

## Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta

Japcy Margarita Quiceno<sup>1</sup>  
Universidad de San Buenaventura, Bogotá (Colombia)

Stefano Vinaccia<sup>2</sup>  
Universidad Católica de Colombia, Bogotá (Colombia)

Recibido: 10/11/2010 Revisado: 18/08/2010 Aceptado: 30/08/2011

### Resumen

Recientemente, los crecimientos sobre los estudios de resiliencia en población adulta, con o sin patologías orgánicas, constata la importancia de este constructo como factor de protección para la salud mental y física. El propósito del presente trabajo es mostrar cómo la resiliencia ha trascendido hasta el campo de la salud, especialmente, al área de la enfermedad crónica. Se describen, por tanto, las características de las personas adultas resilientes y los procesos psicobiológicos y genéticos asociados, los instrumentos psicométricos empleados en la población adulta para medir la resiliencia, las diferentes patologías físicas en la que ha sido estudiada y los respectivos programas de intervención desarrollados con pacientes enfermos crónicos.

**Palabras clave.** Resiliencia, enfermedad crónica, intervención en resiliencia, población adulta.

### Abstract

Recently there is a gradual and rapid increase of studies on resilience in adults with or without organic diseases that are showing the importance of this construct as a protective factor for mental and physical health. It is therefore the purpose of this paper to show how the construct of resilience has transcended to the field of health especially in chronic disease. It describes the characteristics of resilient adults and psychobiological and genetic processes associated, psychometric instruments used to measure in adults, different physical pathology that have been studied and a developed program of intervention in patients with chronic illness.

**Keywords.** Resilience, chronic illness, resilience intervention, adult population.

<sup>1</sup> Psicóloga, Doctora en Psicología Clínica y de la Salud. Docente e investigadora. Universidad de San Buenaventura, Medellín. Correspondencia: japcyps@hotmail.com

<sup>2</sup> Psicólogo, Doctor en Psicología Clínica y de la Salud. Docente e investigador. Universidad Católica de Colombia, Facultad de Psicología. Correspondencia: vinalpi47@hotmail.com

## Resumo

Recentemente, o aumento paulatino e vertiginoso de estudos sobre resiliência em população adulta com ou sem patologias orgânicas, constata a importância de este construto como fator de proteção pra a saúde mental e física. O proposto do presente trabalho é mostrar como a resiliência tem transcendido até o campo da saúde, especialmente na área da doença crônica. São descritos, por tanto, as características das pessoas resilientes e os processos psicobiológicos e genéticos associados, os instrumentos psicométricos empregados em população adulta para medir a resiliência, as diferentes patologias físicas na que tem sido estudada e os respectivos programas de intervenção desenvolvidos com pacientes doentes crônicos.

**Palavras chave.** Resiliência, doença crônica, intervenção em resiliência, população adulta.

## Introducción

El concepto de resiliencia se viene estudiando, aproximadamente, desde la segunda mitad del Siglo XX; tiene como origen etimológico la palabra latina "resilio" que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar (Becoña, 2006; Luthar, 2006). En el campo de la Psicología, el término resiliencia cobra importancia a través de los trabajos del psiquiatra Michael Rutter, quien considera que la resiliencia "no debe ser entendida como la animada negación de las difíciles experiencias de la vida, dolores y cicatrices: es más bien, la habilidad para continuar adelante a pesar de ello" (Rutter, 1986, 1993, 2006). Según Rutter (1996), es difícil identificar las raíces del surgimiento del interés en la resiliencia; su origen data del año 1955, con el estudio longitudinal desarrollado por Emmy Werner y Ruth Smith, en el que estudiaron, a lo largo de 30 años, una cohorte de 698 niños nacidos en las Islas Kauai (Hawaii) en condiciones desfavorables. En este estudio se encontró que el 80% de esta muestra no presentaban comportamientos psicopatológicos siendo adultos, por el contrario, eran personas optimistas, de visión positiva, adaptados, competentes e integrados a su contexto social y cultural. Esta investigación, a pesar de haberse realizado en un contexto diferente a la resiliencia, ha tenido relevancia significativa en su surgimiento y desarrollo posterior (Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1997). A partir de ese momento, se realizaron un sinnúmero de estudios sobre resiliencia en la infancia, que se remontaron a la observación de comportamientos individuales de superación, que parecían más casos aislados y anecdóticos y, por otro lado, al estudio evolutivo de niños que habían vivido en condiciones difíciles, como pobreza extrema y psicopatología de los padres, entre otros (Luthar, Cicchetti y Becker, 2000;

Pan y Chan, 2007). Más adelante, el enfoque de los estudios sobre resiliencia logra trascender la mirada tradicional de adversidad versus presencia de psicopatología, a la de adversidad versus posibilidad de adaptación exitosa (Pan y Chan, 2007).

Desde finales del Siglo XX hasta la fecha, la investigación sobre resiliencia se ha focalizado en poblaciones diferentes de la infancia y la adolescencia, dándose un creciente y paulatino auge de estudios en población adulta, en diferentes temáticas, por ejemplo, adultos en condiciones de maltrato y sin hogar (Kidd y Shahar, 2008), familia (Montgomery, Ehlin y Sacker, 2006), personas en extrema pobreza (Cleland, Ball, Salmon, Timperio y Crawford, 2010), personas de zonas rurales aisladas (Hegney *et al.*, 2007), sobrevivientes de terrorismo (Bonanno, Galea, Bucciarelli y Vlahov, 2006), soldados veteranos de la guerra del Golfo (Vythilingam *et al.*, 2009), sobrevivientes de desastres naturales -huracanes- (Lee, Shen y Tran, 2009), estudiantes universitarios (Campbell-Sills, Cohan y Stein, 2006), personas con trastornos psiquiátricos (Waugh, Fredrickson y Taylor, 2008), adictos de sustancias psicoactivas -alcohol, tabaco- (Kane y Green, 2009), personas de la tercera edad (Nygren *et al.*, 2005; Windle, Markland y Woods, 2008) y cuidadores de enfermos crónicos (Chappell y Dujela, 2008).

El objetivo del presente trabajo es mostrar cómo el constructo de resiliencia ha trascendido al campo de la salud, hasta llegar a estudiarse en muestras de pacientes enfermos crónicos en los últimos veinte años.

### *Características de las personas adultas resilientes*

Al igual que se ha realizado con los estudios con niños/adolescentes, la Resiliencia se ha venido

estudiando en muestras de adultos como “proceso”, para tratar de entender cómo se da la adaptación resiliente en el adulto, en función de la interacción dinámica entre diversos factores de riesgo y factores resilientes -marcos protectores- (Infante, 2002), como se detalla a continuación:

Entre los índices de factores de riesgo, según Zautra, Hall y Murray (2008), se cuenta con: 1) Los biológicos (bioquímicos/fisiológicos) que hacen referencia a la presión arterial (diastólica >90mmHg y sistólica >140mmHg), a los niveles de colesterol (>240mg), glucosa (>124 mg), al índice de masa corporal (IMC) (>25 Kg/m<sup>2</sup>), a los factores genéticos asociados con la ansiedad, a la alta reacción de la proteína C o de otras elevaciones en los procesos inflamatorios. 2) Los individuales, se refieren a los antecedentes de enfermedad mental, de depresión y desesperanza y de lesión cerebral traumática. 3) Los interpersonales/familiares, consisten en la historia de trauma infantil y/o historia de abuso en edad adulta, expuestos a un estrés crónico de tipo social. 4) Lo social comunitario/organizacional, que hace referencia a la presencia de amenazas o peligros para el medio ambiente, las tasas de criminalidad y el estrés laboral.

Por otro lado, en las revisiones de la literatura se destaca la descripción de características psicobiológicas y de genética molecular de las personas adultas resilientes (Charney, 2004; Feder, Nestler y Charney, 2009; Haglund, Nestadt, Cooper, Southwick y Charney, 2007; Stein, 2009); que actúan como marcos protectores. La primera característica hace referencia a las emociones positivas como el optimismo y el sentido del humor -son en parte heredadas, pero que se pueden aprender-. A nivel neurobiológico, posibilitan la disminución de la actividad autonómica y se fortalecen los circuitos de recompensa (área del sistema nervioso central encargado de agrupar las neuronas asociadas a sensaciones profundas de placer, bienestar y satisfacción).

La segunda característica incluye el afrontamiento activo frente a la búsqueda de soluciones y el control emocional, el cual se puede aprender minimizando la evaluación de la amenaza, desarrollando pensamientos alternativos positivos sobre uno mismo y focalizándose en los aspectos a cambiar, ya que frente a la superación de temores se puede aumentar la autoestima y sentido de autoeficacia, y a nivel de los mecanismos neurobiológicos se previene el condicionamiento del miedo y la desesperanza aprendida, y se

promueve la extinción del miedo y la inoculación del estrés.

En tercera instancia, las personas resilientes presentan flexibilidad cognitiva/reevaluación cognitiva y aceptación. La flexibilidad cognitiva hace referencia a la interpretación positiva ante eventos adversos encontrándoles significado y oportunidades. Por su parte, la aceptación consiste en reconocer que hay situaciones estresantes incontrolables, reevaluándolas a la luz de la información, cambiando las expectativas acerca de las consecuencias y controlando el resultado de forma realista, para focalizarse en los aspectos controlables del estresor. Entre tanto, la aceptación se ha relacionado con la salud física y bajos niveles de ansiedad y estrés que, a nivel de los mecanismos neurobiológicos, activa la memoria y fortalece el control cognitivo emocional. Como cuarta característica, están los límites morales que hacen referencia a considerar la adherencia a un grupo guía de principios y al altruismo, ya que las acciones incondicionales aumenta el bienestar personal.

A nivel neurobiológico, las experiencias de fe, moral, espiritual-religiosas y altruistas podrían aumentar el sistema de funcionamiento de la serotonina, promoviendo la resiliencia y protegiendo a la persona de desarrollar enfermedades mentales postraumáticas. En quinta instancia, se plantea que el *ejercicio físico* tiene efectos positivos en la firmeza física, el estado de ánimo (bajos niveles de depresión), la autoestima y las funciones cognitivas (memoria y aprendizaje), especialmente con el paso de los años. Además, el *ejercicio físico* tiene efectos en un gran número de factores neurobiológicos que median la resiliencia: promueve la neurogénesis, mejora la cognición, atenúa la reacción al estrés del eje hipotálamico-pituitario-adrenal, (HPA), incrementa la liberación de endorfinas e incrementa los niveles en plasma de monoaminos y el triptófano (un precursor para la serotonina), ayuda en la regulación de la emociones y estimula el sistema inmune.

Como sexta característica, se cuenta con el *apoyo social* que se relaciona con la red de seguridad frente a sucesos vitales estresantes. El *apoyo social* reduce el índice de comportamientos de alto riesgo, disminuye la percepción negativa de amenaza, reduce la discapacidad funcional, además contrarresta los sentimientos de soledad, fomenta el afrontamiento adaptativo e incrementa el sentido de autoeficacia y adherencia a los tratamientos, en caso de enfermedad. A nivel de

los mecanismos neurobiológicos, la oxitoxina neuropeptida es importante en la mediación del apego social y los lazos afectivos, favoreciendo el apoyo social y disminuyendo los niveles ansiolíticos durante situaciones estresantes. Cabe resaltar que las interacciones sociales positivas son uno de los recursos más importantes e influyentes en la promoción de la resiliencia. Además de las anteriores características de la persona adulta resiliente, Zautra *et al.* (2008) añaden la visión social-comunitaria/organizacional, que consiste en la participación en actividades de preservación del medio ambiente, como el voluntariado y la satisfacción de la vida laboral. Las anteriores características igualmente han sido retomadas por otros autores (Karoly y Ruehlman, 2006).

Además, otros estudios consideran que la autoestima, autoeficacia y autocontrol personal y emocional pueden ser características de la resiliencia que ayudan a evitar problemas cíclicos en el tiempo (Carrobles y Benavides-Pereira, 2009; Yi, Vitaliano, Smith, Yi y Weinger, 2008). En definitiva, las investigaciones sobre resiliencia adoptan la perspectiva de la psicología positiva, donde se le considera como un constructo que promueve el bienestar y la salud, tanto en personas con o sin patologías (Pan y Chan, 2007). Por otro lado, según Benson (2008):

Las ciencias médicas han tenido el conocimiento por mucho tiempo de la existencia de la predisposición genética a la mayoría de las enfermedades mentales, pero existen indicios de que también hay “resistencia de los genes” que protegen a algunas personas de deprimirse bajo situaciones de estrés extremo. La investigación se ha centrado sobre la variación del gen 5-HTTLPR y los genes que llevan el código de la proteína transportadora de serotonina. El alelo 5-HTT puede ser largo o corto. Las personas con dos alelos largos tienen mayor posibilidad de movimiento de recuperación tras los acontecimientos vitales estresantes. Los que tienen un alelo corto tendrán menos capacidad de resiliencia que aquellos con dos alelos cortos y una mayor probabilidad de depresión. Sin embargo, sólo en circunstancias extremas, tales como el

abuso infantil, la guerra o el estrés crónico, el gen se “activa”. Aquellas personas que no experimentan graves acontecimientos de la vida no presentan una mayor tasa de depresión aunque tengan el alelo corto. Otro hallazgo importante es el efecto protector de un adecuado apoyo social que puede contrarrestar tanto la genética y el riesgo ambiental (p. 90).

### *Instrumentos de medida en resiliencia para población adulta*

A la par con el desarrollo teórico de la resiliencia se han venido diseñando y validando instrumentos psicométricos para población adulta. Según Ahern, Kiehl, Sole y Byers (2006) las pruebas psicométricas que han tenido consistencia y fiabilidad y que se han utilizado en investigaciones con población adulta, tanto en personas con o sin patologías orgánicas, han sido las siguientes:

*Resilience Scale (RS)*: esta escala mide el grado de resiliencia individual, considerándola como una característica personal positiva que aumenta la adaptabilidad individual (Wagnild y Young, 1993). La versión en idioma español fue desarrollada por Heilemann, Lee y Kury (2003). Compuesta por 25 ítems, en formato tipo Likert que va de 1 a 7 (siendo 1 “Estoy en desacuerdo”, hasta 7 “Estoy en acuerdo”) y se divide en dos dimensiones: 1. Competencia personal y 2. Aceptación de sí mismo y de la vida. Comprende además una escala total. Estas dos dimensiones toman en consideración las siguientes características de resiliencia: ecuanimidad, perseverancia, confianza en sí mismo, satisfacción personal y sentirse bien solo. El rango de respuesta oscila entre 25 a 175 puntos, a mayor puntuación mayor resiliencia. Según Wagnild (2009) después de repetidas aplicaciones de la escala de resiliencia con una variedad de muestras, las puntuaciones superiores a 145 indican una resiliencia moderadamente alta a alta, puntuaciones entre 125 a 145 indican niveles de resiliencia moderadamente bajos a moderados, y las puntuaciones de 120 o menores indican poca capacidad de resiliencia. Con respecto a los niveles de consistencia interna en 12 estudios que utilizaron este instrumento se encontró que los niveles de la escala total de RS oscilaba entre .72 a .94.

*Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)*: comprende 25 ítems, en formato tipo Likert en una escala de 0 (Nada de acuerdo) a 4 (Totalmente de acuerdo). El tiempo de referencia de aplicación es el último mes. La puntuación máxima es de 100 puntos; entre mayor sea la puntuación mayor es el nivel de resiliencia. Su contenido hace referencia a una única dimensión que aborda los conceptos de lugar de control, compromiso, desafío, conducta orientada a la acción, autoeficacia, resistencia al malestar, optimismo, adaptación a situaciones estresantes y espiritualidad (Connor y Davidson, 2003). Se cuenta con dos versiones breves de esta escala The Connor-Davidson Resilience Scale CD-RISC10 (Campbell-Sills y Stein, 2007) y The Connor-Davidson Resilience Scale CD-RISC2 (Vaishnavi, Connor y Davidson, 2007).

*Resilience Scale for Adult (RSA)*: esta escala contiene 33 ítems, con un sistema de respuesta de tipo diferencial semántico de siete puntos. Sus seis factores hacen referencia a: 1. Competencia personal que contiene a su vez dos sub-factores (percepción positiva de sí mismo y percepción positiva del futuro). 2. Competencia social. 3. Estructura personal. 4. Cohesión familiar. 5. Recursos sociales. El rango oscila entre 33 a 231 puntos. La escala RSA puede ser utilizada como una medida válida y confiable para evaluar la presencia de factores de protección, importantes para recuperar y mantener la salud mental, en el área de la Salud y la Psicología Clínica (Friborg, Hjemdal, Rosenvinge y Martinussen, 2003).

*Brief Resilient Coping Scale (BRCS)*: contiene una sola dimensión con cuatro preguntas, en formato tipo Likert en una escala de 0 (No me describe para nada) a 5 (Me describe muy bien). La puntuación máxima es de 20 puntos, siendo mayor puntuación una mayor resiliencia. Esta escala concibe la resiliencia como tenacidad, optimismo, creatividad, perspectiva agresiva para la solución de los problemas y compromiso para extraer un sentido positivo de las situaciones adversas (Sinclair y Wallston, 2004).

Más recientemente, se cuenta con la *Escala de Resiliencia Breve (The Brief Resilience Scale -BRS)* que comprende seis preguntas en formato tipo Likert, en una escala que va de 1 (Muy en desacuerdo) a 5 (Muy de acuerdo). La puntuación máxima es 30 puntos, a mayor puntuación mayor resiliencia.

Esta escala mide la capacidad de recuperación de las personas frente al estrés; además, proporciona información sobre cómo las personas afrontan el estrés asociado a la enfermedad (Smith *et al.*, 2008).

### *Resiliencia y enfermedad crónica en población adulta*

En los últimos diez años la Psicología de la Salud ha enfocado su atención hacia la resiliencia (Bonanno, 2004), definiéndola como la capacidad de las personas para mantener la salud y el bienestar psicológico en un ambiente dinámico y desafiante (Zautra *et al.*, 2008). La investigación basada en la evidencia ha sido concluyente en afirmar que la resiliencia es una variable protectora de la salud física y mental en momentos de enfermedad (Brix *et al.*, 2008; Jamison, Weidner, Romero y Amundsen, 2007). La enfermedad crónica es considerada como un trastorno orgánico funcional que cambia la vida de una persona, es persistente en el tiempo, por lo general, sin un principio ni un curso ni fin definibles y raramente tiene una cura (Kralik, 2002; Stanton, Reversion y Tennen, 2007). A continuación, se describen las diferentes patologías donde se ha abordado este constructo:

*Enfermedades crónicas en general*: en los EE.UU. se llevó a cabo un estudio con 15 pacientes de ambos géneros, entre los 30 y 50 años de edad, con enfermedades crónicas no progresivas (déficit de atención, parálisis cerebral y espina bífida), encontrándose como factores de protección el apoyo social (familia, amigos y comunidad), características como la perseverancia, la determinación y las creencias espirituales. Además, fueron identificados tres nuevos procesos de protección como la *trascendencia*, hace alusión a sustituir una pérdida por una ganancia, el *auto entendimiento*, se refiere al reconocimiento de las nuevas cosas de sí mismo, y la *acomodación* que consiste en la toma de decisiones sobre abandonar algo en vida (King *et al.*, 2003). En otro estudio con 38 pacientes afroamericanos, entre los 65 y 91 años de edad y con enfermedades crónicas, como artritis, asma, diabetes mellitus, cardíacas e hipertensión, se encontraron como factores resilientes la determinación, perseverancia y tenacidad, independientemente de la gravedad de la enfermedad. Los valores culturales que los determinaron fueron la independencia,

espiritualidad, supervivencia y el trasfondo cultural de racismo, por lo que al estudiarse la resiliencia se deberían considerar las creencias culturales asociadas a la enfermedad crónica en personas mayores (Becker y Newsom, 2005). En Australia, se desarrolló un estudio con pacientes enfermos de síndrome de fatiga crónica, diabetes, psoriasis artrítica, osteoartritis, fibromialgia, depresión, Crohn, colitis ulcerativa, esclerosis múltiple, cardiopatía y dolor crónico, entre los 21 y 65 años de edad, donde se concluyó que la resiliencia se caracteriza por tener un fuerte sentido de autoestima, de capacidad para aprender de las experiencias y de desarrollar la adaptación, siendo esta última fundamental para sobrellevar la enfermedad (Kralik, van Loon y Visentin, 2006).

*Cáncer:* en los EE.UU. se llevó a cabo un estudio con una muestra de 160 pacientes de cáncer, quienes tenían una media de edad de 60 años, donde se compararon pacientes que sobrevivieron más allá de su pronóstico (*sobrevivientes excepcionales*) con pacientes de cáncer con mejor pronóstico (*sobrevivientes controles*). En esta investigación se encontró que los *sobrevivientes excepcionales* presentaron mejor bienestar que el grupo de pacientes *sobrevivientes controles*. Los primeros obtuvieron mayores niveles de sentido de coherencia y de resiliencia, pero no de optimismo, en comparación al grupo de *sobrevivientes controles*. Además, hubo pocas diferencias psicológicas entre *sobrevivientes excepcionales* y *controles*. En conclusión, los autores del estudio consideran que el estado de enfermedad no es tan importante para el bienestar de los *sobrevivientes de cáncer* como variable individual, y que un diagnóstico de cáncer tiene implicaciones tan aterradoras que todos los sobrevivientes consideran su recuperación algo extraordinario, llegando a ser sobrevivientes "excepcionales" (Gotay, Isaacs y Pagano, 2004). En diferentes investigaciones en Alemania, donde se ha analizado la fatiga de pacientes con cáncer sometidos a radioterapia (RT), encontrándose que éstos tienen mayores niveles de resiliencia que la población en general, siendo la resiliencia una variable predictiva de menor fatiga durante el proceso de la RT. Este hallazgo concuerda con otros estudios donde se ha demostrado que la resiliencia es una importante variable psicológica predictiva, no sólo de la calidad de vida, sino de afrontamiento del estrés en momentos de enfermedad (Brix, Schlußner, Füller, Röhrig y Strauß, 2009; Strauss et

*al.*, 2007). Igualmente, en otro estudio desarrollado en Alemania, con una muestra de 208 pacientes con cáncer entre los 25 a 85 años de edad, se mostró una fuerte correlación negativa de la fatiga y la resiliencia con la necesidad de apoyo psicosocial (Brix et al., 2008). En Kansas (EE.UU.) se realizó un análisis cualitativo con 30 adultos mayores, entre los 63 a 96 años de edad, quienes padecían cáncer y otros diagnósticos primarios y eran clientes del mismo asilo. Los autores plantearon que las personas después de negociar una vida de desafíos, pueden encontrar que tienen recursos para demostrar sus capacidades y lograr la plenitud en la fase final de la vida. Por lo tanto, se buscó analizar cuáles son las formas de resiliencia en las personas adultas mayores, encontrándose cuatro categorías: 1. La redefinición de sí mismo. 2. El uso de la religión/espiritualidad o la apertura a la incertidumbre. 3. El mantenimiento en la inversión de la vida social. 4. El conservar la independencia. El estudio concluye que pueden ayudar al proceso de plenitud en la fase final de la vida crear ambientes de bienestar a través de facilitar la continuidad de los intereses del cliente, brindar oportunidades para la creatividad y el crecimiento, conservar la escucha y cultivar el hábito de estar plenamente presente en las interacciones con los clientes (Nelson-Becker, 2006).

*Diabetes:* en un estudio longitudinal de un año, realizado en los EE.UU. con 111 pacientes de diabetes, que tenían entre 18 a 75 años de edad, se encontró en que la resiliencia, el estrés relacionado con la diabetes y su interacción predecían en un año la salud física (hemoglobina glicosilada -HbA1c). Se identificaron primero las personas con bajos o moderados niveles de resiliencia. Las personas con bajos o moderados niveles de resiliencia mostraron fuertes asociaciones entre el aumento del estrés y el empeoramiento de la HbA1c en el tiempo, a diferencia de quienes presentaron alta resiliencia. Por otro lado, bajos niveles de resiliencia se asociaron con menor número de comportamientos de auto-cuidado cuando se enfrentaban cada vez con más peligros. lo cual concluye que los recursos de resiliencia como el optimismo, autoestima, autoeficacia y autocontrol predicen el nivel futuro de HbA1c y protegen contra el empeoramiento de los niveles HbA1c en la sangre; además, ayudan a los comportamientos de auto-cuidado frente a los niveles crecientes de estrés (Yi et al., 2008).

*Enfermedades reumáticas y dolor:* una investigación en los EE.UU. demostró, en una muestra de 124 pacientes entre los 35 a 72 años de edad, diagnosticados con osteoartritis y fibromialgia, con dolor crónico, que las emociones positivas son un recurso que promueve la resiliencia en estos pacientes. Niveles altos de afecto positivo se asociaron con menores niveles de dolor en mediciones de las siguientes semanas, por el contrario, aumentos de afecto negativo (ansiedad-depresión) se asociaron con mayores niveles de dolor en las siguientes semanas (Zautra, Johnson y Davis, 2005). Asimismo, otra realizada en EE.UU. pretendió evaluar el afecto positivo (AP) como un factor de resiliencia en las relaciones entre el dolor y el afecto negativo (AN), en una muestra de 43 pacientes con artritis reumatoide entre 33 a 80 años de edad. El estudio concluye que el AP es más influyente en la reducción de AN durante las semanas de mayor dolor y puede ser un factor de resiliencia, ayudando a los pacientes que experimentan fluctuaciones de dolor a que sean menos dolorosas cuando presentan niveles inferiores de AP (Strand *et al.*, 2006). Por esta misma línea, se desarrolla en EE.UU. un estudio con el objetivo de probar un modelo de dos factores de salud afectiva en mujeres con artritis reumatoide (RA, n=82) y osteoartritis (OA, n=88). Las interacciones sociales de afecto positivo y negativo fueron evaluadas durante 11 semanas consecutivas en la muestra de estudio. Para cada una de las participantes, fueron creados factores de vulnerabilidad y resiliencia asociados a características positivas y negativas personales. El factor de vulnerabilidad (y no la resiliencia) predijo cambios en las interacciones negativas. El factor de resiliencia (y no la vulnerabilidad) predijo cambios de interacciones positivas. El factor de vulnerabilidad (y no la resiliencia) predijo cambios en el momento y en la semana siguiente de afecto negativo. Los factores de resiliencia y vulnerabilidad predijeron cambios inmediatos, y en la semana siguiente de afecto positivo, aunque los efectos de vulnerabilidad fueron más pequeños que los de resiliencia. Finalmente, el factor de vulnerabilidad interactuó con el dolor lo que predijo más afecto negativo en el futuro (Smith y Zautra, 2008). Un estudio similar, también desarrollado en EE.UU., tuvo como objetivo examinar el riesgo psicológico y los factores de resiliencia en combinación con un indicador objetivo de severidad de enfermedad (rayos X de rodilla) para determinar qué factores explican mejor el dolor y el funcionamiento físico

de 275 pacientes con osteoartritis temprana de rodilla (KOA), entre los 35 a 64 años de edad. Los resultados indicaron que tanto los factores de riesgo como la resiliencia predicen el funcionamiento físico y el dolor sobre la dirección esperada de la gravedad de la enfermedad. El efecto de la resiliencia sobre el dolor se vio mediada por la autoeficacia, lo que sugiere que mayor autoeficacia está asociada a menor dolor y mejor funcionamiento físico (Johnson, Zautra y Going, 2008). En EE.UU., en un estudio con 2407 pacientes con dolor crónico, se compararon dos grupos, uno de personas resilientes y otro de no resilientes. Encontrándose diferencias significativas entre las personas resilientes y las no resilientes, como estilo de afrontamiento, creencias y actitudes hacia el dolor, tendencias a la catastrofización, respuestas positivas y negativas sociales respecto al dolor, y los patrones de cuidado de la salud y la forma de uso de la medicación. En este estudio se concluye que la resiliencia es un factor de protección causal en personas con dolor crónico (Karloly y Ruhlman, 2006).

*Esclerosis múltiple:* en un estudio, en los EE.UU., con 152 personas con esclerosis múltiple, entre los 20 a 70 años de edad, se encontró que a medida que progresa la enfermedad y las recaídas, la espiritualidad cobra valor como una variable protectora para la resiliencia, especialmente, a nivel de la independencia y el sentido en la vida, es decir, en la creencia de valerse por sí mismo y en las capacidades personales y en la conciencia de que la vida tiene un objetivo y un significado (DeArmas, 2004).

*Incontinencia urinaria:* en EE.UU., se efectuó una investigación con una muestra de 1520 mujeres, entre los 25 a 74 años de edad, con diagnóstico de incontinencia urinaria (IU). Se desarrolló un modelo para mostrar la relación entre resiliencia y la carga de la enfermedad. Se definió Resiliencia con los siguientes criterios: 1. Control sobre la vida. 2. Satisfacción consigo mismo. 3. Contribución a otros. 4. Capacidad para resolver los problemas de la vida. El modelo consistió en que la falta de resiliencia y el aumento de la carga de la enfermedad conducen a la disminución de la capacidad física, propensión a la obesidad y a una pobre función muscular básica, incrementando todo esto el riesgo a la IU. Los resultados mostraron que los bajos niveles de resiliencia estuvieron asociados con la IU, independientemente de la edad. En este

estudio se encontró que el factor resiliente más importante es la creencia de que hay una solución para los problemas de la vida (Jamison *et al.*, 2007).

*VIH:* en EE.UU. se desarrolló un estudio con 200 personas, entre los 23 a 71 años de edad, con diagnóstico de VIH/Sida, encontrándose que altos niveles de resiliencia estaban asociados con bajo estrés, mejor calidad de vida y creencias personales positivas, mejor sentido y propósito por la vida y mejor adaptación a la enfermedad (Farber, Schwartz, Schaper y Moone, 2000). En otro estudio, EE.UU., con una muestra de 53 hombres, se halló que quienes presentaban mayor discapacidad física eran menos optimistas, mientras quienes tuvieron altos niveles de resiliencia tenían una visión optimista respecto al futuro (Rabkin, Remien, Katoff y Williams, 1993).

*Enfermedades infecciosas:* en Hong Kong, se llevó a cabo un estudio longitudinal con mediciones entre 6, 12 y 18 meses posteriores al diagnóstico del síndrome respiratorio agudo severo (SARS). 997 personas, con una edad media de 42 años, fueron clasificados en cuatro grupos: disfunción crónica, disfunción de retraso, en recuperación y resilientes. Hallándose que las personas resilientes se recuperaban más rápido, tenían mayor apoyo social, menos preocupación por las consecuencias del SARS y eran de género masculino. El grupo resiliente tuvo mayor apoyo social que el de disfunción retrasada y mejor funcionamiento físico que el grupo de recuperación. Por lo tanto, el apoyo social se consideró como un factor protector importante en relación con la preocupación por el SARS (Bonanno *et al.*, 2008).

### *Intervención en resiliencia en población adulta*

El campo de la intervención es la última frontera de la investigación en resiliencia y prácticamente los estudios se han venido desarrollando en el último quinquenio (Quiceno, 2010). Las conclusiones de los diferentes estudios en salud han estado sugiriendo la necesidad del desarrollo de programas de intervención en resiliencia, ya que se le considera una variable protectora, moduladora y amortiguadora de la salud física y mental (Brix *et al.*, 2008; Jamison *et al.*, 2007; Smith y Zautra, 2008; Wagnild, 2009). A continuación, se describen los siguientes programas de intervención en resiliencia en pacientes crónicos:

Quiceno (2010) desarrolló un estudio cuyo objetivo fue diseñar, ejecutar y evaluar un programa de potenciación de la resiliencia (“Fortaleza”) para pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide, en Colombia. En la investigación participaron un total de 76 pacientes (71 mujeres y 5 hombres), con edades comprendidas entre los 27 a 74 años, quienes fueron asignados a dos grupos cuasi-experimentales (piloto y réplica) y dos cuasi-controles (piloto y réplica). Se utilizaron, como instrumentos de medida para las variables dependientes, el cuestionario de salud MOS SF-36, el cuestionario breve de percepción de enfermedad IPQ-B, la escala de autotranscendencia (STS), la escala de resiliencia (RS), la percepción de apoyo social se midió a través de dos preguntas, y el estado emocional fue medido con una Escala Visual Analógica antes y después de cada sesión del programa. “Fortaleza” es un programa manualizado y multimodal que pretende contribuir a la promoción y mantenimiento de la salud de personas con diagnóstico de enfermedad crónica (Quiceno y Remor, 2009); está compuesto por un conjunto de técnicas de intervención psicológicas, derivadas de la Psicología Positiva y la Terapia Cognitivo-conductual, donde se trabajó la resiliencia a través de tres pilares: autoestima, autoeficacia y autocontrol emocional. El pilar autocontrol emocional enfatizó en las técnicas de meditación, relajación/respiración y los estilos de comunicación de conducta interpersonal. Para el desarrollo de la autoestima se trabajaron técnicas que promueven los estados emocionales positivos, como la escritura expresiva sobre sucesos positivos pasados y la gratitud. En el pilar autoeficacia/autoconfianza se trabajaron los logros e intereses personales. El programa comprendió además actividades *administrativas*, como lectura del sumario de la sesión, asistencia, revisión y asignación de compromisos (tareas para la casa) y retroalimentación de la sesión. La estructura del programa fue diseñada para que los pacientes piensen siempre en positivo. El programa estuvo compuesto por seis sesiones de dos horas y media de duración que se desarrollaron en seis días consecutivos. Para evaluar los resultados, se empleó un grupo cuasi-control y seguimiento al grupo intervenido al cabo de tres meses de finalizado el programa. Los grupos de participantes se evaluaron antes y después de ser intervenidos y se realizó seguimiento al grupo intervenido al cabo de tres meses de finalizado el programa. Los resultados mostraron que la resiliencia cambió

significativamente en el tiempo y asociado a la manipulación de la variable independiente (Programa "Fortaleza" para la potenciación de la resiliencia), tanto a nivel inter (grupo cuasi-experimental vs. cuasi-control) e intra sujetos (pre-post test y seguimiento al grupo cuasi-experimental). Además, se encontró que la autotranscendencia fue significativa sólo en el estudio réplica a nivel de post-test respecto a un grupo cuasi-control y en la medición de seguimiento. El control personal y las respuestas emocionales del IPQ-B aumentó significativamente en ambos estudios al comparar las respuestas pre y post test entre grupos (intervenido y cuasi-control). Al cabo de tres meses, es el control personal el que mayor impacto tuvo en los grupos intervenidos. En cuanto a la variable percepción del número de personas con las que se puede contar, se encontró una diferencia significativa entre grupos. Por otra parte, se presentaron cambios en el estado emocional de los pacientes intervenidos al final de cada sesión respecto a la medición inicial.

Los resultados también demostraron que la calidad de vida física y mental del grupo intervenido, en ambos estudios (piloto y réplica), mejora a nivel pre-post test respecto a un grupo cuasi-control y mucho más en la medición de seguimiento.

Como conclusión, el estudio de Quiceno (2010) demuestra que un programa de intervención focalizado en resiliencia sí puede potenciarla y producir cambios importantes a nivel biopsicosocial y espiritual en pacientes con la artritis reumatoide.

En EE.UU. Steinhardt, Mamerow, Brown y Jolly (2009) analizaron la viabilidad de un programa de entrenamiento de la diabetes (DSP) en 12 pacientes (6 mujeres y 6 hombres) afroamericanos, entre los 43 a 66 años de edad. El programa tuvo una duración de dos meses (8 semanas) donde se desarrollaron cuatro sesiones de intervención de dos horas; en la primera hora, se realizaron actividades sobre resiliencia, y en la segunda hora, actividades de educación en nutrición asociada con la diabetes. La semana 1, se trabajó el modelo de resiliencia, la respuesta de estrés, afrontamiento basado en el problema y en la emoción, y se trató sobre la diabetes, sus causas y los procesos de auto-monitoreo de la sangre. En la semana 2, se trabajó el modelo de la responsabilidad, el manejo de los niveles basales de insulina (por encima o por debajo de la línea base), el conjunto de factores de riesgo que influyen en los niveles de glucosa, el proceso de las cinco estrategias para pasar por encima de la línea base de glucosa, y se trató,

además, sobre la planificación de los alimentos, lectura de las etiquetas de los alimentos y recuento de los hidratos de carbono. La semana 3, se trabajó sobre la capacitación de las interpretaciones, en cómo afectan los pensamientos a la salud, el modelo ABCDE de pensamiento y el origen de las creencias, es decir, A = suceso real que afecta a la persona, B = cadena de pensamientos o auto verbalizaciones que aparecen como respuesta al suceso A; C = emociones y conductas que causa B; D = esfuerzo para reestructurar y modificar las ideas irracionales que se dan en B; E = consecuencias beneficiosas sobre los sentimientos y las conductas que se producen a consecuencia de D. También se tuvieron en cuenta estrategias para salir a cenar, influencia del alcohol en la diabetes, manejo diario de la enfermedad y las razones para visitar al médico. La semana 4, se trabajó la creación de conexiones significativas, el poder de curación del amor y la intimidad, el automanejo del conjunto de factores de influencia de la enfermedad y las características psicológicas de crecimiento personal. También se consideraron las complicaciones asociadas a la diabetes, higiene general y ejercicio físico. Se midió, mediante un diseño tipo antes y después, de un solo grupo, la resiliencia con la escala CD-RISC, las estrategias de afrontamiento con la escala Brief COPE, la autoeficacia con la escala diabetes empowerment scale (DES), la depresión con el CES-D; se utilizó además la escala de estrés percibido (PSS), y se consideró el automanejo de la diabetes. Como medidas fisiológicas se tuvieron en cuenta los niveles de masa muscular (IMC), glucosa, lipidemia, hemoglobina glicosilada (-HbA1c) y la presión sanguínea. En este estudio, no se encontraron cambios significativos pre-post a nivel de resiliencia, el afrontamiento y las demás variables psicológicas estudiadas, mientras que sí hubo cambios significativos en algunas de las medidas fisiológicas.

Por su parte, Burton, Pakenham y Brown (2009), en Australia, proponen un proyecto de investigación que tiene en cuenta los resultados hasta ahora obtenidos en los programas de intervención de la resiliencia para asegurar su éxito. Su trabajo tiene como propósito describir el diseño y las medidas de un estudio para evaluar un programa de entrenamiento de resiliencia (Ready), que buscará promover el bienestar psicosocial de la salud cardíaca y el valor añadido de la integración de la promoción de la actividad física. El diseño de este estudio sería experimental de grupos

aleatorios con dos condiciones de intervención experimentales. Se esperaría aproximadamente un n=95 participantes. Se evaluaría a los participantes antes y después de la intervención y a las ocho semanas. Se incluirían cuestionarios, registros de paso podómetro y físico, y las medidas hematológicas. El programa Ready tendría una duración aproximada de 13 semanas. Las medidas de resultado principal incluirían un auto-reporte de indicadores de bienestar psicosocial y la depresión. Las medidas de resultado secundarias incluirían un auto-reporte de indicadores de estrés, de ansiedad y de actividad física, y los indicadores objetivos de riesgo de enfermedad cardíaca coronaria (glucosa en sangre, colesterol, triglicéridos, tensión arterial). Se mediría además la asistencia, el compromiso y la fidelidad al programa. El programa estaría dirigido a los cinco factores de protección, identificados a partir de la evidencia empírica, y analiza como variables mediadoras: las emociones positivas, la flexibilidad cognitiva, el apoyo social, el sentido de vida y de afrontamiento activo. Las estrategias para aumentar la resiliencia se basarían en seis aspectos de la terapia de aceptación y compromiso (valores, mindfulness, desactivación, aceptación, yo como contexto, la acción de compromiso) y estrategias de la terapia cognitiva conductual, como ejercicios de relajación y desarrollo de destrezas sociales de apoyo. Las sesiones incluirán la psico-educación, debates, ejercicios prácticos y tareas para la casa. Una de las condiciones de intervención comprendería además, en sus sesiones en curso, un nuevo contenido, la promoción de la actividad física. Si se tiene éxito, se esperaría que este programa proporcione un medio innovador para promover el bienestar psicosocial de la salud cardíaca en la población general. El programa también podría ser adaptado para promover el bienestar de otros subgrupos de la población en riesgo.

### Conclusiones

Si bien es cierto que la literatura científica reporta una tradición de más de 50 años de estudios sobre resiliencia, un análisis a los trabajos referenciados en la base de datos del Medsum de Medline, demuestra que ésta se concentra en los últimos 10 años (años 2000 al 2010), mostrando un incremento paulatino en el tiempo (años 2000 al 2010).

La resiliencia ha sido estudiada por profesiones de muchas disciplinas, especialmente, en su orden, por Enfermería, Medicina, Trabajo Social, Educación y en menor proporción por la Psicología. Este constructo está siendo liderado en países anglosajones (Estados Unidos, Inglaterra, Alemania) siendo escasa la investigación en Iberoamérica. Entre los pioneros actuales de la Psicología se cuenta con Bruce W. Smith, de la Universidad Nuevo México; George Bonanno, de la Universidad de Columbia, y Alex J. Zautra, de la Universidad de Arizona.

El objetivo de las investigaciones en resiliencia están apuntando a realzar los factores protectores para ayudar a la gente a ser más resiliente (Pan y Chan, 2007) ya que se le considera una variable protectora, moduladora y amortiguadora de la salud física y mental (Brix *et al.*, 2008; Jamison *et al.*, 2007; Smith, 2009; Smith y Zautra, 2008; Wagnild, 2009).

En lo que respecta a la enfermedad crónica, se aprecia que el apoyo social, las creencias espirituales, la autotrascendencia, optimismo, autoestima, autoeficacia, autocontrol, sentido y propósito en la vida y el afecto positivo son variables que favorecen y modulan la resiliencia y sirven como factores de protección hacia la salud. Todos ellos, elementos que han sido reportados además por la literatura como caminos para llegar a la resiliencia (Lyubomirsky, 2008; Tugade, Fredrickson y Barrett, 2004; Zautra *et al.*, 2008). Lo que es afín al planteamiento de Bonanno (2004), quien considera que hay muchas rutas diferentes e inesperadas para alcanzarla. Es decir, se puede llegar a la resiliencia, inclusive, “por la puerta de atrás”. Por otro lado, los estudios con enfermos crónicos indican que la resiliencia puede reducir el dolor, el estrés, y aumentar la calidad de vida y favorecer en la adaptación a la enfermedad (Friborg *et al.*, 2006).

En cuanto a los programas de intervención con enfermos crónicos en resiliencia, aunque éstos son muy pocos han demostrado que este constructo puede ser potenciado favoreciendo la salud mental y física de los involucrados. Esto implica un campo promisorio e importante para la investigación, que debería seguir siendo explorado, ya que los pacientes crónicos deben enfrentar síntomas continuos, la ambigüedad de los mismos, el riesgo para sus vidas y cierto tipo de restricciones en sus actividades cotidianas, muchas veces asociado con dolor, fatiga, depresión, ansiedad, entre otros (Pelechano, 2008).

La gran mayoría de las investigaciones en resiliencia, más concretamente en América Latina, se ha desarrollado a nivel infanto-juvenil, y son prácticamente nulas las investigaciones y programas de intervención en resiliencia con muestras de adultos enfermos crónicos. Paradójicamente, los datos epidemiológicos mundiales indican que son los países en vía de desarrollo, son los que tienen una prevalencia más alta de enfermedades crónicas dentro de un contexto caracterizado por rápidos cambios en los estilos de vida, una alta incidencia de la pobreza, una baja cobertura de seguridad social y un alto nivel de descomposición familiar (Gómez, Curcio y Duque, 2009).

En definitiva, la resiliencia, cuando se enmarca en el estudio de las enfermedades y patologías crónicas, se encontraría entonces en un punto de convergencia entre la Psicología de la Salud y la Psicología Positiva, al considerar los procesos de salud-enfermedad desde un enfoque de promoción, prevención e intervención positivos (Remor, 2008; Taylor, 2007).

### Referencias

- Ahern, N. R., Kiehl, E. M., Sole, M. L., y Byers, J. (2006). A review of instruments measuring resilience. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 29, 103-125.
- Becker, G., y Newsom, E. (2005). Resilience in the Face of Serious Illness Among Chronically Ill African Americans in Later Life. *The Journals of Gerontology*, 60(4), 214-223.
- 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 & J. Thistlethwaite, (Eds.), *Mental Health Across Cultures: A Practical Guide For Health Professionals* (pp. 88-108). Sydney, Australia: Radcliffe
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma and human resilience. *American Psychologist*, 59(1), 20-28.
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucchiarelli, A., y Vlahov, D. (2006). Psychological Resilience After Disaster: New York City in the Aftermath of the September 11<sup>th</sup> Terrorist Attack. *Psychological Science*, 17(3), 181-186.
- Bonanno, G. A., Ho, S. M., Chan, J. C., Kwong, R. S., Cheung, C. K., Wong, C.P., y Wong, V. C. (2008). Psychological resilience and dysfunction among hospitalized survivors of the SARS epidemic in Hong Kong: a latent class approach. *Health Psychology*, 27(5), 659-667.
- Brix, C., Schleußner, C., Füller, J., Röhrig, B., y Strauß, B. (2009). Fatigue and its Determinants in Radio-Oncology. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 59(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 patients undergoing radiooncological treatment of cáncer. *Journal of Psychosomatic Research*, 65(6), 541-548.
- Burton, N. W., Pakenham, K. I., y Brown, W. J. (2009). Evaluating the effectiveness of psychosocial resilience training for heart health, and the added value of promoting physical activity: a cluster randomized trial of the READY program. *BMC Public Health*, 9(1), 427.
- Campbell-Sills, L., Cohan, S.L., y Stein, M.B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy* 44, 585-599.
- Campbell-Sills, L., y Stein, M. (2007). Psychometric Analysis and Refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-Item Measure of Resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 20(6), 1019-1028.
- Carrobes, J. A., y Benavides-Pereira, A. M. (2009). El estrés y la Psicología Positiva. En E. Fernández-Abascal (Ed.), *Emociones positivas* (pp. 363-374). Madrid: Pirámide
- Chappell, N. L., y Dujela, C. (2008). Caregiving: Predicting At-Risk Status Canadian *Journal on Aging*, 27(2), 169-179.
- Charney, D.S. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *American Journal of Psychiatry*, 161, 195-216.
- Cleland, V. J., Ball, K., Salmon, J., Timperio, A. F., y Crawford, D. A. (2010). Personal, social and environmental correlates of resilience to physical inactivity among women from socio-economically disadvantaged backgrounds. *Health education research*, 25(2), 268-281.

- Connor, K. M., y Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*(2), 76-82.
- DeArmas, A. (2004). *Contributing factors to resilience in relapsing-remitting multiple sclerosis*. (Tesis doctoral inédita). Universidad de Maryland, EE.UU.
- Farber, E. W., Schwartz, J. A. J., Schaper, P. E., y Moone, D. J. (2000). Resilience factors associated with adaptation to HIV disease. *Psychosomatics, 41*, 140-146.
- Feder, A., Nestler, E. J., y Charney, D.S. (2009). Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nature Reviews, 10*, 446-457.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., y Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources vend healthy adjustment?. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 12*(2), 65-76.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., Martinussen, M., Aslaksen, P. M., y Flaten, M. A (2006). Resilience as a moderator of pain and stress. *Journal of Psychosomatic Research 61*, 213-219.
- Gómez, F., Curcio, C. L., y Duque, G. (2009). Health Care for Older Persons in Colombia: A Country Profile. *Journal of the American Geriatrics Society, 57*(9), 1692-1696.
- Gotay, C.C., Isaacs, P., y Pagano, I. (2004). Quality of life in patients who survive a dire prognosis compared to control cancer survivors. *Psycho-Oncology 13*, 882-892.
- Haglund, M. E. M., Nestadt, P. S., Cooper, N. S., Southwick, S. M., y Charney, D. S. (2007). Psychobiological mechanisms of resilience: Relevance to prevention and treatment of stress-related psychopathology. *Development and Psychopathology, 19*(3), 889-920.
- Hegney, D. G., Buikstra, E., Baker, P., Rogers-Clark, C., Pearce, S., Ross, H., ... Watson-Luke, A. (2007). Individual resilience in rural people: a Queensland study, Australia. *Rural and Remote Health, 7*(4), 620.
- Heilemann, M. V., Lee, K., y Kury, F. S. (2003). Psychometric properties of the Spanish version of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement, 11*, 61-72.
- Infante, F. (2002). La resiliencia como proceso: una revisión de la literatura reciente. En A. Melillo y E. Suárez-Ojeda (Eds.), *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas* (pp. 31-53). Buenos Aires: Paidós
- Jamison, M. G., Weidner, A. C., Romero, A. A., y Amundsen, C. L. (2007). Lack of psychological resilience: an important correlate 5 for urinary incontinence. *International Urogynecology Journal, 18*(10), 1127-1132.
- Johnson, L., Zautra, A. J., y Going, S. (2008). Adaptation to Early Knee Osteoarthritis: The role of risk, resilience, and disease severity on pain and physical functioning. *Annals of Behavioral Medicine, 36*(1), 70-80.
- Kane, M. N., y Green, D. (2009). Perceptions of Elders' Substance Abuse and Resilience. *Gerontology y Geriatrics Education, 30*, 164-183.
- Karoly, P., y Ruehlman, L. S. (2006). Psychological "resilience" and its correlates in chronic pain: findings from a national community sample. *Pain, 123*(1-2), 90-97.
- Kidd, S., y Shahar, G. (2008). Resilience in homeless youth: The key role of self-esteem. *The American Journal of Orthopsychiatry, 78*(2), 163-172.
- King, G., Cathers, T., Brown, E., Specht, J. A., Willoughby, C., y Miller, J. M. (2003). Turning points and protective processes in the lives of people with chronic disabilities. *Qualitative health research, 13*(2), 184-206.
- Kotliarenco, M. A., Cáceres, I., y Fontecilla, M. (1997). *Estado del arte en resiliencia*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Kralik, D. (2002). The quest for ordinariness: transition experienced by midlife women living with chronic illness. *Journal of Advanced Nursing, 39*(2), 146-154.
- Kralik, D., van Loon, A., y Visentin, K. (2006). Resilience in the chronic illness experience. *Educational Action Research, 14*(2), 187-201.
- Lee, O., Shen, C., y Tran, T. V. (2009). Coping With Hurricane Katrina: Psychological Distress and Resilience Among African American Evacuees. *Journal of Black Psychology, 35*(1), 5-23.
- Luthar, S.S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In D. Cicchetti y D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Risk, disorder and adaptation* (pp. 740-795). New York: Wiley
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., y Becker, B. (2000). The construct of resilience. A critical evaluation and

- guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562.
- Lyubomirsky, S. (2008). *La ciencia de la felicidad: Un método comprobado para conseguir el bienestar*. Barcelona, España: Ediciones Urano
- Montgomery, S. M., Ehlin, A., y Sacker, A. (2006). Breast feeding and resilience against psychosocial stress. *Archives of Disease in Childhood*, 91, 990-994.
- Nelson-Becker, H. B. (2006). Voices of resilience: older adults in hospice care. *Journal of social work in end-of-life y palliative care*, 2(3), 87-106.
- 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 y Mental Health*, 9(4), 354-362.
- Pan, J., y Chan, C. (2007). Resilience: A new research area in positive psychology. *Psychologia*, 50(3), 164-176.
- Pelechano, V. (2008). *Enfermedades crónicas y Psicología*. Madrid, España: Klinik
- 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.
- Rabkin, J. G., Remien, R., Katoff, L., y Williams, J. B. (1993). Resilience in adversity among long-term survivors of AIDS. *Hospital Community Psychiatry*, 44(2), 162-167.
- Remor, E. (2008). Contribuciones de la Psicología Positiva al ámbito de la Psicología de la Salud y la Medicina Conductual. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *Psicología Positiva aplicada* (pp. 191-213). Bilbao: Desclée de Brouwer
- Rutter, M. (1986). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14(8), 626-631.
- Rutter, M. (1996). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A.S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein y S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181-214). New York: Cambridge University Press
- Rutter, M. (2006). Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding. *Annals New York Academy of Sciences*, 1094, 1-12.
- Sinclair, V. G., y Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11, 94-101.
- Smith, P. R. (2009). Resilience: resistance factor for depressive symptom. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 829-837.
- 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*, 76(5), 799-810.
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., y Bernard, J. (2008). The Brief Resilience Scale: Assessing the Ability to Bounce Back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15, 194-200.
- Stanton, A. L., Reverson, T. A., y Tennen, H. (2007). Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. *The Annual Review of Psychology*, 58, 565-92.
- Stein, D. J. (2009). The Psychobiology of Resilience. *CNS Spectrums, The International Journal Neuropsychiatric Medicine*, 14(2), 41-47.
- 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*, 35(2), 274-284.
- Strand, E. B., Zautra, A. J., Thoresen, M., Odegard, S., Uhlig, T., y Finset, A. (2006). Positive affect as a factor of resilience in the pain-negative affect relationship in patients with rheumatoid arthritis. *Journal Psychosomatic Research*, 60(5), 477-484.
- Strauss, B., Brix, C., Fischer, S., Leppert, K., Füller, J., Roehrig, B., ... Wendt, T. G. (2007). The influence of resilience on fatigue in cancer patients undergoing radiation therapy (RT). *Journal Cancer Research Clinical Oncology*, 133, 511-518.
- Taylor, S. E. (2007). *Psicología de la Salud* (6ª ed.). México, D.F.: McGraw-Hill

- Tugade, M. M., Fredrickson, B. L., y Barrett, L. F. (2004). Psychological Resilience and Positive Emotional Granularity: Examining the Benefits of Positive Emotions on Coping and Health. *Journal of Personality, 72*(6), 1161-1190.
- Vaishnavi, S., Connor, K., y Davidson, J. R. T. (2007). An abbreviated version of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the CD-RISC2: Psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. *Psychiatry Research, 152*(2-3), 293-297.
- Vythilingam, M., Nelson, E. E., Scaramozza, M., Waldeck, T., Hazlett, G., Southwick, S.M., ... Ernst, M. (2009). Reward circuitry in resilience to severe trauma: An fMRI investigation of resilient special forces soldiers. *Psychiatry Research: Neuroimaging, 172*(1), 75-77.
- Wagnild, G. (2009). A review of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement, 17*(2), 105-113.
- Wagnild, G. M., y Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement, 1*, 165-178.
- Waugh, C. E., Fredrickson, B. L., y Taylor, S.F. (2008). Adapting to life's slings and arrows: Individual differences in resilience when recovering from an anticipated threat. *Journal of Research in Personality, 42*(4), 1031-1046.
- Windle, G., Markland, D. A., y Woods, R. T. (2008). Examination of a theoretical model of psychological resilience in older age. *Aging y Mental Health, 12*(3), 285-292.
- Yi, J. P., Vitaliano, P. P., Smith, R. E., Yi, J. C., y Weinger, K. (2008). The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. *British Journal of Health Psychology, 13*, 311-325.
- Zautra, A. J., Hall, J. S., y Murray, K. E. (2008). Resilience: a new integrative approach to health and mental health research. *Health Psychology Review, 2*(1), 41-64.
- Zautra, A. J., Johnson, L.M., y Davis, M. C. (2005). Positive Affect as a Source of Resilience for Women in Chronic Pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(2), 212-220.