo de tres meses en el grupo intervenido. H₃: Las variables dependientes que no logran ser significativas entre el grupo intervenido y su control en la evaluación post-test lo serán al cabo de tres meses en el grupo intervenido. H₄: Los participantes que reciben la intervención sobre resiliencia reportarán de mejor estado emocional al finalizar cada sesión del programa.

ESTUDIO 1: ESTUDIO PILOTO DEL PROGRAMA FORTALEZA

MÉTODO

Participantes

Participaron en este primer estudio 26 personas del sexo femenino con diagnóstico de AR según el criterio de Arnett et al. (1988) quienes fueron escogidas mediante muestreo no aleatorio de sujetos disponibles. El grupo cuasi-experimental lo conformaron 13 personas con una media de edad de 56,85 ($DT = 10,41$) y el grupo control lo conformaron otras 13 personas con una media de edad de 57,77 ($DT = 11,20$).

Instrumentos de evaluación

Entre corchetes se indica el alfa de Cronbach de los diferentes instrumentos psicométricos utilizados en la muestra total ($n = 76$) de este estudio en la evaluación pre-test.

Escala de Resiliencia (Resilience Scale, RS; Wagnild y Young, 1993). La versión en idioma español fue desarrollada por Heilemann, Lee y Kury (2003). Consta de 25 ítems escritos en forma positiva con un sistema de respuesta tipo Likert que va de 1 a 7 puntos. Comprende dos dimensiones: *competencia personal* [$\alpha = 0,72$] (algunos ítems son: “cuando hago planes los llevo a cabo”, “mantengo interés en las cosas”, “puedo valerme por mí mismo/a si tengo que hacerlo”, “siento que puedo manejar muchas cosas al mismo tiempo”, “cuando estoy en una situación difícil usualmente encuentro una salida”) y *aceptación de sí mismo y de la vida* [$\alpha = 0,95$] (algunos ítems son: “usualmente tomo las cosas como vienen”, “soy amigo/a de mí mismo/a”, “usualmente puedo encontrar algo de que reírme”, “mi vida tiene sentido”, “está bien si hay personas que no me quieren”). Además se cuenta con una *escala total* [$\alpha = 0,79$]. A mayor puntuación mayor nivel de resiliencia tanto en la escala total como en sus dimensiones.

Escala de Autotranscendencia (Self-transcendence scale, STS; Reed, 1987). Se utilizó en este estudio la adaptación al español realizada por Quiceno (2010). Mide la autotranscendencia como un recurso psicosocial y espiritual importante en el desarrollo madurativo de las personas. Consta de 15 ítems que forman una sola dimensión [$\alpha = 0,93$] (algunos ítems son: “teniendo aficiones (hobbies) o intereses que pueda disfrutar”, “aceptándome cada vez que tenga más años de vida”, “encontrando significado en mis experiencias pasadas”, “ayudando a otros de algún modo”, “teniendo un interés constante en aprender”, “disfrutando mi paso por la vida”). El sistema de respuesta es tipo Likert que va de 1 a 4 puntos (1 = nada a 4 = mucho). Puntuaciones superiores en la escala STS indican altos niveles de autotranscendencia.

Cuestionario de Salud (Medical Outcomes Study Short Form 36 ítems, MOS-SF-36; Ware y Sherbourne, 1992). Se utilizó en este estudio la versión 1 en español desarrollada por Alonso et al. (1998) y Alonso, Prieto y Antó (1995). Mide calidad de vida relacionada con la salud y comprende 36 ítems con un sistema de respuesta tipo Likert que varía en algunos ítems de la escala. Está conformado por 8 dimensiones: *función física* [$\alpha = 0,85$], *rol físico* [$\alpha = 0,87$],

dolor corporal [$\alpha = 0,85$], *salud general* [$\alpha = 0,86$], *vitalidad* [$\alpha = 0,84$], *función social* [$\alpha = 0,84$], *rol emocional* [$\alpha = 0,86$] y *salud mental* [$\alpha = 0,84$]. Las puntuaciones de estas ocho dimensiones se agrupan en una puntuación resumen física [PCS, $\alpha = 0,87$] y una puntuación resumen mental [MCS, $\alpha = 0,85$].

Cuestionario de Percepción de Enfermedad (The Brief Illness Perception Questionnaire, IPQ-B; Broadbent, Petrie, Main y Weinman, 2006). Se cuenta con la traducción en español de Guic (2008). Esta escala mide la representación cognitiva y emocional que tienen el paciente de su enfermedad. Este cuestionario comprende 8 dimensiones cada una con un único ítem y una pregunta abierta ordinal (ítem 9) con tres posibilidades de respuesta que no se consideró para este estudio. Las dimensiones son: *consecuencias* (ítem 1) se refiere a la percepción de los pacientes acerca de las implicaciones físicas, sociales y económicas que tendrá la enfermedad, así como a las reacciones emocionales que podrán surgir como consecuencias de las mismas; *duración* (ítem 2) hace alusión a la expectativa del paciente acerca de la evolución y el tiempo que durará la enfermedad; *control personal* (ítem 3) es la capacidad del paciente de manejar y sobrellevar los síntomas de su enfermedad; *control del tratamiento* (ítem 4) hace referencia hasta que punto la enfermedad es receptiva al tratamiento; *identidad* (ítem 5) se refiere al nombre o etiqueta de una enfermedad y a signos/síntomas concretos de la misma; *preocupación* (ítem 6) se refiere a sentimientos de preocupación/angustia por los síntomas asociados a la enfermedad; *comprensión de la enfermedad* (ítem 7) hace referencia al nivel de entendimiento que el paciente tiene de su enfermedad; y *respuesta emocional* (ítem 8) hace alusión a las emociones negativas asociadas con la enfermedad. El sistema de respuesta va de 0 a 10 puntos. Para las dimensiones consecuencias, identidad, preocupación y respuesta emocional a mayor puntuación peor percepción de enfermedad y para las dimensiones control personal, control de tratamiento y comprensión de la enfermedad a mayor puntuación mejor percepción de enfermedad.

Escala de Estado Emocional. Se empleó una escala visual analógica (EVA) para medir el

estado emocional tomada de González, Stewart, Ritter y Lorig (1995) para pacientes con artritis. La escala oscila entre 0 (“me siento emocionalmente muy bien”) a 10 puntos (“me siento emocionalmente muy mal”). A menor puntuación mejor estado emocional actual.

Indicadores de Apoyo Social Percibido. Se confeccionaron dos preguntas relacionadas a contenidos de apoyo social percibido. La primera hace relación al tamaño de la red social (número de personas del entorno en que los pacientes pueden contar en caso de necesitar ayuda, consejo, un favor o apoyo). Mientras que la segunda pregunta hace referencia al nivel de apoyo percibido, los pacientes en una escala de 0 (“ningún apoyo”) a 10 puntos (“mucho apoyo”) señalan hasta que punto últimamente se han sentido apoyados por su medio afectivo o familiar (pareja, familiares, amigos).

Procedimiento

El programa de intervención “Fortaleza” fue manualizado (Quiceno y Remor, 2009) antes de la aplicación al grupo piloto y para permitir su generalización y replicación en otras muestras de pacientes de artritis reumatoide. Todos los grupos sometidos al programa fueron coordinados por la misma terapeuta (profesional en psicología con enfoque cognitivo-conductual).

Previo permiso de los representantes legales de la institución en salud donde se desarrolló esta investigación se convocó a los participantes vía telefónica a través de la gerontóloga, quien informó a los pacientes “que en la institución se iba a realizar una investigación en psicología” sin explicarles cual sería su rol específico en el estudio ni generales expectativas previas. Independientemente del estado emocional y estrato socioeconómico no se consideraron aquellos que: tuvieran menos de 18 años de edad, personas sin un diagnóstico principal de AR menor a un año, personas con presencia de deterioro cognitivo, personas sin autonomía física, personas sin conocimientos básicos de lecto-escritura, personas que no participaran voluntariamente en el programa y que tuvieran interés de recibir algún reconocimiento económico.

Las personas que dieron una respuesta afirmativa en querer conocer más sobre la investigación se les dio la oportunidad de escoger entre dos días distintos de la semana para asistir a la reunión informativa con la investigadora del estudio en las instalaciones de la institución. Es importante aclarar que los pacientes que se inscribieron en uno u otro día no sabían que esto los llevaría a formar parte del grupo cuasi-experimental o control. Cuando se obtuvo el requerimiento del número de participantes estipulado por el manual Fortaleza (entre 15 a 25 personas por grupo) se cerró la convocatoria. Las personas que escogieron el primer día de la semana se les denominó grupo cuasi-experimental mientras quienes escogieron el segundo día se les llamó grupo control.

En la primera reunión al grupo intervenido se le explicó en qué consistía el estudio, el propósito, la salvedad de la asistencia de por lo menos el 85% de las sesiones totales del programa y se realizó una primera presentación preliminar de los participantes y la terapeuta. Mientras que al grupo control se les impartió una conferencia sobre psicología que tenía continuación a las dos semanas siguientes. Posteriormente los participantes (intervenidos y controles) de manera libre y voluntaria firmaron el consentimiento informado y se prosiguió con la aplicación de los instrumentos psicométricos y la ficha de datos sociodemográficos los cuales fueron auto-aplicados por cada participante en la institución y con la supervisión de la investigadora a cargo. El tiempo de aplicación fue de una hora y veinte minutos. Todos los cuestionarios pasaron por un proceso de adaptación idiomática y cultural antes de la utilización en este estudio (Quiceno, 2010).

Obtenido el consentimiento informado del grupo cuasi-experimental, se dio inicio a la aplicación del programa de intervención manualizado (Fortaleza). Debido a las limitaciones de espacio, se presenta aquí muy brevemente los contenidos del programa. Se trata de un programa multimodal compuesto por un conjunto de técnicas de intervención psicológicas para trabajar procesos de resiliencia fundamentado en tres pilares: autoestima, autoeficacia y autocontrol emocional. El programa Fortaleza comprendió 6 sesiones de dos horas y media de

duración que se desarrollaron en seis días consecutivos. La metodología de trabajo fue individual y grupal. El manual comprendió además un cuadernillo de trabajo para el participante. Cada sesión del programa estuvo organizada por actividades denominadas *administrativas* y de *intervención*. Las actividades administrativas atravesaron todo el programa como: lectura del sumario de la sesión, comprobación de asistencia, retroalimentación de asignación de compromisos (tareas para la casa) y el feedback de la sesión por los asistentes, mientras que las técnicas de intervención incluyeron ejercicios de relajación/respiración, de meditación (mantra), de gratitud, de escritura expresiva sobre sucesos positivos pasados, comunicación asertiva y actividades de potenciación de logros e intereses personales (Tabla 1; ver matriz de desarrollo del programa Fortaleza). El lector interesado en más detalles del programa puede contactarse con los autores para obtener el manual de la intervención.

Al inicio y al final de cada sesión se evaluó los participantes a través de una escala visual analógica (EVA) de estado emocional. Finalizada las seis sesiones se realizó la evaluación post-test con los mismos instrumentos tanto al grupo intervenido como al grupo control (en

dos momentos distintos en la misma semana), y sólo al grupo intervenido se le aplicó una encuesta de evaluación de satisfacción con el programa. Al cabo de tres meses se realizó la evaluación de seguimiento al grupo intervenido donde se volvieron a aplicar los instrumentos siguiendo los mismos parámetros que en las evaluaciones anteriores. Una vez finalizada la recogida de datos, estos se analizaron a través del paquete estadístico SPSS versión 15.0.

RESULTADOS

Evaluación del estado emocional

En la Tabla 2 se presentan las diferencias encontradas a nivel pre-post test de cada sesión del programa de intervención a través de la prueba de Wilcoxon sobre la variable estado emocional en el grupo intervenido. Se puede apreciar que en la sesión 4 no hubo diferencias estadísticamente significativas, mientras que en las sesiones 1, 2, 3, 5 y 6 hubo cambios significativos en el estado emocional. Indicando una mejora en el estado emocional al final de estas sesiones del programa en relación al estado emocional inicial.

Tabla 1. Matriz de desarrollo del programa Fortaleza

<i>Actividades de las sesiones</i>	<i>Sesión 1</i>	<i>Sesión 2</i>	<i>Sesión 3</i>	<i>Sesión 4</i>	<i>Sesión 5</i>	<i>Sesión 6</i>
Presentación del programa y de los participantes (expectativas y acuerdos de compromisos)	x					
Respiración	x	x	x	x	x	x
Relajación		x	x	x	x	x
Meditación			x	x	x	x
Estilos de comunicación interpersonal			x			
Gratitud		x	x	x	x	x
Escritura expresiva				x	x	x
Logros e intereses personales					x	
Feedback del programa en general "unirlo todo"						x
Lectura del sumario de la sesión	x	x	x	x	x	x
Tomar asistencia	x	x	x	x	x	x
Retroalimentación de asignación de compromisos sesión anterior		x	x	x	x	x
Feedback de cada sesión	x	x	x	x	x	x

Tabla 2. Medias, desviaciones típicas y análisis de las diferencias de la variable estado emocional (EE) en cada sesión del programa según los estudios 1 y 2

Sesión	Estudio 1				Estudio 2			
	N	EE-Pre	EE-Post	Wilcoxon Z	N	EE-Pre	EE-Post	Wilcoxon Z
		Media (DT)	Media (DT)			Media (DT)	Media (DT)	
1	13	3,62 (2,57)	2,23 (1,83)	-2,375*	22	4,05 (1,91)	2,14 (1,25)	-3,656*
2	11	2,91 (2,07)	2,27 (2,15)	-1,933*	24	3,00 (1,72)	1,88 (1,26)	-3,561*
3	13	2,77 (1,83)	2,08 (1,75)	-2,714*	23	2,78 (2,13)	1,87 (1,39)	-2,989*
4	11	3,18 (2,09)	2,64 (1,75)	-1,511	23	2,78 (1,65)	1,57 (1,44)	-3,674*
5	13	3,23 (2,01)	1,62 (1,33)	-2,979*	20	2,80 (1,67)	1,45 (1,00)	-3,598*
6	13	2,46 (1,66)	1,69 (1,55)	-2,428*	22	2,77 (1,63)	1,45 (1,26)	-3,455*

Nota. EE = Estado emocional. * $p < 0,05$

Comparación de las variables dependientes a nivel pre-test según el grupo intervenido y control

Para la comparación de las puntuaciones en las medidas de resultado del estudio entre grupos (intervenido vs. control) a nivel pre-test se utilizó la prueba *U* de Mann-Whitney. No se evidenció diferencias estadísticamente significativas en los promedios de las variables dependientes en la evaluación pre-tratamiento entre grupos. Indicando que a pesar de las características no aleatorias de la muestra no hubo sesgo en la formación de los grupos en las variables de resultado en el pre-test y que el grupo intervenido y el control son homogéneos en sus puntuaciones basales como se muestra en la Tabla 3.

Análisis del efecto de la participación en el programa de potenciación de la resiliencia

Teniendo en cuenta que los grupos intervenido y control no presentaron diferencias estadísticamente significativas en la evaluación pre-test se realizó un análisis de varianza (ANOVA) de un factor con medidas repetidas para analizar el efecto del factor tiempo (medición pre-/post-test) y del grupo (intervenido vs. control). De otro lado, se calculó el tamaño del efecto a través del eta cuadrado parcial (η_p^2) para cada uno de los efectos, el cual representa la proporción de la varianza de las variables dependientes que es explicada por el factor (véanse las Tablas 4, 6 y 7).

En la Tabla 4 se indican las medias, desviaciones típicas, valores de η_p^2 , y significaciones de *F*. Como se aprecia en la Tabla 4 el ANOVA (grupo \times tiempo) para la variable competencia personal mostró un efecto significativo del grupo ($F_{(1,24)} = 14,632, p < 0,001$), $\eta_p^2 = 0,37$, indicando que la competencia personal cambió significativamente entre grupos a favor del grupo intervenido. Por otro lado, se evidencia un efecto significativo de la interacción grupo y tiempo ($F_{(1,24)} = 47,689, p < 0,001$), indicando que el paso del tiempo influyó de manera distinta en el sujeto, dependiendo de si participó en el grupo de intervención o no. Para el grupo de intervención la competencia personal aumentó progresivamente del pre test al post test, mientras que en el grupo control esta disminuye mostrando un deterioro. No hubo un efecto significativo del tiempo ($p > 0,05$).

En cuanto a la variable aceptación de sí mismo y de la vida el ANOVA (grupo \times tiempo) mostró un efecto principal del tiempo ($F_{(1,24)} = 11,48, p < 0,001$). Se encuentra también un efecto principal del grupo ($F_{(1,24)} = 6,48, p < 0,001$), es decir, los grupos presentaron diferencias en esta variable a favor del grupo intervenido. No obstante, hubo un efecto significativo de la interacción de grupo y tiempo ($F_{(1,24)} = 73,39, p < 0,001$), indicando que el paso del tiempo influyó de forma diferente en la persona, dependiendo de la participación o no en el programa de intervención. Para el grupo intervenido aceptación de sí mismo y de la vida aumenta de manera importante entre la evaluación pre y post test mientras que en el grupo control esta disminuye.

Tabla 3. Medias, desviaciones típicas y comparación entre los grupos experimental (intervención) y control para las variables estudiadas. Estudios 1 y 2

<i>Pre Test</i>	<i>Estudio</i>	<i>Intervención</i>		<i>Control</i>		<i>Mann-Whitney U</i>	<i>Z</i>
		<i>Media (DT)</i>	<i>Media (DT)</i>	<i>Media (DT)</i>	<i>Media (DT)</i>		
Escala de Resiliencia RS							
Competencia personal	1	94,38 (12,24)	91,62 (12,24)	74,00	-0,539		
	2	77,40 (13,98)	87,00 (15,47)	194,50	-2,293*		
Aceptación de sí mismo y de la vida	1	40,46 (5,24)	42,92 (5,65)	62,00	-1,158		
	2	35,76 (6,83)	38,92 (8,88)	252,50	-1,166		
RS puntuación total	1	134,85 (16,82)	134,54 (17,56)	84,00	-0,026		
	2	113,16 (19,23)	125,92 (23,71)	210,50	-1,980*		
Escala de Autotrascendencia STS							
	1	54,46 (2,93)	53,46 (6,84)	81,00	-0,181		
	2	49,72 (8,09)	46,04 (9,76)	236,00	-1,487		
Cuestionario de Salud MOS SF-36							
Función física	1	65,38 (17,38)	65,00 (20,51)	81,00	-0,181		
	2	64,80 (21,43)	52,00 (24,83)	226,50	-1,674		
Rol físico	1	63,46 (46,34)	61,54 (46,34)	83,50	-0,057		
	2	56,00 (50,66)	46,00 (49,83)	280,50	-0,710		
Dolor corporal (+)	1	56,69 (22,38)	48,23 (20,22)	58,00	-1,368		
	2	54,76 (22,12)	41,00 (24,19)	209,50	-2,008*		
Salud general	1	63,08 (18,86)	59,77 (25,13)	74,50	-0,515		
	2	47,56 (20,59)	49,72 (19,69)	293,50	-0,370		
Vitalidad	1	65,00 (17,56)	53,85 (18,05)	57,50	-1,393		
	2	52,20 (21,65)	46,80 (21,35)	266,00	-0,906		
Función social	1	80,92 (24,14)	66,38 (26,74)	56,00	-1,514		
	2	64,16 (28,46)	55,08 (28,91)	254,00	-1,155		
Rol emocional	1	66,69 (47,14)	46,15 (51,89)	68,00	-0,965		
	2	53,40 (44,13)	45,28 (45,04)	290,00	-0,462		
Salud mental	1	68,00 (22,21)	64,62 (20,39)	77,00	-0,386		
	2	52,80 (23,44)	53,28 (24,41)	310,00	-0,049		
Índice Sumario Físico	1	43,58 (7,93)	43,50 (10,69)	78,50	-0,308		
	2	42,87 (8,74)	38,67 (7,26)	234,00	-1,523		
Índice Sumario Mental	1	47,43 (14,28)	40,76 (15,18)	65,00	-1,000		
	2	38,72 (13,72)	38,06 (13,74)	309,00	-0,068		
Percepción de enfermedad IPQ-B							
Consecuencias	1	4,69 (2,32)	5,08 (2,10)	75,00	-0,495		
	2	6,32 (2,44)	6,80 (2,10)	277,50	-0,686		
Duración	1	7,31 (2,56)	7,15 (2,64)	83,00	-0,078		
	2	7,08 (3,11)	7,52 (2,86)	281,50	-0,616		
Control personal	1	7,46 (1,66)	6,69 (1,80)	62,50	-1,154		
	2	6,16 (2,48)	5,84 (2,19)	293,00	-0,384		
Control de tratamiento	1	8,31 (0,85)	7,38 (1,89)	58,50	-1,380		
	2	7,40 (2,68)	7,48 (2,35)	305,00	-0,149		
Identidad	1	6,46 (2,70)	6,31 (2,02)	73,50	-0,572		
	2	6,12 (2,57)	6,84 (1,93)	274,50	-0,746		
Preocupación	1	5,00 (2,24)	6,08 (2,50)	63,50	-1,089		
	2	5,88 (2,54)	7,40 (2,55)	197,00	-2,268*		
Comprensión de la enfermedad	1	7,15 (2,48)	7,85 (1,57)	77,00	-0,392		
	2	6,68 (2,64)	6,32 (3,01)	294,00	-0,362		
Respuesta emocional	1	4,54 (2,67)	6,46 (2,79)	50,00	-1,788		
	2	5,72 (2,42)	7,24 (2,30)	194,50	-2,324*		
Indicadores de apoyo social percibido							
Con cuántas personas puede contar	1	4,08 (2,06)	5,54 (4,25)	74,00	-0,546		
	2	6,12 (4,93)	6,20 (5,33)	307,50	-0,098		
Hasta qué punto se ha sentido apoyado	1	8,00 (3,29)	6,38 (2,72)	54,50	-1,588		
	2	6,96 (2,96)	6,92 (2,89)	305,50	-0,139		

Nota. Número de participantes (n) estudio 1: n=13 (grupo cuasi-experimental) y n=13 (control). Número de participantes (n) estudio 2: n=25 (grupo cuasi-experimental) y n=25 (control). (+) a mayor puntuación menos frecuencia en la variable. * $p < 0,05$

Tabla 4. Medias, desviaciones típicas y efectos de los factores Grupo y Tiempo (Estudio 1)

Estudio 1 Variables		Medidas		Efecto (contrastes)		
		Pre	Post	Grupo	Tiempo	η_p^2 Grupo \times Tiempo
		Media (DT)	Media (DT)			
Escala de Resiliencia RS						
Competencia personal	Intervención	94,38 (12,24)	107,54 (8,39)	0,37**	0,01	0,66**
	Control	91,62 (12,24)	80,54 (10,18)			
Aceptación de sí mismo y de la vida	Intervención	40,46 (5,24)	50,23 (2,80)	0,21**	0,32**	0,75**
	Control	42,92 (5,65)	38,69 (5,72)			
RS puntuación total	Intervención	134,85 (16,82)	157,77 (10,89)	0,34**	0,11	0,75**
	Control	134,54 (17,56)	119,23 (14,19)			
Escala de Autotrascendencia STS						
Intervención	Intervención	54,46 (2,93)	56,31 (3,57)	0,03	0,08	0,07
	Control	53,46 (6,84)	53,54 (6,35)			
Cuestionario de Salud MOS SF-36						
Función física	Intervención	65,38 (17,38)	72,31 (13,63)	0,00	0,17**	0,03
	Control	65,00 (20,51)	67,69 (16,78)			
Rol físico	Intervención	63,46 (46,34)	76,92 (37,45)	0,01	0,02	0,02
	Control	61,54 (46,34)	61,54 (50,64)			
Dolor corporal (+)	Intervención	56,69 (22,38)	62,69 (23,67)	0,04	0,23**	0,00
	Control	48,23 (20,22)	54,92 (16,29)			
Salud general	Intervención	63,08 (18,86)	68,46 (19,13)	0,02	0,03	0,13
	Control	59,77 (25,13)	57,92 (22,16)			
Vitalidad	Intervención	65,00 (17,56)	71,54 (14,20)	0,13	0,19**	0,01
	Control	53,85 (18,05)	58,08 (19,42)			
Función social	Intervención	80,92 (24,14)	86,69 (16,45)	0,11	0,10	0,00
	Control	66,38 (26,74)	76,08 (17,36)			
Rol emocional	Intervención	66,69 (47,14)	79,46 (29,10)	0,02	0,25**	0,05
	Control	46,15 (51,89)	76,92 (39,43)			
Salud mental	Intervención	68,00 (22,21)	76,31 (16,93)	0,07	0,01	0,26**
	Control	64,62 (20,39)	58,77 (21,81)			
Índice Sumario Físico	Intervención	43,58 (7,93)	45,73 (7,37)	0,01	0,00	0,07
	Control	43,50 (10,69)	42,37 (10,52)			
Índice Sumario Mental	Intervención	47,43 (14,28)	51,50 (8,90)	0,05	0,22**	0,01
	Control	40,76 (15,18)	46,84 (14,00)			
Percepción de Enfermedad IPQ-B						
Consecuencias	Intervención	4,69 (2,32)	4,46 (2,18)	0,00	0,03	0,00
	Control	5,08 (2,10)	4,69 (2,56)			
Duración	Intervención	7,31 (2,56)	6,31 (2,90)	0,00	0,08	0,01
	Control	7,15 (2,64)	6,77 (3,03)			
Control personal	Intervención	7,46 (1,66)	6,23 (2,77)	0,06	0,26**	0,00
	Control	6,69 (1,80)	5,23 (1,92)			
Control de tratamiento	Intervención	8,31 (0,85)	7,69 (1,89)	0,01	0,00	0,04
	Control	7,38 (1,89)	7,92 (2,87)			
Identidad	Intervención	6,46 (2,70)	5,92 (2,14)	0,00	0,06	0,00
	Control	6,31 (2,02)	5,92 (2,81)			
Preocupación	Intervención	5,00 (2,24)	4,62 (2,43)	0,05	0,06	0,00
	Control	6,08 (2,50)	5,54 (2,22)			
Comprensión de la enfermedad	Intervención	7,15 (2,48)	7,62 (2,33)	0,00	0,01	0,08
	Control	7,85 (1,57)	6,85 (2,79)			
Respuesta emocional	Intervención	4,54 (2,67)	4,38 (2,29)	0,15**	0,01	0,00
	Control	6,46 (2,79)	6,15 (1,86)			
Indicadores de apoyo social percibido						
Con cuántas personas puede contar	Intervención	4,08 (2,06)	4,08 (2,06)	0,04	0,00	0,00
	Control	5,54 (4,25)	5,38 (4,57)			
Hasta qué punto se ha sentido apoyado	Intervención	8,00 (3,29)	8,46 (2,26)	0,13	0,01	0,02
	Control	6,38 (2,72)	6,31 (2,25)			

Nota.: Grupo experimental n=13, grupo control n=13. DT= Desviación Típica. (+) a mayor puntuación menos frecuencia en la variable. Prueba de esfericidad de Mauchly comprobada para todas las variables, no significativa (> .01), épsilon vale 1, se puede asumir que la matriz de varianzas y covarianzas tuvo esfericidad perfecta. η_p^2 = eta cuadrado parcial (proporción de varianzas explicadas). Significación de F: ** $p < 0,01$

En relación a la variable Resiliencia puntuación total, el ANOVA (grupo \times tiempo) encontró un efecto principal del *grupo* ($F_{(1,24)} = 12,51$, $p < 0,001$), indicando diferencias significativas entre los dos grupos a favor del grupo intervenido. También se observa un efecto significativo de la interacción *grupo y tiempo* ($F_{(1,24)} = 74,76$, $p < 0,001$), señalando que el paso del tiempo influyó de manera distinta al sujeto dependiendo de si participó o no en la intervención. La Resiliencia puntuación total aumentó en el grupo intervenido a diferencia del grupo control que disminuye. No obstante, no hubo un efecto significativo del *tiempo* ($p > 0,05$).

En cuanto a las siguientes variables de calidad de vida el ANOVA (grupo \times tiempo) evidenció un efecto principal del *tiempo*: función física ($F_{(1,24)} = 5,04$, $p < 0,001$), dolor corporal ($F_{(1,24)} = 7,39$, $p < 0,001$), vitalidad ($F_{(1,24)} = 5,72$, $p < 0,001$), rol emocional ($F_{(1,24)} = 8,328$, $p < 0,001$) e índice sumario mental ($F_{(1,24)} = 7,03$, $p < 0,001$). Lo anterior indica que el paso del *tiempo* influyó a ambos grupos, haciendo que se incrementasen los niveles de estas variables. No se observó ningún otro efecto significativo del *grupo* y de la interacción *grupo y tiempo* para estas variables ($p > 0,05$).

Para la variable salud mental el ANOVA (grupo \times tiempo) evidenció un efecto principal de la interacción *grupo y tiempo* ($F_{(1,24)} = 8,48$, $p < 0,001$), indicando que el paso del tiempo influyó de manera distinta al sujeto dependiendo si participó o no en la intervención. En el grupo intervenido se produjo un aumento en la salud mental mientras que en el grupo control esta disminuye. No se encontró efecto significativo del *tiempo* y del *grupo* por separado para esta variable ($p > 0,05$).

El ANOVA (grupo \times tiempo) para la variable control personal mostró un efecto principal del *tiempo* ($F_{(1,24)} = 8,72$, $p < 0,001$), indicando que, el control personal de las participantes del estudio varió significativamente a través del tiempo independientemente de la participación en el grupo de intervención. En otras palabras, no se puede afirmar que el programa logró impactar el control personal. No hubo efecto significativo del *grupo* y de la interacción *grupo y tiempo* ($p > 0,05$).

Respecto a la variable respuesta emocional el ANOVA (grupo \times tiempo) reveló un efecto

significativo del *grupo* ($F_{(1,24)} = 4,54$, $p < 0,001$), es decir, ambos grupos son diferentes para esta variable. Esto indica que las participantes del grupo intervenido estuvieron regulando sus respuestas emocionales a diferencia de las del grupo control. No hubo efecto significativo del *tiempo* y de la interacción *grupo y tiempo* ($p > 0,05$).

Por último, las variables dependientes auto-trascendencia (STS); rol físico, salud general, función social, índice sumario físico (MOS-SF-36); consecuencias, duración, control de tratamiento, identidad, preocupación, comprensión de la enfermedad (IPQ-B); y los indicadores de apoyo social percibido no tuvieron efecto principal del *tiempo*, el *grupo* ni de la interacción *tiempo y grupo*, es decir, el programa de intervención no logró aumentar estas variables dependientes.

Variables dependientes en el grupo intervenido: Pre-/post-test y seguimiento

En la Tabla 5 presentamos los resultados obtenidos mediante la prueba de Friedman en las tres condiciones cuasi-experimentales (pre-/post-test y seguimiento) del grupo intervenido. Como se observa hubo diferencias estadísticamente significativas en la escala de resiliencia puntuación total y sus dimensiones competencia personal y aceptación de sí mismo y de la vida, esta última dimensión tuvo una mínima disminución en el seguimiento en relación a la puntuación post-test, lo que podría indicar que los niveles se mantuvieron en el tiempo. De acuerdo con las dimensiones función física, rol físico, salud general, vitalidad, rol emocional, salud mental e índice sumario físico del cuestionario de salud MOS-SF-36 aumentaron en el tiempo sus niveles. En lo que se refiere a la dimensión control personal del cuestionario IPQ-B se observa que la puntuación disminuye en la evaluación post-test y aumenta sus niveles en el seguimiento. Respecto a la pregunta con cuántas personas puede contar la puntuación se mantuvo igual en la evaluación post-test respecto a la medición pre-test a diferencia del seguimiento donde la puntuación aumentó de manera significativa. El resto de las variables dependientes

Tabla 5. Medias, desviaciones típicas y análisis de las diferencias en el tiempo de las variables estudiadas según el grupo intervenido (Estudios 1 y 2)

	Estudio	Pre-Test	Post-Test	Seguimiento	Prueba de Friedman
		Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	χ^2 (g.l. = 2)
Escala de Resiliencia RS					
Competencia Personal	1	94,38 (12,24)	107,54 (8,39)	110,31 (5,85)	16,980*
	2	77,40 (13,98)	104,28 (12,58)	114,04 (7,41)	45,327*
Aceptación de sí mismo y de la vida	1	40,46 (5,24)	50,23 (2,80)	49,92 (2,56)	19,882*
	2	35,76 (6,83)	47,28 (6,72)	51,12 (4,08)	36,551*
RS puntuación total	1	134,85 (16,82)	157,77 (10,89)	160,23 (7,89)	19,538*
	2	113,16 (19,23)	151,56 (18,61)	165,16 (10,30)	41,040*
Escala de Autotrascendencia STS					
	1	54,46 (2,93)	56,31 (3,57)	57,00 (2,86)	4,682
	2	49,72 (8,09)	55,08 (5,15)	57,64 (2,83)	24,930*
Cuestionario de Salud MOS SF-36					
Función física	1	65,38 (17,38)	72,31 (13,63)	83,08 (13,47)	13,167*
	2	64,80 (21,43)	72,40 (20,92)	85,00 (12,50)	23,489*
Rol físico	1	63,46 (46,34)	76,92 (37,45)	100 (0,00)	10,300*
	2	56,00 (50,66)	77,00 (38,81)	100,00 (0,00)	13,319*
Dolor corporal	1	56,69 (22,38)	62,69 (23,67)	66,23 (11,66)	4,222
	2	54,76 (22,12)	58,00 (20,21)	72,12 (20,94)	11,932*
Salud general	1	63,08 (18,86)	68,46 (19,13)	78,77 (13,96)	10,457*
	2	47,56 (20,59)	62,48 (15,63)	79,16 (13,69)	38,194*
Vitalidad	1	65,00 (17,56)	71,54 (14,20)	78,85 (11,75)	9,957*
	2	52,20 (21,65)	67,60 (15,35)	79,80 (13,81)	19,565*
Función social	1	80,92 (24,14)	86,69 (16,45)	91,46 (10,64)	1,786
	2	64,16 (28,46)	82,08 (18,43)	96,52 (8,46)	31,753*
Rol emocional	1	66,69 (47,14)	79,46 (29,10)	100 (0,00)	8,000*
	2	53,40 (44,13)	84,00 (37,42)	100,00 (0,00)	24,471*
Salud mental	1	68,00 (22,21)	76,31 (16,93)	84,62 (9,36)	5,915*
	2	52,80 (23,44)	73,60 (19,32)	85,76 (11,49)	31,592*
Índice Sumario Físico	1	43,58 (7,93)	45,73 (7,37)	49,25 (3,31)	7,882*
	2	42,87 (8,74)	44,24 (7,75)	50,32 (4,96)	25,280*
Índice Sumario Mental	1	47,43 (14,28)	51,50 (8,90)	56,02 (4,16)	3,569
	2	38,72 (13,72)	50,99 (11,11)	56,56 (3,56)	26,880*
Percepción de enfermedad IPQ-B					
Consecuencias	1	4,69 (2,32)	4,46 (2,18)	4,23 (2,28)	0,170
	2	6,32 (2,44)	5,32 (2,15)	3,16 (2,62)	24,182*
Duración	1	7,31 (2,56)	6,31 (2,90)	6,77 (3,77)	2,850
	2	7,08 (3,11)	7,20 (3,14)	7,32 (3,96)	0,116
Control personal	1	7,46 (1,66)	6,23 (2,77)	7,23 (3,00)	8,400*
	2	6,16 (2,48)	7,00 (2,24)	9,08 (1,19)	24,000*
Control de tratamiento	1	8,31 (0,85)	7,69 (1,89)	8,00 (2,35)	1,000
	2	7,40 (2,68)	7,76 (1,69)	9,16 (1,49)	13,811*
Identidad	1	6,46 (2,70)	5,92 (2,14)	5,46 (5,46)	1,543
	2	6,12 (2,57)	5,28 (2,64)	2,72 (1,88)	26,157*
Preocupación	1	5,00 (2,24)	4,62 (2,43)	4,15 (2,54)	1,674
	2	5,88 (2,54)	5,24 (2,83)	1,28 (1,84)	32,255*
Comprensión de la enfermedad	1	7,15 (2,48)	7,62 (2,33)	7,77 (2,20)	2,056
	2	6,68 (2,64)	7,36 (2,27)	9,28 (2,13)	17,949*
Respuesta emocional	1	4,54 (2,67)	4,38 (2,29)	4,31 (2,66)	0,591
	2	5,72 (2,42)	4,72 (2,69)	2,04 (2,32)	27,674*
Indicadores de apoyo social percibido					
Con cuántas personas puede contar	1	4,08 (2,06)	4,08 (2,06)	8,85 (6,68)	8,909*
	2	6,12 (4,93)	5,88 (5,14)	9,68 (7,09)	11,349*
Hasta qué punto se ha sentido apoyado	1	8,00 (3,29)	8,46 (2,26)	8,77 (2,39)	2,696
	2	6,96 (2,96)	7,52 (2,92)	9,00 (2,06)	9,541*

Nota.: Tanto en el Estudio 1 ($n=25$) como en el Estudio 2 ($n=25$) se conservó el mismo número de participantes desde la evaluación post-test al seguimiento. * $p < 0,05$

no presentaron diferencias estadísticamente significativas.

DISCUSIÓN

Al analizar el impacto de la aplicación piloto del programa de intervención tanto a nivel inter (grupo intervenido vs. control) como intrasujetos (pre-/post-test y seguimiento grupo cuasi-experimental), se observa la confirmación de la hipótesis 1 y 2 de este estudio, donde se mostró un patrón definido de cambios significativos en el tiempo y asociado a la manipulación de la variable independiente (Programa “Fortaleza” para la potenciación de la resiliencia). Para las demás variables de resultado a nivel inter sujetos las diferencias observadas se centraron en las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud como función física, dolor corporal, vitalidad, rol emocional, salud mental e índice sumario mental y en la dimensión respuesta emocional del IPQ-B.

Los resultados sugieren que a corto plazo (una semana) el programa logra, por un lado, potenciar la resiliencia y por otro lado, logra reducir los estados emocionales negativos. Creemos que la eficacia del programa se explica por las técnicas y ejercicios empleados, que estaban focalizadas para que las paciente reevaluaran positivamente las situaciones de la vida, y a activar las emociones positivas para mitigar las negativas. Este efecto se refleja también en la mejora del estado emocional sesión por sesión en el grupo intervenido confirmándose la hipótesis 4 (con excepción de la sesión 4 que no mostró cambio alguno entre la medición inicial y final).

Ahora bien, en la evaluación de seguimiento (3 meses) aparte de la resiliencia se observa además una mejora significativa en la calidad de vida en el grupo intervenido, véase las dimensiones función física, vitalidad, rol emocional y salud mental que fueron aumentando en el tiempo (hipótesis 2), mientras que rol físico, salud general e índice sumario físico confirman la hipótesis 3, que indica que las variables dependientes que no logran ser significativas en la evaluación pos-test entre el grupo intervenido y su control lo serán al cabo de tres meses. Este efecto se confirma con el planteamiento de

Seligman y Czikszentmihalyi (2000) quienes sostienen que la resiliencia contribuye a la calidad de vida. En relación a las demás variables solo la dimensión control personal del IPQ-B y la pregunta con cuántas personas puede contar (tamaño de la red social) aparecen como significativas a los tres meses (hipótesis 3). Es de anotar aquí que el programa de intervención no produjo cambios en ninguna de las diferentes mediciones en la variable autotranscendencia.

A modo de conclusión, los resultados del estudio piloto son alentadores y nos llevan a apostar por la capacidad del programa para la promoción de la resiliencia e impacto sobre los indicadores de salud física y mental. Estos resultados deben ser confirmados en estudios subsecuentes.

ESTUDIO 2: ESTUDIO RÉPLICA DEL PROGRAMA FORTALEZA

MÉTODO

El presente estudio pretendió replicar los resultados del estudio piloto y analizar el nivel de generalización de los resultados en una muestra más amplia y distinta de personas con diagnóstico de AR.

Participantes

En este segundo estudio participaron 50 pacientes con diagnóstico de AR según el criterio de Arnett et al. (1988) quienes fueron escogidos mediante muestreo no aleatorio de sujetos disponibles. El grupo cuasi-experimental lo conformaron 25 personas (2 hombres y 23 mujeres) con una media de edad de 57,4 ($DT = 11,2$) y el grupo control lo conformaron otras 25 personas (3 hombres y 22 mujeres) con una media de edad de 56,2 ($DT = 11,8$).

Instrumentos de evaluación y procedimiento

Los instrumentos de evaluación y el procedimiento utilizados en este estudio fueron idénticos a los especificados para el Estudio 1 (estudio piloto).

RESULTADOS

Evaluación del estado emocional

En la Tabla 2 se presentan las diferencias encontradas a nivel pre-/post-test de cada sesión del programa de intervención sobre la variable estado emocional en el grupo intervenido. Se puede apreciar una mejora significativa en esta variable después de finalizadas cada una de las sesiones del programa con relación a la medición inicial.

Comparación de las variables dependientes a nivel pre-test según el grupo intervenido y control

Se presentan las diferencias entre grupos de las variables dependientes a nivel pre-test a través del estadístico *U* de Mann-Whitney. Como se observa en la Tabla 3, sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas a nivel de evaluación pre-test entre el grupo intervenido y su grupo de control en las dimensiones competencia personal y puntuación total de resiliencia, en dolor corporal (MOS-SF-36) y en preocupación y respuesta emocional (IPQ-B). El resto de las variables del estudio tuvieron resultados homogéneos en sus puntuaciones basales entre grupos.

Análisis del efecto de la participación en el programa de potenciación de la resiliencia

Teniendo en cuenta el diseño de investigación empleado y las diferencias en las puntuaciones del pre-test entre grupos (intervenido vs. control) en algunas variables como competencia personal y puntuación total de RS, preocupación y respuesta emocional del IPQ-B y dolor corporal del MOS-SF-36, está recomendado el uso del análisis de covarianza (ANCOVA) con el objeto de separar el efecto del tratamiento (programa) del efecto de las diferencias en la selección (o asignación a los grupos) de los participantes (Cook y Campbell, 1979). Por lo tanto, siguiendo las directrices de Cook y Campbell (1979) para comprobar la eficacia del tratamiento se realizó un análisis de varianza sobre las puntuaciones post-tratamiento incluyendo como covariable las puntuaciones de los participantes en el pre-test. En la Tabla 6 se presentan los resultados globales del ANCOVA para dichas variables dependientes. Para las variables dependientes que tuvieron puntuaciones homogéneas en la medición pre-test entre los grupos se aplicó ANOVA de un factor con medidas repetidas, calculándose η_p^2 para cada uno de los efectos (véase la Tabla 7).

Para las variables competencia personal, resiliencia (puntuación total), preocupación,

Tabla 6. Medias y desviaciones típicas pre- y post-test de las medidas de resultado para los grupos experimental (intervención) y control, controlando el efecto de las puntuaciones pre-tratamiento (covariable) (Estudio 2)

Estudio 2 Variables	Pre-tets		Post-test		F	η_p^2
	Intervención (n=25)	Control (n=25)	Intervención (n=25)	Control (n=25)		
Escala de resiliencia RS						
Competencia personal	77,40 (13,98)	87,00 (15,47)	104,28 (12,58)	79,44 (13,94)	41,05**	0,63
RS puntuación total	113,16 (19,23)	125,92 (23,71)	151,56 (11,60)	115,88 (21,08)	43,41**	0,64
Percepción de enfermedad IPQ-B						
Preocupación	5,88 (2,54)	7,40 (2,55)	5,24 (2,83)	7,16 (3,01)	21,25**	0,47
Respuesta emocional	5,72 (2,42)	7,24 (2,30)	4,72 (2,69)	7,24 (1,98)	23,47**	0,50
Cuestionario de salud MOS SF-36						
Dolor corporal (+)	54,76 (22,12)	41,00 (24,19)	58,00 (20,21)	38,44 (25,17)	31,46**	0,57

Nota. (+) a mayor puntuación menos frecuencia en la variable. η_p^2 = eta cuadrado parcial. ** $p < 0,01$

respuesta emocional, dolor corporal después de controlar por las puntuaciones pre tratamiento (covariable) se observa un efecto significativo de la intervención sobre las puntuaciones post-tratamiento como se aprecia en la Tabla 6. En los participantes que recibieron la intervención

mejoraron significativamente los niveles de estas variables al finalizar el programa, en comparación con el grupo control que no participó en este. A continuación se muestran los resultados encontrados mediante el ANOVA de un factor con medidas repetidas para las variables

Tabla 7. Medias, desviaciones típicas y efectos de los factores Grupo y Tiempo para los participantes del Estudio 2

Estudio 2 Variables		Medidas		Efecto (contrastes)		
		Pre	Post	η_p^2		
		Media (DT)	Media (DT)	Grupo	Tiempo	Grupo \times Tiempo
Escala de resiliencia RS						
Aceptación de sí mismo y de la vida	Intervención	35,76 (6,83)	47,28 (6,72)	0,07**	0,31**	0,51**
	Control	38,92 (8,88)	36,44 (7,84)			
Escala de autotrascendencia STS						
Intervención	Intervención	49,72 (8,09)	55,08 (5,15)	0,13**	0,20**	0,14**
	Control	46,04 (9,76)	46,56 (9,41)			
Cuestionario de salud MOS-SF-36						
Función física	Intervención	64,80 (21,43)	72,40 (20,92)	0,14**	0,02	0,18**
	Control	52,00 (24,83)	48,40 (25,93)			
Rol físico	Intervención	56,00 (50,66)	77,00 (38,81)	0,06	0,05	0,06
	Control	46,00 (49,83)	45,00 (46,21)			
Salud general	Intervención	47,56 (20,59)	62,48 (15,63)	0,03	0,18**	0,30**
	Control	49,72 (19,69)	47,24 (21,43)			
Vitalidad	Intervención	52,20 (21,65)	67,60 (15,35)	0,11**	0,18**	0,16**
	Control	46,80 (21,35)	47,40 (21,37)			
Función social	Intervención	64,16 (28,46)	82,08 (18,43)	0,10**	0,20**	0,15**
	Control	55,08 (28,91)	56,60 (30,86)			
Rol emocional	Intervención	53,40 (44,13)	84,00 (37,42)	0,09**	0,12**	0,19**
	Control	45,28 (45,04)	41,28 (46,44)			
Salud mental	Intervención	52,80 (23,44)	73,60 (19,32)	0,07	0,23**	0,30**
	Control	53,28 (24,41)	51,36 (20,48)			
Índice Sumario Físico	Intervención	42,87 (8,74)	44,24 (7,75)	0,11**	0,00	0,02
	Control	38,67 (7,26)	37,91 (8,14)			
Índice Sumario Mental	Intervención	38,72 (13,72)	50,99 (11,11)	0,08**	0,25**	0,27**
	Control	38,06 (13,74)	37,68 (12,78)			
Percepción de enfermedad IPQ-B						
Consecuencias	Intervención	6,32 (2,44)	5,32 (2,15)	0,07**	0,04	0,18**
	Control	6,80 (2,10)	7,16 (1,86)			
Duración	Intervención	7,08 (3,11)	7,20 (3,14)	0,00	0,00	0,00
	Control	7,52 (2,86)	7,68 (2,90)			
Control personal	Intervención	6,16 (2,48)	7,00 (2,24)	0,02	0,05	0,01
	Control	5,84 (2,19)	6,12 (2,20)			
Control de tratamiento	Intervención	7,40 (2,68)	7,76 (1,69)	0,00	0,01	0,00
	Control	7,48 (2,35)	7,56 (2,16)			
Identidad	Intervención	6,12 (2,57)	5,28 (2,64)	0,10**	0,00	0,03
	Control	6,84 (1,93)	7,04 (2,11)			
Comprensión de la enfermedad	Intervención	6,68 (2,64)	7,36 (2,27)	0,02	0,01	0,01
	Control	6,32 (3,01)	6,32 (2,72)			
Indicadores de apoyo social percibido						
Con cuántas personas puede contar	Intervención	6,12 (4,93)	5,88 (5,14)	0,00	0,00	0,00
	Control	6,20 (5,33)	6,32 (5,63)			
Hasta qué punto se ha sentido apoyado	Intervención	6,96 (2,96)	7,52 (2,92)	0,00	0,02	0,04
	Control	6,92 (2,89)	6,80 (2,68)			

Nota.: Grupo experimental $n = 25$, grupo control $n = 25$. Prueba de esfericidad de Mauchly comprobada para todas las variables, no significativa ($> 0,01$), ϵ vale 1, se puede asumir que la matriz de varianzas y covarianzas tuvo esfericidad perfecta. η_p^2 = eta cuadrado parcial (proporción de varianza explicada). Significación de F : ** $p < 0,01$

dependientes que presentaron homogeneidad a nivel pre-test. Los resultados se resumen en la Tabla 7, incluidos los valores de η_p^2 .

Como se puede apreciar en la Tabla 7 el ANOVA (grupo \times tiempo) para la variable aceptación de sí mismo y de la vida mostró un efecto principal del *tiempo* ($F_{(1,48)} = 21,53$, $p < 0,001$) $\eta_p^2 = 0,31$. También hubo efecto significativo del *grupo* ($F_{(1,48)} = 3,99$, $p < 0,001$), indicando diferencias entre grupos en esta variable a favor del grupo intervenido. Se evidenció además un efecto significativo de la interacción *grupo y tiempo* ($F_{(1,48)} = 51,65$, $p < 0,001$), indicando que a medida que pasó el tiempo hubo disminución de esta variable en el grupo control mientras que en el grupo intervenido esta incrementó notablemente.

En cuanto a la variable autotranscendencia el ANOVA (grupo \times tiempo) mostró un efecto principal del *tiempo* ($F_{(1,48)} = 12,37$, $p < 0,001$), indicando que los índices de autotranscendencia variaron con el paso del tiempo. Se encontró además un efecto significativo del *grupo* ($F_{(1,48)} = 7,72$, $p < 0,001$), indicando diferencias significativas entre los dos grupos a favor del grupo intervenido. También se observa un efecto significativo de la interacción *grupo y tiempo* ($F_{(1,48)} = 8,38$, $p < 0,001$), indicando que el paso del tiempo influyó de manera distinta en la persona, dependiendo de si participó o no en la intervención. El grupo cuasi-experimental aumentó los niveles de autotranscendencia a diferencia del grupo control que prácticamente los mantuvo en ambas mediciones.

Con relación a la variable función física el ANOVA (grupo \times tiempo) mostró un efecto significativo del *grupo* ($F_{(1,48)} = 8,29$, $p < 0,001$), indicando diferencias entre grupos en esta variable a favor del grupo intervenido. También se presentó un efecto significativo de la interacción *grupo y tiempo* ($F_{(1,48)} = 10,78$, $p < 0,001$), señalando que entre una medida a otra el tiempo influyó de manera distinta a la persona dependiendo de su participación o no en el programa. En el grupo intervenido hubo un aumento importante en la variable función física a diferencia del grupo control que disminuye. No hubo un efecto significativo del *tiempo* para esta variable ($p > 0,05$).

En cuanto a la variable salud general el ANOVA (grupo \times tiempo) mostró un efecto principal del *tiempo* ($F_{(1,48)} = 10,72$, $p < 0,001$), indicando que esta variable varió significativamente a través del tiempo en los participantes del estudio, independientemente de la presencia en el grupo intervenido. Además, hubo un efecto significativo de la interacción *grupo y tiempo* ($F_{(1,48)} = 20,97$, $p < 0,001$). Es decir, en el grupo intervenido la salud general aumentó progresivamente más del pre-test al post-test a diferencia del grupo control que desciende ligeramente sus niveles. No se encontró efecto significativo del *grupo* para esta variable ($p > 0,05$).

Este mismo efecto se encontró en la variable salud mental, donde hubo un efecto significativo del paso del *tiempo* ($F_{(1,48)} = 14,49$, $p < 0,001$), indicando que esta variable está asociada con el tiempo transcurrido entre una medida a otra. También se evidenció un efecto significativo de la interacción *grupo y tiempo* ($F_{(1,48)} = 20,99$, $p < 0,001$), es decir, entre una medición y otra el grupo intervenido tuvo mejores índices de salud mental a diferencia del grupo control donde sus niveles disminuyeron ligeramente. No se encontró efecto significativo del *grupo* para esta variable ($p > 0,05$).

Con relación a las variable vitalidad el ANOVA (grupo \times tiempo) mostró un efecto principal del *tiempo* ($F_{(1,48)} = 10,88$, $p < 0,001$), indicando que la varianza en vitalidad estuvo asociada con el tiempo entre una medición y otra. Hubo además un efecto significativo del *grupo* ($F_{(1,48)} = 6,19$, $p < 0,001$), demostrando que, los índices de vitalidad variaron entre grupos a favor del grupo que participó en el programa. También se halló un efecto principal de la interacción *grupo y tiempo* ($F_{(1,48)} = 9,31$). Indicando que el grupo intervenido presentó mejores niveles en vitalidad a diferencia del grupo control que prácticamente mantiene los niveles entre ambas mediciones.

Se puede apreciar un comportamiento similar para la variable función social, donde hubo un efecto significativo del *tiempo* ($F_{(1,48)} = 11,97$, $p < 0,001$), señalando que, la varianza en función social estuvo asociada con el tiempo entre una medición y otra. También se presentó un efecto significativo del *grupo* ($F_{(1,48)} = 5,87$, $p < 0,001$), lo que demuestra diferencias entre

grupos a favor del grupo intervenido. Por otro lado se dio un efecto principal de la interacción *grupo y tiempo* ($F_{(1,48)} = 8,52, p < 0,001$), indicando que el paso del tiempo impactó de manera distinta a la persona, dependiendo de si estuvo o no en el programa de intervención.

De la misma manera, con la variable rol emocional el ANOVA (*grupo × tiempo*) mostró un efecto principal del *tiempo* ($F_{(1,48)} = 6,76, p < 0,001$), es decir, los índices de esta variable variaron con el paso del tiempo. Se halló además un efecto principal del *grupo* ($F_{(1,48)} = 5,19, p < 0,001$), existiendo diferencias entre los dos grupos, siendo el grupo intervenido el que mejores niveles tuvo. También se observa un efecto principal de la interacción *grupo y tiempo* ($F_{(1,48)} = 11,43, p < 0,001$), lo que significa que en el grupo intervenido se produjo un aumento importante en rol emocional a diferencia del grupo control que desciende sus niveles entre la medición pre y post test.

De igual modo se aprecia un comportamiento similar en el índice sumario mental, encontrándose un efecto principal del *tiempo* ($F_{(1,48)} = 16,14, p < 0,001$) es decir, el 25% de la varianza en esta variable estuvo asociada con el tiempo entre una medición y otra. Se aprecia además un efecto significativo del *grupo* ($F_{(1,48)} = 4,40, p < 0,001$), indicando que los niveles del índice sumario mental variaron entre grupos a favor del grupo que participó en el programa. También hubo efecto principal de la interacción *grupo y tiempo* ($F_{(1,48)} = 18,25, p < 0,001$), señalando que el tiempo influyó de manera distinta al sujeto, siendo el grupo intervenido el que mejor puntuación tuvo entre una medida y otra, mientras que el grupo control mantuvo prácticamente sus niveles.

Para el índice sumario físico el ANOVA (*grupo × tiempo*) mostró un efecto significativo del *grupo* ($F_{(1,48)} = 6,42, p < 0,001$), demostrando que hubo diferencias entre grupos a favor del grupo intervenido. No hubo un efecto significativo del *tiempo* y de la interacción *grupo y tiempo* para esta variable ($p > 0,05$).

En cuanto a la variable consecuencias el ANOVA (*grupo × tiempo*) mostró un efecto principal del *grupo* ($F_{(1,48)} = 4,11, p < 0,001$) indicando diferencias significativas entre grupos en relación a esta variable, siendo el grupo

intervenido el que mostró disminución en sus niveles. También se presentó un efecto de la interacción *grupo y tiempo* ($F_{(1,48)} = 10,69, p < 0,001$), observándose que los niveles de la variable consecuencias disminuyeron más en el grupo intervenido a diferencia del grupo control el cual aumenta un poco sus niveles entre una medida y otra. No hubo un efecto significativo del *tiempo* para esta variable ($p > 0,05$).

Respecto a la variable identidad el ANOVA (*grupo × tiempo*) mostró un efecto principal del *grupo* ($F_{(1,48)} = 5,42, p < 0,001$), que significa que el 10% de la varianza explicada estuvo asociada con el grupo, es decir, los niveles de la variable identidad cambiaron significativamente en función de la participación en el grupo de intervención o control. Específicamente el grupo que participó en el programa disminuyó notablemente en esta variable a diferencia del grupo que no participó que aumenta un poco sus niveles. No se encontró efecto significativo del *tiempo* y de la interacción *grupo y tiempo* para esta variable ($p > 0,05$).

Por último, las variables dependientes rol físico (MOS-SF-36); duración, control personal, control de tratamiento, comprensión de la enfermedad (IPQ-B); y los indicadores de apoyo social percibido no tuvieron efecto principal del *tiempo*, el *grupo* ni de la interacción *grupo y tiempo*, es decir, el programa de intervención no logró aumentar estas variables dependientes.

Variables dependientes en el grupo intervenido: pre-/post-test y seguimiento

Se presenta en la Tabla 5 los resultados obtenidos mediante la prueba de Friedman en las tres condiciones cuasi-experimentales (pre-/post-test y seguimiento) del grupo intervenido. Como se observa hubo diferencias estadísticamente significativas en la escala de resiliencia puntuación total y sus dimensiones competencia personal y aceptación de sí mismo y de la vida, en la escala de autotrascendencia (STS), en todas las dimensiones del cuestionario de salud MOS SF-36, en todas las dimensiones del cuestionario IPQ-B menos en duración, y en los indicadores de apoyo social percibido (Con

cuántas personas puede contar y Hasta qué punto se ha sentido apoyado). Indicando que estas variables dependientes tuvieron cambios favorables en el tiempo.

DISCUSIÓN

De modo general el programa de intervención mostró ser efectivo para incrementar tanto la resiliencia, favorecer la autotrascendencia y el estado emocional, aumentar la calidad de vida relacionada con la salud, en cambiar la representación cognitiva (consecuencias, control personal, control del tratamiento e identidad), emocional (preocupación y respuesta emocional) y la comprensión de la enfermedad del IPQ-B como los indicadores de apoyo social percibido (tamaño de la red y satisfacción con el apoyo) a nivel de pre-post test entre grupos (intervenido vs. control) y mucho más a nivel de seguimiento en el grupo intervenido.

Más específicamente a nivel pre-post test se confirma la hipótesis 1, donde el programa y sus componentes lograron aumentar las variables de resultado: resiliencia, autotrascendencia, estado emocional y calidad de vida relacionada con la salud —con excepción de la dimensión rol físico (impacto de la enfermedad sobre las actividades diarias)—. Estos resultados se pueden corroborar con los cambios ocurridos a nivel de síntomas físicos y emocionales en algunas de las variables explicativas de la percepción de enfermedad (IPQ-B) como consecuencias, identidad, preocupación y respuesta emocional. Los resultados del IPQ-B sugieren además que tanto procesos cognitivos como emocionales fueron movilizados por el programa, específicamente la movilización cognitiva posibilitó que los pacientes desarrollaran procesos de reevaluación positiva frente a su situación, percibiendo la enfermedad y lo que esta implica para sus vidas como menos amenazante.

Ahora bien, al cabo de tres meses se observa un notable efecto del programa, donde todas las variables del estudio presentaron cambios significativos en el tiempo. Cabe destacar que a largo plazo es donde más se evidenció un cambio importante en la percepción de enferme-

dad en estos pacientes, menos —como es lógico— en la dimensión duración del IPQ-B, ya que se trata de una enfermedad crónica. Lo anterior lleva a confirmar la hipótesis 2, que señala que, las variables potenciadas a través del programa continuarán aumentando sus niveles en el tiempo. Igualmente se confirma la hipótesis 3 para la variable rol físico del MOS-SF-36, y las variables control personal, control de tratamiento y comprensión de la enfermedad del IPQ-B y los indicadores de apoyo social percibido, que son variables que en la evaluación post-test entre grupos no lograron ser significativas pero que al cabo de tres meses mostraron cambios favorables. En resumen, el estudio réplica avala los resultados observados en el estudio piloto y confirma la capacidad y eficacia del programa para la potenciación de la resiliencia e impacto sobre diferentes indicadores de salud física y mental.

DISCUSIÓN GENERAL

En la literatura, los estudios empíricos son consistentes en considerar la resiliencia como una variable protectora de la salud física y mental, ya que sirve para reducir los efectos del estrés asociado a los problemas de la vida y de la enfermedad, y por lo tanto, sugiriendo el desarrollo de programas con este objetivo (Brix et al., 2008; Smith y Zautra, 2008). Hasta el momento se cuenta con pocos estudios diseñados para trabajar procesos resilientes en enfermos crónicos y población en general. Al respecto, Steinhardt et al. (2009) llevó a cabo un estudio piloto con el objetivo de fomentar la resiliencia a través de un programa de entrenamiento de la diabetes con 12 pacientes afroamericanos. Los resultados de la investigación no mostraron cambios significativos en las mediciones pre-/post-test en la resiliencia medida con el cuestionario CD-RISC, y las demás variables psicológicas estudiadas; sólo encontraron cambios significativos en algunas de las medidas fisiológicas asociadas con la diabetes. En otros estudios con poblaciones no clínicas como estudiantes (Steinhardt y Dolbier, 2008), ex-trabajadores (Steensma et al., 2007) y mujeres en el periodo de post-parto (Schachman et al.,

2004) se ha encontrado la posibilidad de modificación de la resiliencia, medida en algunos de estos estudios con la escala de resiliencia (RS).

Los resultados descritos en este estudio corroboran la idea de trabajos previos que demostraron la posibilidad de cambio y potenciación de la resiliencia a partir de un programa de tratamiento. Además, metodológicamente se ha procurado reproducir las mismas condiciones para los distintos grupos intervenidos y grupos controles.

Es de destacar que la aplicación del programa fue estandarizada a través de la confección de un manual de intervención para la potenciación de la resiliencia (Quiceno y Remor, 2009) que permitió fidelizar la aplicación de este. No obstante, entendemos que la coordinadora de los grupos entrenada para la intervención también fue mejorando sus habilidades y conocimientos del programa a lo largo del tiempo, y quizás esto también contribuyó a la maximización del efecto del programa en el estudio de réplica.

Por otra parte, para evaluar el efecto del programa de intervención se utilizaron en cada uno de los estudios instrumentos psicométricos robustos que presentaron buena fiabilidad (todos $> 0,70$), aumentando la precisión de las variables medidas. En términos generales, los resultados de los dos estudios mostraron que el programa ha sido eficaz para incrementar las variables de resultado seleccionadas como indicadores de eficacia del programa.

Más específicamente comparando los resultados observados de los dos estudios en cuanto a las variables dependientes, se evidencia que el estudio piloto y el estudio réplica tuvieron un comportamiento homogéneo en cuanto a la resiliencia, donde cada grupo intervenido supera positivamente a su respectivo grupo control y en la medición de seguimiento esta variable aumenta significativamente sus niveles. Por lo tanto, no solo los participantes aprendieron a ser más resilientes, sino que este recurso se vio ampliado una vez puesto en marcha.

Respecto a la autotrascendencia, el efecto del programa sobre esta variable solo se observa en el estudio réplica, donde el nivel de autotrascendencia es mayor en el grupo intervenido que en el grupo control y se amplifica en la

medición del seguimiento (tres meses). Las diferencias entre grupos pueden deberse a que en el estudio piloto se observa un efecto techo en los niveles basales de la autotrascendencia, lo que no ocurrió con el estudio réplica. Otra explicación plausible es que esta variable cobra importancia en la vida de una persona cuando se percibe más vulnerable, es decir, con una enfermedad, con minusvalía, o con más edad (Reed, 1991), características presentadas en los participantes del Estudio 2 (réplica).

En cuanto al estado emocional medido sesión tras sesión, la intervención ha mostrado ser efectiva para mejorarlo en ambas muestras. Aunque cabe aclarar que en el estudio piloto la sesión 4 no mostró cambios, posiblemente a que en esta sesión particularmente se daba inicio a las técnicas de escritura expresiva que generaron resistencias e incomodidad emocional en algunos pacientes, aspectos que se dieron también en el estudio réplica en menor proporción sin interferir en los cambios del estado emocional. Existe evidencia en la literatura respecto a que la expresión emocional escrita produce en un primer momento un incremento del estrés, del afecto negativo y de síntomas físicos, así como una reducción del afecto positivo (Baikie y Wilhelm, 2005; Revenson, Lepore, Pranikoff y Margola, 2009), observándose los beneficios a largo plazo. Esto podría explicar la ausencia de cambios estadísticamente significativos en la sesión 4 del grupo intervenido del Estudio 1.

De acuerdo a la calidad de vida relacionada con la salud se observa diferencias en ambos estudios. En el estudio piloto se aprecia que el grupo intervenido supera positivamente al grupo control en la dimensión salud mental. Sin embargo, a largo plazo los efectos del programa se hacen más evidentes en la mayoría de las dimensiones de calidad de vida como función física, rol físico, salud general, vitalidad, rol emocional, salud mental e índice sumario físico. A diferencia, el estudio réplica sí tuvo un impacto notable el programa tanto a corto como a largo plazo en la calidad de vida, es decir, todas las dimensiones del MOS SF-36 -menos rol físico- mostraron diferencias respecto a un grupo control y al cabo de tres meses todas las dimensiones del MOS SF-36 incrementaron sus niveles. Consideramos que esto obedece, en

parte, a que en el estudio réplica se observa que tanto la resiliencia como la autotrascendencia fueron activadas por el programa. Esto asociado posiblemente a las características de la muestra, pacientes con más limitaciones físicas y quienes realizaron procesos de reevaluación positiva frente a su situación de vida. Ambas variables, resiliencia y autotrascendencia según Lundman et al. (2010) y Nygren et al. (2005) tienen puntos de contacto. Estos puntos de contacto promueven el bienestar e implican la curación y están conectados con la salud como la búsqueda de apoyo social (conectividad), recursividad para solucionar los problemas (creatividad), autocontrol y autoestima (fuerza), y adaptabilidad y tolerancia ante la adversidad para cambiar actitudes y extender los objetivos de uno mismo al mundo (flexibilidad) (Lundman et al., 2010). Puntos de contacto que son afines a lo trabajado en el programa. Es de considerar además que la resiliencia y la autotrascendencia han demostrado tener fuertes asociaciones sobre la calidad de vida (Brix, Schleußner, Füller, Röhrig y Strauß, 2009; Coward, 2007; Strauss et al., 2007). Mientras que en el estudio piloto fue solo la resiliencia (y no la autotrascendencia) la que tuvo efectos a corto plazo (una semana) y a largo plazo (3 meses). Esto lleva a la hipótesis de que estas dos variables (resiliencia y autotrascendencia) cobran más fuerza sobre la calidad de vida si se presentan juntas por los puntos de contacto que tienen.

Con relación a la percepción de enfermedad se observa que ambos estudios igualmente son distintos en cuanto a los resultados de esta variable, siendo el grupo piloto el que menos cambios presentó. En el estudio piloto solo hubo diferencias entre grupos (intervenido vs. control) a favor del grupo intervenido en la dimensión respuesta emocional y a largo plazo es sólo la dimensión control personal la que mostró cambios en el tiempo. Mientras que en el estudio réplica las dimensiones preocupación, respuesta emocional, consecuencias e identidad fueron las que mayores mejoras presentaron en comparación con un grupo control, y al cabo de tres meses son todas las dimensiones del IPQ-B las que tuvieron cambios menos la dimensión duración, como es de esperar, ya que la AR es una enfermedad crónica. Las diferencias entre

estudios llevan a suponer que el grupo piloto presentaba menos presencia de síntomas y signos de la enfermedad a nivel físico y emocional en comparación con el grupo réplica. La presencia de síntomas origina una re-interpretación de la enfermedad según Leventhal et al. (1997), y posiblemente los componentes del programa promovieron la “focalización cognitiva positiva de la enfermedad”, es decir, percibir la enfermedad como una experiencia más en la vida y minusvalorando la carga negativa que esta tiene. Todo esto lleva a inferir a que la percepción de enfermedad pudo haber mediado más sobre las dimensiones de calidad de vida en la muestra del estudio réplica que la del piloto. Por otro lado, se ha encontrado que cuando se produce un cambio sea este positivo o negativo en alguna de las dimensiones de percepción de enfermedad se pueden producir cambios en otras dimensiones del IPQ, ya que están interrelacionadas (Marks et al., 2008). En el estudio réplica particularmente es evidente que se producen cambios en aquellas dimensiones más negativas del IPQ-B (consecuencias, identidad, preocupación y respuesta emocional) que en la literatura sobre enfermedades crónicas de tipo músculo esquelético se encuentran asociadas a una peor predicción de la calidad de vida (Botha-Scheepers et al., 2006).

Es de anotar aquí que la única dimensión del IPQ-B que presenta cambios por igual en el seguimiento en ambos estudios es control personal sobre la enfermedad, variable que fue bastante trabajada en las diferentes sesiones del programa. Esto puede dar una explicación de porque hay una mejora en la calidad de vida más a nivel de seguimiento en ambos grupos. Estudios con pacientes de AR han encontrado que la percepción de control se relaciona con una menor discapacidad, mejor estado físico de la calidad de vida y adaptación (Graves, Scott, Lempp y Weinman (2009) y mejor funcionamiento físico y psicológico (Sharpe, Sensky y Allard, 2001).

Igual que la variable control personal se observa que los indicadores de apoyo social percibido tuvieron un comportamiento similar en los dos estudios a nivel del seguimiento. Es decir, no hubo cambios significativos en la medición pre-post test respecto a un grupo control,

pero sí a los tres meses. En el estudio piloto solamente el tamaño de la red social se hace relevante en el tiempo mientras que en el estudio réplica es tanto el tamaño de la red social como la percepción de apoyo afectivo las que se hacen relevantes en el tiempo. El programa a través de sus componentes promovía comportamientos y cogniciones pro-sociales, llevaba a que los participantes resignificaran la importancia en la interacción con los demás y en la valoración de aquellas personas que directa o indirectamente habían pasado y están presentes en sus vidas. Los efectos se dan a largo plazo posiblemente a que es después de la intervención donde es más factible para los participantes de los dos estudios poner en práctica lo aprendido con sus respectivas redes sociales y de apoyo.

Ahora bien, ¿a qué se debe que los efectos del programa se hayan mantenido y/o aumentado más al cabo de tres meses? Los efectos del programa a largo plazo sobre las diferentes variables dependientes pueden explicarse en parte a que algunas de las técnicas que utilizó el programa de intervención como la escritura expresiva y las técnicas de gratitud tienen cierta durabilidad en el tiempo. Al respecto, la escritura expresiva muestra mayores beneficios psicológicos entre el primer mes decreciendo paulatinamente después de dos o tres meses posteriores a la intervención, además, sus efectos son más plausibles cuando se desarrolla de forma estructurada y privada como fue en este caso (Fratarolli, 2006; Páez, Campos y Bilbao, 2008). Más específicamente, en pacientes de artritis Smyth, Stone, Hurewitz y Kaell (1999) encontraron que escribir sobre una experiencia traumática altamente estresante se relacionaba con mejoras en el estado de salud y la actividad de la enfermedad cuatro meses posterior. A diferencia en este estudio la escritura expresiva se desarrolló retomando sucesos positivos pasados basado en el modelo de Burton y King (2009). Por otro lado, en un estudio donde se investigó el efecto de la gratitud sobre el bienestar y la felicidad, se encontró que el grupo cuasi-experimental seis meses después experimentaba emociones más positivas, estaban más satisfechos con sus vidas y se sentían mejor con su existencia y seguían sintiéndose más cerca

de los demás en un 25% que los individuos que en la misma investigación participaron como grupo de control (Emmons, 2008). Además, aunque las técnicas de relajación-respiración y meditación tuvieron un proceso de entrenamiento breve en este estudio, aparentemente podría decirse que su impacto pudiera deberse a que influyeron sobre los estados emocionales. Los cambios ocurridos en la escala EVA de estado emocional sesión tras sesión durante el programa podrían ser un indicador que confirma esta hipótesis. Al respecto, son muchos los estudios que argumentan los efectos positivos a nivel psicofisiológico y emocional de estas técnicas en la salud (López, 2009).

Los resultados de este estudio aportan información suficiente sobre la utilidad del programa de intervención diseñado para pacientes con artritis reumatoide, especialmente por sus efectos a largo plazo (3 meses). En definitiva, aunque los resultados son preliminares, estos son prometedores, y por ello sería interesante ampliar este estudio con otras patologías reumáticas y con otros tipos de enfermedades crónicas con mayor y/o menor sintomatología física y psicológica, con pronósticos y tratamientos médicos distintos, y con muestras donde haya más prevalencia de género masculino o con personas ubicadas en intervalos de edades distintos donde se pueda valorar su impacto en otros contextos tanto fuera como dentro de Colombia (donde se realizó el presente estudio), ya que la resiliencia puede ser mediada por múltiples factores como socioculturales, biológicos y psicológicos (Benson, 2008; Feder, Nestler y Charney, 2009; Walsh, 2004).

REFERENCIAS

- 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*, 20, 771-776.
- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C., y De la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica*, 11, 410-416.
- 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*, 3, 315-24.
- Baikie, K.A., y Wilhelm, K. (2005). Emotional and physical health benefits of expressive writing. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 338-346.
- Ballina, F., y Rodríguez, A. (2000). Artritis reumatoide. *Revista Española de Reumatología*, 27, 56-64.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 125-146.
- Benson, J. (2008). Resilience and spirituality. In J. Benson y J. Thistlethwaite (Eds.), *Mental Health Across Cultures: A Practical Guide For Health Professionals* (pp. 88-108). Sydney, Australia: Radcliffe.
- 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.
- Brix, C., Schleußner, C., Füller, J., Röhrig, B., y Strauß, B. (2009). Fatigue and its Determinants in Radio-Oncology. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 2, 42-49.
- Brix, C., Schleußner, C., Füller, J., Röhrig, B., Wendt, T.G., y Strauß, B. (2008). The need for psychosocial support and its determinants in a sample of 3 patients undergoing radiooncological treatment of cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 6, 541-548.
- Broadbent, E., Petrie, K.J., Main, J., y Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631- 637.
- Burton, C.M., y King, L.A. (2009). The health benefits of writing about positive experiences: The role of broadened cognition. *Psychology and Health*, 8, 867-879.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2.^a ed.). New York: Academic Press.
- Cook, T., y Campbell, D. (1979). *Quasi-experimentation: Design and Analysis Issues for Field Settings*. USA: Houghton Mifflin Company.
- Coward, D.D. (2007). Teoría de la autotranscendencia. En A. Marriner y M. Raile (Eds.), *Modelos y teorías en enfermería* (pp. 647-667). Madrid, España: Elsevier.
- Culpepper, L. (2009). Generalized anxiety disorder and medical illness. *The Journal of clinical psychiatry*, 2, 20-24.
- Delgado-Vega, A.M., Martín, J., Granados, J., y Anaya, J.M. (2006). Epidemiología genética de la artritis reumatoide: ¿Qué esperar de América Latina? *Biomédica*, 26, 562-584.
- Emmons, R.A. (2008). *¡Gracias!: De cómo la gr atitud puede hacerte feliz*. Barcelona, España: Ediciones B.
- Feder, A., Nestler, E.J., y Charney, D.S. (2009). Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nature Reviews Neuroscience*, 6, 446-457.
- Fratarolli, J. (2006). Experimental disclosure and its moderators: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 6, 823-865.
- García-Soriano, G., y Barreto, P (2008). Trastornos del estado de ánimo al final de la vida: ¿desmoralización o depresión? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, 123-133.
- González, V.M., Stewart, A., Ritter, P., y Lorig, K. (1995). Translation and validation of arthritis outcome measures into Spanish. *Arthritis and Rheumatism*, 10, 1429-1446.
- Graves, H., Scott, D., Lempp, H., y Weinman, J. (2009). Illness beliefs predict disability in rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, 5, 417-423.
- Guic, E. (2008). *El Cuestionario Breve de Percepción de Enfermedad*. Recuperado el 15 de julio de 2008, del sitio de internet de The Illness perceptions questionnaire: <http://www.uib.no/ipq/>
- Heilemann, M.V., Lee, K., y Kury, F.S. (2003). Psychometric properties of the Spanish version of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 61-72.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E.A., Patrick-Miller, L., et al. (1997). Illness representations: Theoretical foundations. In K.J. Petrie y J.A. Weinman (Eds.), *Perceptions of Health and Illness: Current research and applications* (pp. 19-45). Amsterdam, The Netherlands: Harwood Academic Publishers.
- López, M. (2009). Respiratory habits, health and lifestyle. *International Journal of Hispanic Psychology*, 1, 55-64.
- Lundman, B., Aléx, L., Jonsén, E., Norberg, A., Nygren, B., Santamaki, R., et al. (2010). Inner strength: A theoretical analysis of salutogenic concepts. *International Journal of Nursing Studies*, 2, 251-260.
- Marks, D., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C., y Sykes, C. (2008). *Psicología de la Salud: Teoría, investigación y práctica*. México, D.F.: Manual Moderno.
- Martín, A., Vicente, P., Vicente, E., Sánchez, M., Galindo, P., y Martín, M. (2010). Depresión y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artrosis: diferencias de género. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 125-132.
- Nygren, B., Aléx, L., Jonsén, E., Gustafson, Y., Norberg, A., y 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 and Mental Health*, 4, 354-362.
- Oliva, A., Jiménez, J.M., Parra, Á., y Sánchez-Queija, I. (2008). Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, 53-62.
- Otonello, M. (2007). Cognitive-behavioural interventions in rheumatic diseases. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 29, 19-23.
- Páez, D., Campos, M., y Bilbao, M.Á. (2008). Del trauma a la felicidad: pautas de intervención. En C. Vázquez

- y G. Hervás (Eds.), *Psicología positiva aplicada* (pp. 237-262). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Quiceno, J.M. (2010). *Diseño y evaluación de un programa de potenciación de la resiliencia para pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide* (Tesis doctoral inédita). Universidad Autónoma de Madrid, España.
- Quiceno, J.M., y Remor, E. (2009). *Manual del programa de potenciación de la resiliencia para pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide*. Manuscrito no publicado, Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.
- Ramos, F. (1999). *Enfermedades Reumáticas*. México, D.F.: Mc Graw-Hill
- Reed, P.G. (1987). Constructing a conceptual framework for psychosocial nursing. *Journal of Psychosocial Nursing*, 2, 24-28.
- Reed, P.G. (1991). Toward a nursing theory of self-transcendence: Deductive reformulation using developmental theories. *Advances in Nursing Science*, 4, 64-77.
- Revenson, T.A., Lepore, S.J., Pranikoff, J.R., y Margola, D. (2009). Expressive Writing: indicazioni, risultati di ricerca e applicazioni cliniche in psico-oncologia. In E. Saita (Ed.), *Psico-oncologia. Elementi di psicologia della salute nella prospettiva relazionale* (pp. 121-154). Milano, Italia: Unicopli.
- Schachman, K., Lee, R.K., y Lederman, R.P. (2004). Baby boot camp: Facilitating maternal role among military wives. *Nursing Research*, 2, 107-115.
- Seligman, M.E.P., y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 1, 5-14.
- Sharpe, L., Sensky, T., y Allard, S. (2001). The course of depression in recent onset rheumatoid arthritis - The predictive role of disability, illness perceptions, pain and coping. *Journal of Psychosomatic Research*, 6, 713-719.
- Smith, B.W., y Zautra, A.J. (2008). Vulnerability and Resilience in women with arthritis: Test of a Two-Factor Model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 799-810.
- Smyth, J.M., Stone, A., Hurewitz, A., y Kaelin A. (1999). "Writing about stressful events produces symptom reduction in asthmatics and rheumatoid arthritis: A randomized trial". *Journal of the American Medical Association*, 281, 1304-1309.
- Steensma, H., Den Heijer, M., y Stallen, V. (2007). Research note: effects of resilience training on the reduction of stress and depression among dutch workers. *Quarterly of community health education*, 2, 145-159.
- Steinhardt, M., y Dolbier, C. (2008). Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology. *Journal of American College Health*, 4, 445-453.
- Steinhardt, M.A., Mamerow, M.M., Brown, S.A., y Jolly, C.A. (2009). A resilience intervention in african american adults with Type 2 Diabetes: A pilot study of efficacy. *The Diabetes Educator*, 2, 274-284.
- Strauss, B., Brix, C., Fischer, S., Leppert, K., Füller, J., Roehrig, B., et al. (2007). The influence of resilience on fatigue in cancer patients undergoing radiation therapy (RT). *Journal Cancer Research Clinical Oncology*, 8, 511-518.
- 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* (Tesis doctoral inédita). Universidad Autónoma de Madrid, España.
- Wagnild, G.M., y Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 2, 165-178.
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar: Estrategias para su fortalecimiento*. Madrid, España: Amorrortu.
- Ware, J.E., y Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 6, 473-483.
- Zautra, A.J., Hall, J.S., y Murray, K.E. (2008). Resilience: a new integrative approach to health and mental health research. *Health Psychology Review*, 1, 41-64.