

Satisfacción con la vida según la edad, escolaridad y tiempo del diagnóstico en pacientes reumáticos

Life satisfaction according to age, educational level, and duration of diagnosis in rheumatic patients

Japcy Margarita Quiceno¹ y Stefano Vinaccia²

RESUMEN

El objetivo de este estudio descriptivo y comparativo de corte transversal fue comparar la satisfacción con la vida según la edad, el nivel educativo y el tiempo de diagnóstico de 60 pacientes con diagnóstico de enfermedad reumática de la ciudad de Medellín, Colombia, para lo cual se utilizó la Escala Breve Multidimensional de Satisfacción con la Vida. Los resultados descriptivos mostraron satisfacción con la vida en los pacientes con enfermedades reumáticas. No hubo diferencias entre la satisfacción con la vida según la edad y el nivel educativo, pero sí en los factores de vida familiar, lugar de residencia y vida en general según el tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

Palabras clave: Satisfacción con la vida; Enfermedad reumática; Edad; Nivel de estudios; Tiempo de diagnóstico.

ABSTRACT

The goal of this comparative descriptive, cross-sectional study was to compare life satisfaction according to age, educational level, and duration of disease of sixty rheumatic patients from the city of Medellin, Colombia. It was used the Brief Multidimensional Life Satisfaction Scale. The descriptive results showed satisfaction with life in the rheumatic patients. A comparative level showed no differences between life satisfaction according to age and educational level, but indeed in the factors of the family life, the place where they lived, and the overall life according to the duration of diagnostic.

Key words: Life satisfaction; Rheumatic illness; Aged; Educational level; Duration of diagnosis.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades reumáticas constituyen un grupo de más de doscientas patologías que afectan el sistema músculo-esquelético y que se caracterizan por inflamación, dolor y deterioro progresivo de las articulaciones y estructuras contiguas, con compromiso sistémico y alteraciones autoinmunes que conducen a la incapacidad funcional y limitan la movilidad y las actividades cotidianas. Las enfermedades reumáticas muestran una elevada prevalencia, tanta que la Organización Mundial de la Salud declaró el decenio de 2000 a 2010 como la “década del hueso y la articulación” (Cardiel, 2011, p. 279). En

¹ Facultad de Psicología, Universidad de San Buenaventura, Carrera 8 H No. 172-20, Bogotá, Colombia, correo electrónico: japcyps@hotmail.com. Artículo recibido el 4 de junio y aceptado el 2 de julio de 2013.

² Universidad Santo Tomas, Carrera 10, 110221 Bogotá, Colombia, correo electrónico: vinalpi47@hotmail.com.

Estados Unidos, 46.4 millones de personas (21% de la población) sufren enfermedades reumáticas, de las cuales 1.3 millones padecen artritis reumatoide, 2.4 millones espondiloartrosis y alrededor de 320 mil lupus eritematoso sistémico, entre otras (Helmick et al., 2008). Específicamente en Colombia, no se cuenta con información fehaciente acerca de la prevalencia e incidencia de las enfermedades músculo-esqueléticas (Gutiérrez y Londoño, 2004), pero se sabe que en América Latina las enfermedades reumáticas tienen aproximadamente 10% de prevalencia en la población general (Cardiel, 2011), que por ello ve alterados directa o indirectamente su independencia económica, roles sociales, salud mental (Isik, Koca, Ozturk y Mermi, 2007), nivel emocional (Smith y Zautra, 2002), calidad de vida (Hill et al., 2007) y satisfacción con la vida (Borman et al., 2007).

La satisfacción con la vida es la parte cognitiva y una dimensión única que se deriva del constructo denominado “bienestar subjetivo”, y es comúnmente contextualizada en las definiciones del concepto de calidad de vida. La satisfacción es el grado de experiencia individual comparada con las expectativas. La satisfacción con la vida es un proceso de juicio o la evaluación subjetiva de ciertos aspectos considerados como importantes de la vida, que pueden ser distintos entre las personas en relación con un conjunto de valores, criterios y normas propios o autoimpuestos; los aspectos considerados como importantes en esa definición pueden ser externos e incidir de manera determinante en la percepción de la calidad de vida (Büssing et al., 2009; Dezutter, Robertson, Luyckx y Hutsebaut, 2010; Hernández, López, González y Ortiz, 2009).

En el área de la psicorreumatología y la medicina, las investigaciones se han centrado en la satisfacción con la vida en muestras de pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide y osteoartritis, en quienes se ha pretendido analizar las variables que la influyen y los niveles de esa dimensión. Así, la satisfacción con la vida se ha visto vinculada al pesimismo y el apoyo social (Luger, Cotter y Sherman, 2009), el locus de control interno y las estrategias de afrontamiento activas (Tak y Laffrey, 2003), la personalidad tipo D y *mindfulness* (Klaassen, Nyklíček, Traa y de Nijs, 2012), el dolor crónico (Kim, Nam y Paik, 2005),

la depresión y la ansiedad (Çeliker y Borman, 2001), el malestar, la autoestima (Kim y Yae, 1990) y la calidad de vida (Tasiemski, Angiasz-wili-Biedna y Wilski, 2009). En cuanto a los niveles de satisfacción con la vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide y osteoartritis, los estudios indican que dichos niveles son menores (Borman et al., 2007) incluso respecto a otras enfermedades crónicas, como la insuficiencia renal crónica en estadios tempranos (Laborde y Powers, 1980), y según el tiempo transcurrido desde el diagnóstico (Karlsson, Berglin y Wallberg-Jonsson, 2006); independientemente de la severidad de la enfermedad, la satisfacción con la vida es menor (Tasiemski et al., 2009).

La satisfacción con la vida es un concepto bastante complejo ya que los pacientes pueden reportar una desfavorable percepción de su salud general, pero sentir satisfacción con otras áreas de su vida que redireccionan esa percepción de satisfacción con su propia vida (Büssing et al., 2009). En cuanto al peso o valor que pueden tener las características sociodemográficas en la percepción de la satisfacción con la vida, poco se sabe del papel que desempeñan en personas adultas con enfermedades reumáticas. Por ejemplo, se ha reportado una mayor satisfacción en las mujeres con artritis reumatoide que en los hombres (Karlsson et al., 2006), pero hay pocas investigaciones en las que se haya estudiado la edad, el sexo, la educación y la salud autopercebida (Gana, Bailly, Saada, Joulain y Alaphilippe, 2013). Al respecto, Hamarat et al. (2002) investigaron la satisfacción con la vida de 98 mujeres adultas en tres diferentes cortes de edad (45-64, 65-74 y mayores de 75 años), encontrando que la mayor edad no es un factor limitante de la satisfacción con la vida. Por otro lado, Cheung y Chan (2009) hallaron en 35 países que cuando las personas estas satisfechas con sus vidas, tienen una percepción positiva acerca de otros aspectos de su existencia, como la salud, y que uno de los principales factores asociados con la satisfacción con la vida es el nivel educativo: a más años de estudios, mayor satisfacción con la vida.

En consideración a lo antes planteado y a la ausencia de estudios en el área en el contexto colombiano, se pretendió con este estudio comparar la satisfacción con la vida según la edad, el nivel educativo y el tiempo transcurrido desde el diag-

nóstico en pacientes con enfermedad reumática de la ciudad de Medellín, Colombia.

MÉTODO

Participantes

Participaron en este estudio 60 pacientes adultos, de los cuales tres fueron hombres (5%) y 57 mujeres (95%), con edades de 23 a 82 años, de estrato socioeconómico medio-bajo, adscritos a una fundación para pacientes con enfermedades reumáticas de la mencionada localidad, quienes fueron escogidos mediante un muestreo no aleatorio según los sujetos disponibles. Como criterios de inclusión se consideraron el diagnóstico principal de enfermedad reumática superior a un año y una edad mayor de 18 años.

Instrumentos

Escala Breve Multidimensional de Satisfacción con la Vida (BMLSS por sus siglas en inglés). Esta escala puede ser administrada a personas sanas y con diagnóstico de enfermedad crónica. El coeficiente alfa de Cronbach fue de 0.87 en la versión original (Büssing et al., 2009). Comprende once ítems con respuestas tipo Likert que van de 0 (terrible) a 6 (encantado). Ocho ítems de los once conforman un factor que contiene cuatro dimensiones: intrínseca (yo, la vida en general), social (amistades, la vida familiar), externa (trabajo, donde yo vivo) y perspectiva (situación financiera, perspectivas futuras). La escala BMLSS tiene además tres ítems opcionales (específicos) sobre la satisfacción del paciente, es decir, salud, eficacia en el tratamiento y habilidades para afrontar la vida diaria. Para el desarrollo de este estudio se hizo una adaptación idiomática y cultural de la escala BMLSS; sin embargo, aún no se cuenta con validaciones en el contexto colombiano.

Procedimiento

Previo permiso de los representantes legales de la institución, se llevó a cabo la captación de la muestra. Luego de reunir a los pacientes en las instalaciones, se les informó del propósito de la inves-

tigación y se les aclaró que podían retirarse del estudio en el momento que lo consideraran pertinente, que no recibirían ningún tipo de retribución económica y que no se vería afectado su tratamiento y su participación en la fundación. A los pacientes que de manera libre y voluntaria decidieron participar en el estudio se les entregaron el instrumento psicométrico BMLSS y la ficha de datos sociodemográficos para que los respondieran individualmente, contando para ello con la ayuda del investigador a cargo en el caso de que lo requirieran. El proceso de aplicación tuvo una duración de diez minutos.

RESULTADOS

Se presentan a continuación los análisis estadísticos del estudio. Para el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas (edad, escolaridad y tiempo de diagnóstico de enfermedad) y de las dimensiones de la BMLSS, se utilizó la media como medida de tendencia central. Asimismo, se calculó la desviación estándar y las puntuaciones mínimas y máximas en las diferentes dimensiones del instrumento. Para las variables nominales (sexo, personas con quienes vivía, ocupación, estado civil y diagnóstico principal de enfermedad) se emplearon porcentajes. Se calculó además el coeficiente alfa de Cronbach para el análisis de fiabilidad del instrumento. Por último, después de comprobar los supuestos paramétricos (muestra no aleatoria sin un marco poblacional definido, un tamaño pequeño entre subgrupos y las características de la escala de medición), se analizaron las diferencias de la escala de satisfacción con la vida según las variables sociodemográficas mediante estadística no paramétrica. Para la variable de edad se utilizó la prueba *U* de Mann-Whitney, y la prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes para los años de estudio y el tiempo de diagnóstico de la enfermedad.

Características sociodemográficas

En la Tabla 1 se aprecia que participaron en este estudio 60 personas, de las cuales la mayoría fueron mujeres, con una edad media de 58 años y seis meses y un rango de edad de entre 23 y 82 años.

El nivel educativo de los participantes llegó hasta el noveno grado de bachillerato; en su gran mayoría eran casados, amas de casa o jubilados o pensionados que vivían con su familia. La enfermedad reumática que predominó en el estudio fue la artritis reumatoide, siendo el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de once años, con un rango de entre 1 a 30 años.

Análisis descriptivo de la satisfacción con la vida

Se muestran en la Tabla 2 los datos descriptivos de las diferentes dimensiones de la BMLSS y el alfa de Cronbach.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra de estudio ($n = 60$).

Característica	Frec.	%	Característica	Frec.	%
<i>Sexo</i>			<i>Edad</i>		
Femenino	57	95.0	Media (D.E)	58.6	12.3
Masculino	3	5.0	Mín. - Máx.	23	82.0
<i>Personas con las que vive</i>			<i>Años cursados de estudios</i>		
Solo	7	11.7	Media (D.E)	9.2	4.1
Con familia	53	88.3	Mín.- Máx.	2	17
<i>Ocupación</i>			<i>Estado civil</i>		
Empleado	1	1.7	Soltero	16	26.7
Trabajador independiente	7	11.7	Casado	27	45.0
Jubilado o pensionado	21	35.0	Separado/divorciado	2	3.3
Desempleado	2	3.3	Unión libre	1	1.7
Ama de casa	27	45.0	Viudo	14	23.3
Estudiante	2	3.3	<i>Tiempo de diagnóstico de la enfermedad (en años)</i>		
<i>Diagnóstico principal</i>			Media (D.E)	11.4	7.0
Artritis reumatoide	49	81.7	Mín.- Máx.	1	30.0
Osteoartritis	11	18.3			

Tabla 2. Análisis descriptivos de las dimensiones de la BMLSS.

DIMENSIONES	M ($n = 60$)	D.E.	Mín.	Máx.	α
Satisfacción con la vida (BMLSS)					.89
Mi vida familiar	4.2	1.2	2	6	
Mis amistades	4.5	1.0	2	6	
Mi lugar de trabajo	4.5	1.0	2	6	
Mí mismo	4.5	1.2	2	6	
El lugar donde vivo	5.0	0.8	3	6	
Mi vida en general	4.7	0.9	3	6	
Mi situación financiera	4.1	1.3	1	6	
Mis perspectivas futuras	4.6	1.2	2	6	
Mi situación de salud	4.1	1.1	2	6	
El éxito actual de mi terapia	4.4	1.0	2	6	
Mis habilidades para enfrentar la vida	4.3	1.0	2	6	

En la tabla anterior se aprecia que todas las dimensiones que comprende la BMLSS alcanzaron puntuaciones medias en niveles que indican que los pacientes estaban en su mayoría “satisfechos con su vida”, siendo “el lugar donde vivo” la dimensión que alcanzó las puntuaciones medias más altas.

Análisis comparativo de la BMLSS según la edad, la escolaridad y el tiempo de diagnóstico

No hubo diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones que conforman la escala según la variable sociodemográfica de edad (Tabla 3) y los años de estudios cursados (Tabla 4).

Tabla 3. Análisis comparativo de la BMLSS según la edad.

EDADES	23-59 años (n = 30)		60-82 años (n = 30)		U de Mann-Whitney*	p
	M	D.E.	M	D.E.		
Mi vida familiar	4.4	1.2	4.1	1.2	381.000	0.293
Mis amistades	4.3	0.9	4.7	1.1	347.000	0.110
Mi lugar de trabajo	4.5	1.0	4.5	1.1	447.500	0.969
Mí mismo	4.5	1.1	4.5	1.4	436.500	0.837
El lugar donde vivo	4.8	0.7	5.1	0.8	382.500	0.287
Mi vida en general	4.7	0.8	4.7	0.9	420.000	0.638
Mi situación financiera	3.8	1.3	4.3	1.3	358.500	0.165
Mis perspectivas futuras	4.6	1.1	4.6	1.3	446.000	0.951
Mi situación de salud	4.3	1.0	3.9	1.1	359.500	0.165
El éxito actual de mi terapia	4.3	1.0	4.4	1.1	432.000	0.780
Mis habilidades para enfrentar la vida	4.4	0.8	4.3	1.2	414.000	0.578

D.E.: Desviación estándar; *Prueba de Kruskal-Wallis; $p < 0.050$.**Tabla 4.** Análisis comparativo de la BMLSS según los años de estudio.

Años de estudios cursados	1 a 5 años (n = 24)		6 a 11 años (n = 16)		12 a 17 años (n = 20)		X ² *	p
	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.		
Mi vida familiar	4.4	1.2	4.2	1.0	4.1	1.3	0.965	0.617
Mis amistades	4.5	1.2	4.5	1.0	4.5	0.8	0.070	0.965
Mi lugar de trabajo	4.7	1.0	4.8	1.1	4.2	1.0	3.307	0.191
Mí mismo	4.6	1.2	4.5	1.4	4.5	1.1	0.202	0.904
El lugar donde vivo	4.9	0.9	4.9	0.7	5.1	0.7	0.455	0.796
Mi vida en general	4.9	0.7	4.4	1.1	4.8	0.9	2.123	0.346
Mi situación financiera	4.0	1.4	4.3	1.3	4.0	1.2	0.442	0.802
Mis perspectivas futuras	4.6	1.2	4.4	1.4	4.8	1.0	0.543	0.762
Mi situación de salud	4.1	1.1	4.0	1.2	4.2	0.9	0.370	0.831
El éxito actual de mi terapia	4.3	1.1	4.3	1.2	4.5	0.8	0.169	0.919
Mis habilidades para enfrentar la vida	4.2	1.1	4.3	0.9	4.5	0.9	0.841	0.657

D.E.: Desviación estándar; *Prueba de Kruskal-Wallis; $gl = 2$; $p < 0.050$.**Tabla 5.** Análisis comparativo de la BMLSS según el tiempo de diagnóstico de la enfermedad.

Tiempo de diagnóstico de la enfermedad	1 a 5 años (n = 15)		6 a 10 años (n = 18)		11 a 15 años (n = 12)		16 a 30 años (n = 15)		X ² *	p
	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.		
Mi vida familiar	3.5	1.1	4.4	1.2	4.6	1.4	4.3	0.9	9.293	0.026 *
Mis amistades	4.2	0.6	4.6	1.0	4.5	1.2	4.7	1.2	3.369	0.338
Mi lugar de trabajo	4.1	1.0	4.6	1.1	4.3	1.1	4.9	1.0	6.508	0.089
Mí mismo	4.0	1.2	4.7	1.2	4.9	1.0	4.6	1.3	4.306	0.230
El lugar donde vivo	4.5	0.6	4.9	0.8	4.7	0.8	5.5	0.6	14.829	0.002 *
Mi vida en general	4.1	1.2	4.7	0.7	4.7	0.9	5.3	0.7	12.126	0.007 *
Mi situación financiera	3.5	1.2	4.3	1.1	4.0	1.5	4.2	1.4	4.573	0.206
Mis perspectivas futuras	4.1	1.2	4.5	1.2	5.0	1.2	4.7	1.2	4.143	0.246
Mi situación de salud	3.7	0.7	4.4	1.2	4.1	1.2	4.0	1.0	5.468	0.141
El éxito actual de mi terapia	4.3	1.0	4.1	1.2	4.5	1.0	4.7	0.8	2.388	0.496
Mis habilidades para enfrentar la vida	4.0	0.9	4.8	0.9	4.3	0.8	4.2	1.1	5.675	0.129

D.E.: Desviación estándar; *Prueba de Kruskal-Wallis; $gl = 3$; $p < 0.050$

A su vez, las dimensiones “mi vida familiar”, “el lugar donde vivo” y “mi vida en general” tuvieron diferencias estadísticamente significativas, según la variable clínica de tiempo de diagnóstico de enfermedad medido en años (Tabla 5).

DISCUSIÓN

La gran mayoría de los participantes de este estudio fueron mujeres, con estudios parciales de educación media, casadas y viudas, con un diagnóstico de enfermedad reumática de siete años. Es de notarse que la escala BMLSS, que mide la satisfacción con la vida, no está validada en el contexto colombiano; se cuenta solamente con una traducción, retrotraducción y adaptación cultural realizadas previamente para este estudio. En general, se aprecia en él que los pacientes con enfermedades reumáticas perciben satisfacción con su vida. En investigaciones con pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide y osteoartritis, la satisfacción con la vida ha sido más desfavorable respecto a otras patologías crónicas, como la insuficiencia renal crónica (Laborde y Powers, 1980).

Comparativamente, en el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad se encontraron diferencias significativas en las cuatro cohortes (1-5, 6-10, 11-15 y 16-30 años) en las dimensiones del BMLSS “mi vida familiar”, “el lugar donde yo vivo” y “mi vida en general”. Al respecto, en los cinco primeros años la percepción que tiene el paciente de su vida familiar es más desfavorable en comparación con los seis y treinta años, cuando se percibe un mejor ajuste en el área social. En los primeros años desde el diagnóstico la enfermedad reumática se exacerba en todos los síntomas, llevando a la incapacidad, la cual a su vez se aminora con el tiempo; por tanto, la adaptación psicológica en los primeros años no está fuertemente asociada con el soporte social (Dekkers et al., 2001), en este caso familiar, ya que el paciente está más preocupado por sus síntomas y signos asociados a la enfermedad y al tratamiento médico. De igual manera, los primeros años de diagnóstico implican un cambio significativo en la dinámica familiar en los niveles emocional (incertidumbre), económico, de roles, de ajustes arquitectónicos y de enseres del hogar, y de quién

apoya y cuánto tiempo dura el apoyo al paciente, lo que implica un tiempo prudencial de adaptación para asimilar el diagnóstico y lograr hacer los cambios respectivos en beneficio de todos los miembros del grupo (Dobbie y Mellor, 2008). En la medida en que transcurre el tiempo, la enfermedad se establece y el paciente y su familia pueden aprender a convivir con ésta (González, 2004). Por otro lado, los primeros quince años desde el diagnóstico de la enfermedad los pacientes perciben escasa satisfacción con el lugar donde viven y la vida en general, a diferencia de los dieciséis y treinta años posteriores, cuando la percepción de satisfacción aumenta en esas dimensiones. Lo anterior lleva a inferir que, a medida que avanza el diagnóstico de la enfermedad, hay un proceso paulatino de adaptación, posiblemente asociado a todos los ajustes hechos en las primeras etapas, tanto en la vivienda como en todo lo que rodea la vida del paciente.

Las demás dimensiones que comprende la escala BMLSS –sociales (amistades), externas (lugar de trabajo), intrínsecas (mí mismo/yo), de perspectivas (financiera, futuro) y específicas –como la situación y estado de salud, el éxito actual en la terapia y la habilidad para enfrentar la vida– no mostraron diferencias significativas con las variables de edad, años de estudio y tiempo de diagnóstico de la enfermedad.

En este trabajo, la satisfacción con la vida en general no varió según el estadio de la enfermedad, a diferencia de lo hallado por Karlsson et al. (2006), quienes encontraron en una muestra de pacientes con AR de inicio temprano una menor satisfacción con la vida, con la actividad laboral y con la pareja, en comparación con un grupo control y un grupo de pacientes con un tiempo mayor de sufrir la enfermedad.

Además de las dimensiones antes mencionadas, la percepción del paciente de su vida familiar (social), el lugar donde vive (externo) y la vida en general (intrínseco) no tuvieron diferencias significativas entre pertenecer a la etapa adulta (23-59 años) o a la de adultos mayores (60-82 años), ni entre tener un nivel de estudios de primaria básica (1 a 5 años), bachillerato (6 a 11 años) y profesional (12 a 17 años). En definitiva, la percepción del paciente de su satisfacción con la vida no cambia con la edad o el nivel educativo.

Respecto a la variable de edad, los estudios no son concluyentes; según la teoría de la U invertida, cuando las personas pasan de la mediana edad a la de adultos mayores experimentan un incremento paulatino de la satisfacción con la vida. De igual modo, las personas en la edad adulta y en los años subsecuentes logran una mayor bienestar, satisfacción y sentido de la vida; afrontan mejor las consecuencias emocionales que acarrea la enfermedad debido a la experiencia adquirida a lo largo de la vida para afrontar sucesos vitales estresantes; así, las dificultades en la salud, aunque son un factor ansiogénico y hasta predecible, implican que los procesos de adaptación sean más fáciles (Blanchflower y Oswald, 2008; Cruz y Torres, 2006; Yanguas, 2006).

Por otro lado, se ha encontrado que las personas que tienen menos edad están más satisfechas con la vida que las que tienen mayor edad (Clemente, Molero y González, 2000), aunque en el estudio de Hamarat et al. (2002) no se encontraron diferencias significativas entre los adultos jóvenes y los mayores, resultados que son más afines a los de la presente investigación.

En lo que respecta al nivel educativo, no se hallaron diferencias, lo que difiere de los resultados encontrados por Vásquez, Duque y Hervás (2013) y Cheung y Chan (2009), quienes indican que las personas con mayor nivel educativo se muestran más satisfechas con su vida.

Ahora bien, las diferencias en los resultados de este estudio con los hallados en la literatura, en los que la edad, el nivel educativo y el tiempo de diagnóstico (en la mayoría de las dimensiones del BMLSS) no mostraron cambios, podrían deberse a varias razones: los participantes padecían una enfermedad crónica y la mayoría de las investigaciones en el área se han hecho utilizando poblaciones sanas; eran miembros de una fundación en la que recibían la misma información y tratamiento; participaban en actividades en las que se sentían útiles a pesar de sufrir una enfermedad que las había disminuido y llevado a la discapacidad sociolaboral, y eran personas de un mismo contexto sociocultural (la subcultura andina de la montaña de la ciudad de Medellín, en Colombia), que se caracteriza por su apoyo social y religiosidad (Gutiérrez de Pineda, 1999), lo que se confirma con los resultados de otros estudios, que in-

dican que estos grupos de pacientes muestran altos niveles de resiliencia, espiritualidad y apoyo social (Vinaccia, Quiceno y Remor, 2012), que son factores protectores y amortiguadores ante eventos estresantes y que tienen relación con el sentido y satisfacción por la vida (Hicks y King, 2009; Pattayakorn et al., 2010; Tak y Laffrey, 2003).

La enfermedad o la percepción de una salud general desfavorable no son sinónimos de insatisfacción con la vida (Büssing et al., 2009), pues las personas, en los momentos de enfermedad, desarrollan cogniciones activas para valorar y dar un nuevo significado e interpretación a las experiencias adversas (Coward, 2007; Kralik, van Loon y Visentin, 2006), se percatan de asuntos que antes del diagnóstico no eran relevantes y desarrollan otros recursos para sobrevivir (Moos y Holahan, 2007), lo que implica que padecer una enfermedad conduce a nuevos retos y necesidades, como replantear la vida y buscarle un propósito, convirtiéndola en una oportunidad más que en un problema. En los momentos de enfermedad aumenta la vulnerabilidad, es decir, la conciencia de mortalidad, que conduce a su vez a la ampliación de los límites autoconceptuales de uno mismo, del mundo y de los demás (Coward, 2007; Reed, 2003).

Los presentes resultados, aun siendo preliminares, indican que el tratamiento psicológico de las enfermedades reumáticas debería desarrollarse a partir de intervenciones diferenciales dependiendo del tiempo transcurrido desde el diagnóstico, enfatizando el trabajo con la familia y el modo en que se pueden reorganizar las condiciones físicas del lugar que habita el paciente, especialmente en los primeros cinco años desde el diagnóstico. Entre las limitaciones del estudio se hallan el tamaño de la muestra, el hecho de que la mayoría fueran mujeres³ y la dificultad para la contrastación empírica, ya que hay muy pocos estudios comparativos sobre este caso en pacientes con patologías crónicas de tipo reumático.

Para terminar, esta investigación muestra que diversos factores psicosociales se asocian con la satisfacción en la vida en los enfermos reumáticos, lo que apoya la hipótesis de que contribuyen

³ Epidemiológicamente, es esperable que las enfermedades reumáticas afecten más a las mujeres que a los hombres.

a su curso clínico, de modo que se hace necesario el diseño de un modelo que permita entender más integralmente las enfermedades reumáticas. El modelo biopsicosocial y espiritual podría permitir en-

tender más coherentemente estas enfermedades crónicas y ubicarlas en un espacio dinámico que cambia a lo largo del tiempo (Vinaccia, Cadena, Juárez, Contreras y Anaya, 2004).

REFERENCIAS

- Blanchflower, D.G. y Oswald, A.J. (2008). Is well-being u-shaped over the life cycle? *Social Science & Medicine*, 66, 1733-1749.
- Borman, P., Gur-Toy, G., Babaoğlu, S., Bodur, H., Cılız, D. y Allı, N. (2007). A comparative evaluation of quality of life and life satisfaction in patients with psoriatic and rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, 26(3), 330-334.
- Büssing, A., Fischer, J., Haller, A., Heusser, P., Ostermann, T. y Matthiessen, P.F. (2009). Validation of the brief multidimensional life satisfaction scale in patients with chronic diseases. *European Journal of Medical Research*, 14, 171-177.
- Cardiel, M. (2011). Presente y futuro de las enfermedades reumáticas en América Latina: ¿estamos preparados para hacerle frente? *Reumatología Clínica*, 7(5), 279-280.
- Çeliker, R. y Borman, P. (2001). Fibromyalgia versus rheumatoid arthritis: A comparison of psychological disturbance and life satisfaction. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 9(1), 35-45.
- Cheung, H. y Chan, A. (2009). The effect of education on life satisfaction across countries. *The Alberta Journal of Educational Research*, 55(1), 124-136.
- Clemente, A., Molero, R. y González, F. (2000). Estudio de la satisfacción personal según la edad de las personas. *Anales de Psicología*, 16(29), 189-198.
- Coward, D.D. (2007). Teoría de la autotranscendencia. En A. Marriner y M. Raile (Eds.): *Modelos y teorías en enfermería* (pp. 647-667). Madrid: Elsevier.
- Cruz, J. y Torres, J. (2006). ¿De qué depende la satisfacción subjetiva de los colombianos? *Cuadernos de Economía*, 45, 131-154.
- Dekkers, J.E., Greenen, R., Evens, A., Kaaimataat, F., Bijhsma, J. y Godaert, G. (2001). Biopsichosocial mediators and moderators of stress-health relationship in patient with recently diagnosed AR. *Arthritis Care Research*, 45, 307-316.
- Dezutter, J., Robertson, L.A., Luyckx, K. y Hutsebaut, D. (2010). Life satisfaction in chronic pain patients: the stress-buffering role of the centrality of religion. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 49(3), 507-551.
- Dobbie, M. y Mellor, D. (2008). Chronic illness and its impact: considerations for psychologists. *Psychology, Health & Medicine*, 13(5), 583-590.
- Gana, K., Bailly, N., Saada, Y., Joulain, M. y Alaphilippe, D. (2013). Does life satisfaction change in old age?: Results from an 8-year longitudinal study. *The Journal of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(4), 540-552.
- González, H. (2004). Factores psicosociales en la artritis reumatoide. En L. Ramírez y J. M. Anaya (Eds.): *Artritis reumatoide* (pp. 301-305). Medellín (Colombia): Editora Médica Colombiana.
- Gutiérrez de Pineda, V. (1999). *Estructura, función y cambio de la familia colombiana*. Medellín (Colombia): Universidad de Antioquia.
- Gutiérrez L., F. y Londoño J., D. (2004). Epidemiología de la artritis reumatoide. En L. Ramírez y J. M. Anaya (Eds.): *Artritis reumatoide* (pp. 25-29). Medellín (Colombia): Editora Médica Colombiana.
- Hamarat, E., Thompson, D., Ayasan, F., Steele, D., Matheny, K. y Simons, C. (2002). Age differences in coping resources and satisfaction with life among middle-aged, young-old, and oldest-old adults. *Journal of Genetic Psychology*, 163(3), 360-367.
- Helmick, C., Felson, D., Reva, L., Gabriel, S., Hirsch, R., Kwoh, K. et al. (2008). Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in United States. *Arthritis & Rheumatism*, 58(1), 15-25.
- Hernández, C., López, V., González, R. y Ortiz, T. (2009). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en mujeres mayores activas. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44(3), 146-148.
- Hicks, J.A. y King, L.A. (2009). Positive mood and social relatedness as information about meaning in life. *The Journal of Positive Psychology*, 4(6), 471-482.
- Hill, C.L., Gill, T., Taylor, A.W., Daly, A., DalGrande, E. y Adams, R.J. (2007). Psychological factors and quality of life in arthritis: a population-based study. *Clinical Rheumatology*, 26(7), 1049-1054.
- Isik, A., Koca, S.S., Ozturk, A. y Mermi, O. (2007). Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, 26, 872-878.

- Karlsson, B., Berglin, E. y Wallberg-Jonsson, S. (2006). Life satisfaction in early rheumatoid arthritis: a prospective study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 13(3), 193-199.
- Kim, M.J., Nam, E.S. y Paik, S.I. (2005). The effects of aromatherapy on pain, depression, and life satisfaction of arthritis patients. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 35(1), 186-194.
- Kim, M.J. y Yae, S.K. (1990). A study on the relationships of discomfort, self-esteem, personality and life satisfaction in persons with rheumatoid arthritis. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 20(2), 185-194.
- Klaassen, K., Nykliček, I., Traa, S. y de Nijs, R. (2012). Distressed personality is associated with lower psychological well-being and life satisfaction, but not disability or disease activity in rheumatoid arthritis patients. *Clinical Rheumatology*, 31(4), 661-667.
- Kralik, D., van Loon, A. y Visentin, K. (2006). Resilience in the chronic illness experience. *Educational Action Research*, 14(2), 187-201.
- Laborde, J.M. y Powers, M.J. (1980). Satisfaction with life for patients undergoing hemodialysis and patients suffering from osteoarthritis. *Research in Nursing & Health*, 3(1), 19-24.
- Luger, T., Cotter, K.A. y Sherman, A.M. (2009). It's all in how you view it: pessimism, social relations, and life satisfaction in older adults with osteoarthritis. *Aging & Mental Health*, 13(5), 635-647.
- Moos, R.H. y Holahan, C.J. (2007). Adaptive tasks and methods of coping with illness and disability. En E. Martz, H. Livneh y B. A. Wright (Eds.): *Coping with chronic illness and disability: Theoretical, empirical, and clinical aspects* (pp. 107-126). New York: Springer.
- Pattayakorn, P., Hanucharunkul, S., Goepfing, J., Vorapongsathorn, T., Malathum, M. y Chotanaphuti, T. (2010). Factors influencing life satisfaction among older Thai women with knee osteoarthritis. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 14(1), 3-16.
- Reed, P.G. (2003). The theory of self-transcendence. En M. Smith y P. Liehr. (Eds.): *Middle range theories in nursing*. New York: Springer.
- Smith, B.W. y Zautra, A.J. (2002). The role of personality in exposure and reactivity to interpersonal stress in relation to arthritis disease activity and negative affect in women. *Health Psychology*, 21(1), 81-88.
- Tak, S.H. y Laffrey, S.C. (2003). Life satisfaction and its correlates in older women with osteoarthritis. *Orthopaedic Nursing*, 22(3), 182-189.
- Tasiemski, T., Angiaszwili-Biedna, N. y Wilski, M. (2009). Assessment of objective and subjective quality of life in people with rheumatoid arthritis – preliminary study. *Ortopedia, Traumatologia, Rehabilitacja*, 11(4), 346-359.
- Vázquez, C., Duque, A. y Hervás, G. (2013). The Satisfaction with Life Scale (SWLS): Adaptation and normative data in a Spanish representative national sample. *Spanish Journal of Psychology*, 16.
- Vinaccia, S., Cadena, J., Juárez, F., Contreras, F. y Anaya, J.M. (2004). Relaciones entre variables sociodemográficas, la incapacidad funcional, el dolor y la desesperanza aprendida en pacientes con artritis reumatoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 91-103.
- Vinaccia, S., Quiceno, J.M. y Remor, E. (2012). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. *Anales de Psicología*, 28(2), 366-377.
- 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.