

CONOCIMIENTO DE LOS ESTUDIANTES DE SECUNDARIA SOBRE LOS TIPOS DE DROGAS QUE SE CONSUMEN EN SU MEDIO.

Enríquez Bielma José F*, Moreno Macías Lilia Ruth°, Rosiles del Barrio Luis Ignacio•, Contreras Gallo María de Lourdes◊, Orozco Maldonado Rosa*, Mendoza Tavarez Margarita**

RESUMEN

Las adicciones son un problema de salud pública. Se estima que en México 3.5 millones de personas entre 12 a los 65 años han consumido algún tipo de drogas. A pesar de los avances en los estudios, se ha dejado de lado el carácter cultural que tiene la adicción. Con este estudio, se deseaba conocer qué saben los estudiantes de segundo de secundaria sobre cuáles son las drogas que se consumen en su medio. Se llevó a cabo un estudio observacional con un muestreo aleatorio, con múltiples etapas y proporcional al tamaño en escuelas públicas y privadas. En total se estudiaron 42 escuelas del municipio de León, Gto., México de las cuales el 76.2% lo conformaron las escuelas públicas y el resto las escuelas privadas. Refirieron que conocen que se consumen, en su medio, 11 tipos de drogas. El 88% mencionó a la cocaína en primer lugar, en segundo lugar con un 85% la marihuana, siguiendo las tachas en un 62% y el pegamento en un 49%. En cuanto a los nombres que los estudiantes le dan a las drogas, estos van desde 23 hasta los 4 nombres, siendo la marihuana a la que se le da el mayor número de nombres, seguidos de la cocaína y el éxtasis.

Palabras claves: Consumo de drogas, estudiantes de secundaria, conocimientos.

ABSTRACT

Addictions are a serious public health problem. There are 3.5 million of people in Mexico City ranging between 12 and 65 years who have used some drug. Despite advances in research, the cultural character of addictions has been neglected. In this study, researchers wanted to know the knowledge that second grade high school students have about the drugs that people use where they are living in. This was an observational study of a random sample, in several stages and in proportion to the size of the schools. There were observed 42 schools in Leon, Gto, México with a 76.25% of public schools, the others were private. Students reported that they know of 11 types of drugs. 88% reported cocaine in the first place, in the second place with 85% "marihuana" following "tachas" with 65% and sniffing glue 49%.

About the names given to drugs by high school students, range from 4 to 23 names, being marihuana the one with a bigger variety of names, followed by cocaine and extasis.

Key words: Drug addiction, high school students, knowledge



Correo electrónico: bielma@leon.ugto.mx

* Facultad de Psicología Universidad de Guanajuato, México; ◊Jurisdicción Sanitaria VII, SSG; •La Secretaría de Educación de Guanajuato; ◊La Jefatura de Prestaciones Médica, Delegación Estatal en Guanajuato, IMSS; *El Hospital Psiquiátrico del Estado de Guanajuato, SSG*

Artículo recibido: 9 de marzo de 2006

Artículo aceptado: 26 de abril de 2006

Las adicciones son un problema de salud pública, que en México en los últimos 45 años, ha cobrado notoriedad. Este fenómeno se ha extendido conforme ha avanzado la sociedad.

Si bien es cierto que a principios de los 60's, la situación de las drogas estaban focalizadas en grupos sociales muy puntuales, es a partir de finales de éstos que este problema se empieza acentuar en jóvenes adolescentes. Con el pasar de los años, estos jóvenes transitan hacia una edad adulta, y con ellos el fenómeno de las drogas empieza a ampliar su espectro hacia ese grupo. Para el año 2000, estos mismos grupos de adultos pasan a ser en su mayoría abuelos y con ellos ese problema se acentúa. A últimas fechas, este problema empieza a tener notoriedad en grupos cada vez de menor edad, como es el caso de niños y adolescentes jóvenes.

Se estima que en México 3.5 millones de personas entre 12 a los 65 años, han consumido algún tipo de drogas, excluyendo el alcohol y el tabaco. Con respecto al sexo, en México el mayor porcentaje de consumo de drogas se encuentra entre los varones, existiendo una proporción de uno a cuatro, es decir: por cada cuatro varones se encuentra a una mujer que consume droga (ENA, 2002).

Para la Organización de las Naciones Unidas (2000) el consumo de drogas en México, es muy inferior al que se observa en otros países del mundo. Por cada 2.5 usuarios de droga en el mundo, hay uno en México. La marihuana ocupa el primer lugar en todo el mundo. Por cada usuario de esta droga en México, existen 5.8 personas que la consumen en el resto del mundo. En el caso de la cocaína, por cada usuario a nivel mundial, en México se encuentran 1.75 personas que la consumen.

Esta situación ha obligado a establecer estrategias para la atención del problema. Esta tarea ha sido quehacer de disciplinas como: la Psicología, la Medicina, la Enfermería, el Trabajo Social, etc. En estas disciplinas, ha prevalecido la orientación explicativa centrada en el modelo médico y se han impulsado dos tareas fundamentales: la de la atención y la de la prevención (San Martín, 1992).

La primera se centra en la atención y la rehabilitación de los casos, haciendo uso del conocimiento científico y terapéutico del que se dispone. La segunda, la de la prevención, que es quizá la que ha cobrado una importancia mayor, debido ha que busca evitar que los sujetos caigan en el problema y disminuir el alto costo económico, social y personal que genera

este daño. Esta última orientación ha apoyado su tarea en: el enfoque del daño que produce este problema y la otra, la más reciente, la del enfoque de riesgo (Enríquez, 1997).

La tarea preventiva basada en el enfoque del daño, finca su interés en la idea de que existe un desconocimiento sobre los daños que producen las drogas en los sujetos, por lo que su tarea preventiva debe basarse en otorgar ese conocimiento a las personas, pues "dar conocimiento es prevención". Las acciones de prevención que se realizan son las de dar información sobre: las drogas – tipo, clasificación- también, mostrando los daños que produce, así como los efectos que generan a nivel orgánico, familiar y social (Enríquez, 1997).

El enfoque de riesgo, por su parte, se fundamenta en la idea que existen factores que anteceden al inicio del problema y que se consideran factores de riesgo. Desde esta visión se habla que existen riesgos biológicos, ambientales, económicos, sociales-culturales, de servicios de atención a la salud, conductuales y de desarrollo psicosocial del individuo; los cuales aumentan su probabilidad en la medida en que se presentan de manera temprana en la vida o en un número importante de veces en el ambiente. La prevención está orientada a romper la secuencia de los factores de riesgo, encadenados o no, que se presenten en los individuos y/o en el grupo familiar (Enríquez, 1997).

A pesar de los avances que estos modelos han logrado en el tema es necesario destacar dos críticas importantes: La primera que deja de lado el carácter cultural que tiene la adicción, es decir el sentido que la cultura otorga a la adicción y que se expresa mediante significados compartidos por las personas. La segunda, que los conocimientos sobre las drogas, es decir: consumo, oferta, creencias, consecuencia, la conducta, experiencia como consumidores, afectos, actitudes, manejo de problemas, condiciones de su desarrollo psicosocial, dinámica familiar y la oferta de atención al problema; se sustenta en un conocimiento objetivo "científico" omitiendo o rechazando cualquier noción de significado cultural obtenido desde los mismos individuos, por considerarlo poco científicos. Sin embargo, los avances o la situación actual dejan ver el poco impacto que han tenido estos esfuerzos. Ante tal situación y con la intención de explorar nuevos enfoques, se llevó a cabo un estudio con el objetivo de conocer que saben los estudiantes de segundo de secundaria sobre cuales son las drogas que se consumen en su medio.

MÉTODO

De octubre de 2002 a diciembre de 2004, se llevó a cabo un estudio de tipo cualitativo bajo el enfoque de la antropología cognitiva¹ en estudiantes de segundo año de secundaria en León, Gto.

Este enfoque estudia como los sujetos de diferentes culturas aprenden y organizan su experiencia para generar decisiones, responder y actuar de acuerdo a sus normas culturales. Para lograr su fin hace uso de la técnica de listado libre, mediante la cual se identifican las nociones que son compartidas por las personas sobre un tema en particular. La información que se obtiene son palabras o frases cortas que dan los participantes. Mediante su análisis se conoce la frecuencia absoluta y relativa del orden en que se mencionan.

El procedimiento de recolección de los datos consistió en la entrega a los participantes de una hoja blanca y un lápiz y se les pidió que: “Enumere o enliste con palabra o frases cortas lo que él ha visto o escuchado acerca de cuales son las drogas que se consumen en su medio”. Para el análisis de estas respuestas se utilizó el programa Anthropac versión 4.0 (Borgatti, 1996)

Participantes

El tamaño de la muestra se obtuvo mediante la fórmula

$$N = (z^2 p q) / d^2$$

z = nivel de confianza que en este caso fue del 95% que equivale a una z de 1.96

p= la proporción del factor de estudio en la población, en este caso se utilizó .50

q= Es la diferencia de 1-p, para este caso fue de .50

d= Es la precisión, es decir el error que se le otorga al muestreo, para este caso fue 0.05

El tamaño obtenido fue de 384 estudiantes, sin embargo se decidió cerrarlo en 420 para incluir la tasa de no respuesta, que se estimó en el 5%, y hacerlo más operativo a la hora de hacer la selección de la muestra.

Procedimiento.

Para la selección de los participantes en la muestra, se utilizó un procedimiento aleatorio multiétapico y de manera proporcional a la distribución de la población, es decir; se obtuvo información sobre el número de alumnos existentes en los dos sistemas educativos, privado y público, y su distribución por turno. Con esta información se logró establecer la distribución proporcional del número de alumnos por turno y sistema educativo, misma que se aplicó al tamaño de la muestra (ver Tabla 1).

Para determinar el número de escuelas a muestrear, se acordó tomar 10 alumnos por escuela, lo que llevó a seleccionar a 42 escuelas de manera aleatoria. Ya en la escuela con base en la lista de los alumnos existentes, se seleccionaron a los diez participantes utilizando una

Tabla 1

Distribución porcentual de la muestra según el número de escuelas y turno

| Tipo de escuela | No. de escuelas | | % | % correspondiente a la Muestra | No. de escuelas en la Muestra | No. de escuelas en la muestra por turno | |
|--------------------------|-----------------|-----|------|--------------------------------|-------------------------------|---|------------|
| | | | | | | Matutino | Vespertino |
| <i>Escuelas Públicas</i> | | | | | | | |
| Técnicas | 31 | | 18.9 | 7.94 | 8 | 4 | 4 |
| Generales | 35 | | 21.3 | 8.94 | 9 | 5 | 4 |
| Oficiales | 8 | | 4.8 | 2.01 | 2 | 1 | 1 |
| Telesecundarias | 51 | | 31 | 13.02 | 13 | 9 | 4 |
| | | 125 | 76.2 | | | | |
| <i>Privadas</i> | | | | | | | |
| | 39 | 39 | 23.7 | 9.95 | 10 | 9 | 1 |
| Total | | 164 | 100 | 100.00 | 42 | 28 | 14 |

¹Este enfoque que ha sido utilizada en investigaciones sobre sida (Caballero, 1998), por García de Alba (1998, 2002) en Diabetes mellitus: Dominio cultural y complicaciones; así como también por Páramo D., Rangel D. (2004) en Diabetes Tipo1; a permitido conocer el significado y el dominio cultural que sobre estos temas tienen los participantes.

Tabla 2: Distribución porcentual de las edades según sexo. Alumnos de segundo año de secundarias públicas y privadas. León Gto., México. 2003.

| Años | Sexo | | | | Totales | % |
|---------|----------|-------|-----------|-------|---------|-------|
| | Femenino | % | Masculino | % | | |
| 12 | 3 | 1.45 | 3 | 1.4 | 6 | 1.43 |
| 13 | 79 | 38.35 | 79 | 36.92 | 158 | 37.62 |
| 14 | 93 | 45.15 | 99 | 46.26 | 192 | 45.71 |
| 15 | 27 | 13.11 | 28 | 13.08 | 55 | 13.1 |
| 16 | 4 | 1.94 | 5 | 2.34 | 9 | 2.14 |
| Totales | 206 | 49.0 | 214 | 51.0 | 420 | 100 |

Fuente. Directa

Tabla 3: Distribución porcentual de las drogas que los estudiantes de segundo año de secundaria refieren que se consumen en su medio. León Gto., México. 2003.

| RESPUESTAS | F | % |
|-----------------|-----|----|
| COCAÍNA | 371 | 88 |
| MARIHUANA | 357 | 85 |
| TACHAS | 262 | 62 |
| PEGAMENTO | 207 | 49 |
| MEDICAMENTOS | 158 | 38 |
| HEROÍNA | 156 | 37 |
| THINER | 132 | 31 |
| AGUA DE CELASTE | 128 | 30 |
| CIGARRO | 87 | 21 |
| ALCOHOL | 78 | 19 |
| AGUARRÁS | 26 | 6 |

Fuente: Directa

tabla de números aleatorios a los cuales se les aplicó la técnica de listado libre. El análisis se hizo mediante el apoyo del software de Anthropic 4.97.

RESULTADOS

En total se estudiaron 42 escuelas del Municipio de León, Gto., México; de las cuales el 76.2% lo conformaron las escuelas públicas y el resto las escuelas privadas. Dentro de las 125 secundarias públicas, se seleccionó al 19% de las escuelas técnicas, el 21.5% generales, el 4.7% oficiales y el 31% telesecundarias.

En total se estudiaron 420 estudiantes, de los cuales 49.0% eran mujeres, y el resto eran hombres con edades que van entre 12 y 16 años, con una media de 14 años (ver Tabla 2).

En total los estudiantes de segundo de secundaria refirieron que conocen que se consumen en su medio

11 tipos de drogas. El 88% mencionó a la cocaína en primer lugar, en segundo lugar con un 85% la marihuana, siguiendo las tachas en un 62% y el pegamento en un 49% (ver cuadro 3).

En cuanto a los nombres que los estudiantes de secundaria dan a las drogas, estos van desde 23 hasta los 4 nombres, siendo la marihuana a la que se le da el mayor número de nombres, seguidos de la cocaína, el éxtasis, los inhalables y por último la heroína (ver cuadro 4).

DISCUSIÓN

Si bien es cierto que este trabajo no trata de detectar el consumo de drogas en los estudiantes, queda en evidencia que en los diferentes medios en donde habitan ya están presentes de manera importante.

Tabla 4: Nombres más comunes con los que se refieren los estudiantes de segundo año de secundaria a algunas drogas. León Gto., México. 2003.

| | |
|-----------------------|---|
| Marihuana | mota, yerba, moy, pasto, churro, churrasco, mari, queso, toque, quemar, las tres, flavio, café, mois, carrujo, verdura, verde, juanita, juana, pacheca, gallo, yesca, mostaza |
| Cocaína | polvo, nieve, coca, cois, talco, blanca, blancura, soda, caspa, perico, cebollitas, grapas, rayas, líneas. |
| Éxtasis o MDMA | tacha, pastas, chochos, chocos, corazones, anfetas, elevadores. |
| Inhalables | agua de celaya, ware, moje, muñeco(a), mono(a), chemo |
| Heroína | la negra, chiva, la "h", arpón, |

Fuente. Directa

La principal droga que se muestra que comparten casi nueve de cada diez estudiantes de secundaria es la cocaína; conocimiento que tiene relación con la información expresada por la Organización Mundial de la Salud que refiere, que por cada usuario de esta droga en el mundo, en México existen 1.75 usuarios, con lo que queda de manifiesto que en la ciudad de León, Gto., México es la droga que más se consume.

La segunda droga que los estudiantes refieren que se consume en su medio es la marihuana, conocimiento que también guarda relación con la expresada por la OMS en donde refiere que a nivel mundial casi de cada seis usuarios en el mundo, en México existe uno.

Otra droga que comparten seis de cada diez estudiantes de secundaria en León, Gto. México son las tachas, éxtasis o metanfetaminas. Droga de diseño que está siendo cada vez más usada por los jóvenes en fiestas, discoteques o antros en donde son adquiridas.

Los resultados aquí vertidos dejan de manifiesto que la cultura ha dotado a los estudiantes de secundaria de conocimientos sobre las drogas; sin embargo, no es claro el sentido que se le está dando a esta información, es decir, desde un sentido preventivo o un sentido ha-

cia la estimulación al consumo de drogas. Así como existe una cultura que está impulsando la prevención del consumo de drogas, existe otra cultura interesada en que los jóvenes la consuman; situación que plantea la necesidad de realizar otros estudios para dilucidar cual es el sentido que tiene este conocimiento.

REFERENCIAS

- Dever, G.E. Alan (1991). *Epidemiología y Administración de servicios de salud*. Rockville, Maryland, E.U.A.: Ed. OMS/OPS.
- Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Recuperado en www.conadic.gob.mx. Recuperado 2002.
- Enríquez, J. F. (1997). Health Promotion: From A Developmental to a Transformational Practice. *Revista Borden Health*. El Paso, Texas. United States: Border Health.
- San Martín, H. (1992). *Salud y Enfermedad*. México: Prensa; Médica Mexicana S.A. de C.V.
- Organización de las Naciones Unidas (2000), *Office for Drug Control and Crime Prevention*. En World Drug Report 2000. Oxford University Press, Great Britain.



CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Stefano Vinaccia, Japcy Margarita Quiceno, Carla Zapata, Liliana Abad
Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia

Ricardo Pineda y Juan Manuel Anaya
Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB) Medellín, Colombia

RESUMEN

La siguiente investigación presenta los resultados de un estudio desarrollado en Colombia sobre la evaluación de la calidad de vida y sus relaciones con la depresión, ansiedad y optimismo disposicional en 32 pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico de la Clínica Universitaria Bolivariana de la ciudad de Medellín, Colombia. Para evaluar la calidad de vida se utilizó el Cuestionario SF36, la ansiedad-depresión fue evaluada mediante el Cuestionario HAD, y se trabajó con el Cuestionario DIOP para medir optimismo. El estudio evidenció que los pacientes perciben una calidad de vida favorable en todas las dimensiones que conforman el cuestionario SF36, no se encontraron niveles clínicamente significativos de ansiedad-depresión, y por último se encontró alta predisposición hacia el optimismo.

Palabras Claves: lupus eritematoso sistémico, calidad de vida relacionada con la salud, emociones negativas, optimismo disposicional.

ABSTRACT

The following investigation shows the results of a study developed in Colombia about the evaluation of the quality of life and its relationship with the anxiety-depression and dispositional optimism in 32 patients with systemic lupus erythematosus diagnosis from the University Clinic Bolivariana of the city of Medellín, Colombia. The quality of life was evaluated through the Questionnaire SF36, the anxiety-depression was evaluated by Questionnaire HAD, and Questionnaire DIOP was used to measure dispositional optimism. The study demonstrated that these patients perceive a quality of life favorable in all the dimensions that conform questionnaire SF36, no clinically significant levels of anxiety-depression were encountered and finally found high predisposition towards the optimism.

Key words: Systemic lupus erythematosus, quality of life related to health, negative emotions, dispositional optimism.



En las últimas décadas, las investigaciones sobre enfermedades crónicas han aumentado vertiginosamente, tanto por la alta incidencia y prevalencia de estas dolencias, como por su carácter permanente, que obliga a diversos cambios en los hábitos y estilos de vida que los sujetos deben afrontar, lo que implica reajustes psicológicos de gran impacto para los mismos (Vinaccia et al., 2005a; Vinaccia et al., 2005b; Vinaccia et al., 2005c).

El Lupus Eritematosos Sistemico (LES) es una enfermedad inflamatoria crónica de causa desconocida, aunque la herencia, el entorno y los cambios hormonales juegan un papel importante que afecta a todas las edades, pero con mayor frecuencia a adultos entre los 18 y 50 años con predominio del sexo femenino en una proporción de un hombre por cada 10 a 12 mujeres. La prevalencia del LES varía en los distintos grupos de población, oscilando entre 300 y 400 pacientes por cada 100.000 habitantes. Es más común en ciertos grupos étnicos, especialmente los afroamericanos. Alrededor del 70 por ciento de las personas que sufren lupus presentan la forma sistémica, o LES (Molina, Anaya y Molina, 2000).

El LES es un desorden del sistema inmunitario el cual, normalmente, funciona protegiendo el organismo contra infecciones y virus. En el LES, dicho sistema inmunitario es hiperactivo y se producen importantes cantidades de anticuerpos anormales que reaccionan con los tejidos del propio paciente, afecta a todos los órganos y sistemas, primordialmente las articulaciones, músculos y piel, pero también aunque en menor grado a estructuras internas como los pulmones, corazón, riñones y cerebro (Camargo, et al., 2005). La inflamación se refiere a una reacción que provoca: dolor; calor; enrojecimiento e hinchazón. Casi la mitad de las personas con lupus sistémico padecen de una forma que afecta los órganos internos principales, especialmente los riñones. En la otra mitad de los pacientes con lupus sistémico, están afectadas principalmente la piel y las articulaciones (Gómez, et al., 2005).

Por consiguiente, el desarrollo de una enfermedad como el LES puede alterar la calidad de vida del paciente, asumiendo que el concepto de “calidad de vida” es complejo, global, inclusivo y multidisciplinario (Schwartzmann, 2003). Este concepto aparece hacia los años cincuenta y tiene una gran expansión a lo largo de los años ochenta, su origen proviene principalmente de la medicina y se amplía rápidamente a la sociología y la psicología, desplazando a otros términos difíciles

de operativizar, como “felicidad” y “bienestar”; si bien, el término es reciente como forma de preocupación individual y social por la mejora de las condiciones de vida, existe desde los comienzos de la historia de la humanidad (Rodríguez-Marín, 1995; Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996). Inicialmente este concepto consistía en el cuidado de la salud personal, luego se convirtió en la preocupación por la salud e higiene públicas, se extendió después a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continuó con la capacidad de acceso a los bienes económicos, y finalmente se transformó en la preocupación por la experiencia del sujeto, la vida social, la actividad cotidiana y la propia salud (Schwartzmann, 2003).

El concepto incluye términos afines, como salud y bienestar, los que se ven seriamente afectados cuando aparece una enfermedad crónica donde el paciente puede experimentar el empobrecimiento de las actividades diarias y el progresivo o permanente acortamiento de las propias posibilidades, afectando asimismo al autoconcepto, al sentido de la vida y provocando estados depresivos (Gil-Roales, 2004). Por último, Schwartzmann (2003), sostiene que el aumento en la esperanza de vida, hace que la calidad de vida sea el objetivo primordial en la atención de éstos pacientes.

A nivel general las enfermedades crónicas suelen afectar de manera importante varios aspectos de la vida de los pacientes (Rodríguez-Marín, 1995), desde la fase inicial aguda, en la que los pacientes sufren un periodo de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico, acompañado de ansiedad, miedo y desorientación (Brannon y Feist, 2001), hasta la asunción del carácter crónico del trastorno, que implica en mayor o menor medida, cambios permanentes en la actividad física, laboral y social de los pacientes, condición que suele durar toda la vida (Latorre y Beneit, 1994).

Numerosos síntomas psicológicos han sido señalados de forma consistente en relación a esta enfermedad, léase: depresión, ansiedad, euforia asociada a algún grado de demencia, ignorancia de la enfermedad o de sus síntomas, irritabilidad, apatía, trastornos de la autoimagen, fatiga, alteraciones cognitivas, y disfunciones sensorio motoras. Al respecto Rubio, et al. (1998) desarrollaron una investigación con 46 pacientes con diagnóstico de LES para investigar el predominio particular de los desórdenes psiquiátricos en estos pacientes y la relación entre los desórdenes psiquiátricos, la debilitación cognoscitiva, la calidad de la vida, el estado psicológico y el ajuste a la enfermedad. Se

encontró que un 33% de la muestra tenía desórdenes psiquiátricos de tipo afectivo. Estos desórdenes eran asociados a una menor calidad de vida y a un número de hospitalizaciones mayores.

Sobre el mismo tema Jump, et al. (2005) desarrollaron una investigación con 127 pacientes con diagnóstico de LES para determinar la relación entre la depresión, la fatiga, el dolor y el apoyo social. Los resultados concluyeron que el dolor y la depresión eran predictores principales de la fatiga y que el apoyo social percibido podía favorecer la disminución en la percepción de los síntomas de fatiga, sugiriendo un efecto de “colchón” contra los agentes estresores producidos por la enfermedad.

En otra investigación sobre desórdenes psiquiátricos en enfermedades reumáticas, se encontró que un 90% de los pacientes tenían síndromes psiquiátricos como síndromes cognoscitivos que incluyen el estado agudo confusional, los desórdenes de ansiedad, la sintomatología depresiva y la psicosis (Haupt, 2004).

Por el contrario, en otro estudio Segui et al. (2000) concluyeron que en los pacientes con LES, los desórdenes psiquiátricos y psicosociales durante los episodios agudos de la enfermedad son normalmente moderados y parecen estar relacionados al impacto psicológico de la actividad de la enfermedad sobre los pacientes. Además consideran que este tipo de patología psiquiátrica es similar a lo que se esperaría en otros grupos quienes se estén enfrentando con un evento estresante, indicando que los pacientes no reaccionaron en una forma específicamente determinada por su enfermedad sistémica.

De otro lado, diferentes investigadores se han interesado en estudiar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), la cual hace referencia a las experiencias y expectativas relacionadas con el estado de salud y la asistencia sociosanitaria (Martínez-Martín, 1999).

Rinaldi, et al. (2004) en un estudio donde el objetivo era examinar la calidad de la vida relacionada con la salud a 126 pacientes italianos con LES y compararla con una muestra sana de 96 personas, a quienes se les aplicó el Cuestionario SF36 se encontró bajos niveles de calidad de vida en las dimensiones físicas y psicosociales de los pacientes con LES comparados con los sujetos controles. Igualmente Rinaldi et al. (2001) han demostrado que estos pacientes tienen una peor calidad de vida que las personas saludables de la misma edad, y que algunos aspectos de la vida diaria, como la actividad física, el trabajo, las relaciones sociales y la vitalidad, están particularmente afectadas.

Por consiguiente Abu-Shakra et. al. (1999) encontraron al evaluar calidad de vida en pacientes con LES con y sin síntomas asociados de Fibromialgia que las puntuaciones más bajas las tenían los pacientes con comorbilidad entre LES y Fibromialgia en comparación a pacientes con solo LES y controles sanos. Concluyendo que la calidad de vida de los pacientes con LES se encontraba particularmente deteriorada cuando se presentaba la enfermedad asociada con fibromialgia. Otros estudios sugieren que el LES afecta todas las áreas que son consideradas esenciales para la calidad de vida de un individuo, incluso la conducta de vigilancia, recreación/entretenimiento, sueño y descanso, manejo de la casa, interacción social, y el equilibrio emocional (Lash, 1998). Finalmente Jolly, (2005) en una investigación donde se comparó la calidad de vida de pacientes con LES y otras enfermedades crónicas como diabetes tipo II, hipertensión e infarto de miocardio encontró que la calidad de vida de estos pacientes era inferior en todas sus dimensiones en comparación con las enfermedades anteriormente mencionadas.

De otro lado, el optimismo disposicional puede ser considerado una variable en el funcionamiento del ser humano, la cual actúa como un factor moderador intermedio en la salud y los comportamientos de las personas, ya que sirve como elemento motivador de las conductas que promueven el cambio y la acción humana (Ortíz, Ramos y Vera, 2003).

Numerosos estudios con enfermedades crónicas han demostrado la influencia positiva del optimismo disposicional sobre el bienestar psicológico y la percepción de la calidad de vida en enfermos crónicos (Schou, et al., 2005; Ironson, et al., 2005)

El objetivo de este estudio descriptivo exploratorio mediante encuestas de tipo transversal (Montero y León, 2002), fue estudiar las relaciones entre la calidad de vida, la depresión-ansiedad y optimismo disposicional en una muestra de pacientes colombianos con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico.

MÉTODO

Participantes

En el presente estudio se lograron obtener los datos sociodemográficos de 32 pacientes con diagnóstico de LES según los criterios del Colegio Americano de Reumatología (Hochberg, 1997) en tratamiento médico de la unidad de Reumatología de la Clínica Univer-

sitaria Bolivariana de la ciudad de Medellín, Colombia. El 93,8% de ellos fueron mujeres con una edad media de $32,37 \pm 13,77$. La media de años de escolaridad fue de 11,3 años $\pm 3,85$. De acuerdo a la estratificación socioeconómica por servicios públicos, utilizada en Colombia, se encontró que el 44,8% pertenecieron al estrato 2 y el 48,3% pertenecieron al estrato 3, solo 2 pacientes (6,9%) pertenecieron al estrato 4 y no hubo pacientes de los estratos 1, 5 y 6 en la muestra estudiada. La mayoría de los pacientes eran solteros (56%), el 38% eran casados y el resto estaban ubicados en estado civil divorciado, viudo y unión libre (6.0%).

Instrumentos

La calidad de vida se evaluó mediante el Cuestionario de Salud SF36, diseñado por el Health Institute, New England Medical Center, de Boston Massachusetts, para medir conceptos genéricos de salud relevantes a través de la edad, enfermedad y grupos de tratamiento (Ware y Sherbourne, 1992). El SF36 es un instrumento psicométricamente sólido, para evaluar calidad de vida relacionada con la salud en términos de funcionamiento físico y psicológico, sus ítems detectan tanto estados positivos como negativos de salud. El SF 36, ha sido traducido y adaptado para ser utilizado internacionalmente a través del proyecto Internacional Quality of Life Assessment (IQUOLA), su traducción al castellano siguió un protocolo común a todos los países que participan en el proyecto IQUOLA, y se basó en el método de traducción y retrotraducción por profesionales y la realización de estudios piloto (Alonso et al., 1995; Alonso et al., 1998).

El SF 36 evalúa las ocho dimensiones siguientes: Función Física (limitaciones físicas), Rol Físico (interferencia en el trabajo y actividades diarias), Dolor Corporal (intensidad del dolor y su efecto en las actividades), Salud General (valoración personal de la salud), Vitalidad (sentimiento de energía), Función Social (interferencia en la vida social habitual), Rol Emocional (interferencia en el trabajo u otras actividades diarias), Salud Mental (depresión, ansiedad, control emocional y de la conducta), y Evolución declarada de la salud (valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás). El SF 36 puntúa en una escala de 0 a 100, las cifras más altas indican una mejor calidad de vida.

Para evaluar el nivel de ansiedad y depresión se utilizó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), en la versión en castellano desarrollada en Colombia por Rico, Restrepo y Molina (2005). El coefi-

ciente alfa de Cronbach encontrado en la validación fue de 0.85. El HAD utiliza una escala tipo Likert con 4 posibilidades de respuesta que van de 0 hasta 3 para evaluar de manera situacional la ansiedad y la depresión, con relación al periodo actual. La puntuación total en cada subescala de 7 preguntas se obtiene sumando los ítems correspondientes, en un rango de 0 a 21. A mayor puntuación, más altos niveles de ansiedad o depresión.

Escala de Optimismo Disposicional -DIOP- desarrollado por Joiner, 1997, versión española de Chorot, (1998). Diseñado para medir optimismo disposicional funcional en mayores de 18 años, puede aplicarse en forma individual o colectiva y tiene una duración aproximada de 3 minutos. Está formado por 12 ítems que forman una sola dimensión sobre optimismo. Esta escala utiliza un formato tipo Likert con 4 posibilidades de respuesta que van desde 0 para "Nada aplicable a mí" hasta 3 para "Completamente aplicable a mí", con un rango que oscila entre 0 a 36 puntos. A mayor puntuación alcanzada más altos niveles de optimismo disposicional percibido.

Procedimiento

Las pruebas se aplicaron en el auditorio de la facultad de Medicina de la Clínica Universitaria Bolivariana, de la ciudad de Medellín. Antes de la administración de los instrumentos se realizó una reunión con el fin de dar la información pertinente y aclarar dudas a los participantes (sobre su participación y retiro libre y voluntario del proceso, objetivo de la investigación, procedimiento a seguir, inconvenientes y riesgos, grado de confidencialidad, no retribución económica y secreto ético). Posteriormente, cada paciente respondió de manera individual a los instrumentos sin parámetro de tiempo, algunos tuvieron ayuda del entrevistador (estudiantes de psicología).

RESULTADOS

Se observa (Tabla 1) las diferentes medidas de tendencia central como lo son la media y la DT de cada uno de los grupos de variables de los cuestionarios.

Específicamente encontramos que las variables del cuestionario SF-36, en general tienden a valores altos en todas las dimensiones físicas (véase función física, rol físico, salud general, vitalidad y dolor) y psicosociales del cuestionario, (véase función social, rol emocional y salud mental), según los criterios de Alonso et al., (1998).

Tabla 1: Estadísticas descriptivas de las variables del estudio: Calidad de Vida, Ansiedad-Depresión y optimismo Disposicional.

| | Media | DT |
|-----------------------------------|-------|------|
| Cuestionario SF 36 | | |
| Función Física (FF) | 73,9 | 20,9 |
| Rol Físico (RF) | 67,9 | 43,1 |
| Dolor Corporal (DC) | 56,1 | 30,3 |
| Salud General (SG) | 56,2 | 20,9 |
| Vitalidad (VT) | 65,0 | 20,2 |
| Función Social (FS) | 80,3 | 22,4 |
| Rol Emocional (RE) | 74,9 | 39,7 |
| Salud Mental (SM) | 64,8 | 23,4 |
| Escala HAD | | |
| HAD Ansiedad | 6,7 | 4,3 |
| HAD Depresión | 3,3 | 2,9 |
| Escala de Optimismo Disposicional | | |
| DIOP | 22,5 | 5,4 |

Tabla 2: Comparación entre las medias de las dimensiones del cuestionario SF36 entre la muestra sana y pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico

| MUESTRA | Función Física (FF) | Rol Físico (RF) | Dolor Corporal (DC) | Salud General (SG) | Vitalidad (VT) | Función Social (FS) | Rol Emocional (RE) | Salud Mental (SM) |
|---------------------|---------------------|-----------------|---------------------|--------------------|----------------|---------------------|--------------------|-------------------|
| Personas Sanas | 93.9 | 90.3 | 82.0 | 84.4 | 75.8 | 85.8 | 86.3 | 79.5 |
| Pacientes con Lupus | 73,9 | 67,9 | 56,1 | 56,2 | 65,0 | 80,3 | 74,9 | 64,8 |

En relación a la variable Función Física (FF) se evidencia que es una de las más altas entre todas las subescalas físicas, indicando muy pocas dificultades que limiten las actividades físicas y de autocuidado que impliquen esfuerzos moderados e intensos en los sujetos que participaron en el estudio. Respecto a Rol Físico (RF), se observa que la enfermedad no interfiere en las actividades relacionadas con el rol diario (trabajo, estudio, etc.). En cuanto a la dimensión Dolor Corporal (DC) se aprecia en este estudio, que los pacientes no tienen una gran interferencia del dolor en sus actividades de trabajo y de hogar. Igualmente en la dimensión de Salud General (SG) se percibe una valoración moderadamente positiva sobre la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse. Por último, se evidencia además, altos sentimientos de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.

Respecto a la Función Social (FS) es de resaltar que es una de las dimensiones más altas en relación a todas

las escalas en general, observándose mínimos problemas de salud física y/o emocional que interfieran en la vida social habitual de estos pacientes. En cuanto a Rol Emocional (RE), se evidencia que en éstas personas no se presentaron interferencias significativas de lo emocional en las actividades diarias, favoreciéndoles tener el rendimiento adecuado en el hogar y el trabajo. Consecuentemente, no se evidenció significativamente niveles emocionales negativos (ansiedad-depresión-estrés) en cuanto a la dimensión de la Salud Mental (SM), posibilitándole a los sujetos del estudio poder tener un buen control emocional en su vida.

En relación con los puntajes de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), se puede apreciar que las variables ansiedad y depresión son muy bajas, respecto a los puntos de corte de 8 para la subescala de Ansiedad y 9 para la subescala de Depresión planteados por Rico, Restrepo y Molina (2005), para indicar si los pacientes tienen síntomas o no de ansiedad y depresión.

Con respecto a la Escala de Optimismo Disposicional (DIOP), se encontró que éstas personas tienen muy buenos niveles de Optimismo, según los criterios de Chorot (1998).

Se comparan en la tabla 2 nuestros resultados con los obtenidos en población sana Colombiana de la ciudad de Medellín con el cuestionario SF36 (García y Lugo, 2002). Encontrando que las dimensiones de calidad de vida no son muy afectadas en los pacientes con LES con respecto a las personas sanas.

En la Tabla 3 se puede observar los resultados de la regresión lineal múltiple donde la variable dependiente Función Social, que hace referencia al grado en que los problemas de salud física y/o emocional interfieren en la vida social habitual, se ve influenciada positivamente por la variable predictora de optimismo, ya que a mayor optimismo mejor función social. Por otro lado se encontró también que la depresión es el predictor que afecta negativamente la mayoría de las escalas del SF-36 que evalúan la calidad de vida, sobre todo en lo relacionado con el dolor corporal, rol emocional y la salud mental.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se trabajó con una muestra de 32 pacientes, la gran mayoría de ellos son mujeres diagnosticados con LES de la ciudad de Medellín, Colombia. A quienes se les administraron los Cuestiona-

rios SF36, HAD y DIOP, con una edad media de 32 años, la mayoría pertenecían a estratos medios-bajos.

En cuanto a la calidad de vida de los pacientes del estudio de acuerdo al cuestionario SF36 se evidenció muy buen nivel de bienestar físico y mental en general tanto en las escalas físicas (función física, rol físico, salud general, vitalidad y dolor) como psicosociales (función social, rol emocional y salud mental), resultados que se contradicen con las investigaciones realizadas entre otras por Rinaldi, et al. (2001, 2004); Abu-Shakra et al. (1999); Lash, (1998) y Jolly, (2005), quienes encontraron bajos niveles de calidad de vida en estos pacientes en comparación con poblaciones control sanas y aún más con otras enfermedades crónicas.

A nivel general no se encontró en nuestra muestra síntomas clínicos de ansiedad-depresión, teniendo en cuenta los estándares de referencia de la escala HAD en la versión colombiana (Rico, Restrepo y Molina, 2005). Estos resultados difieren con las investigaciones desarrolladas por Rubio, et al. (1998); Jump, et al. (2005) y Haupt (2004) quienes platearon altos niveles de ansiedad-depresión en este tipo de pacientes.

Al respecto, en otros estudios Sharpe, et al. (2004) han encontrado una fuerte correlación entre los indicadores de calidad de vida y variables como la depresión. En una investigación sobre la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes italia-

Tabla 3: Análisis de regresión entre de las variables del estudio: Calidad de Vida, Ansiedad-Depresión y Optimismo Disposicional

| VARIABLES | PREDICTOR | β ESTIMADO | P | (IC) 95% |
|----------------|----------------|------------------|-------|---------------|
| Salud general | Depresión | -4,08 | 0,001 | -6,28; -1,87 |
| Función física | NE | ND | ND | ND |
| Rol físico | NE | ND | ND | ND |
| Rol emocional | Depresión | -11,89 | 0,000 | -14,37; -9,41 |
| Función social | Depresión (IN) | -4,13 | 0,001 | -6,35; -1,91 |
| | Optimismo (IP) | 1,46 | 0,018 | 0,27; 2,60 |
| Dolor corporal | Depresión | -4,20 | 0,022 | -7,75; -0,65 |
| Vitalidad | Depresión | -4,14 | 0,000 | -6,10; -2,19 |
| | Ansiedad | -1,35 | 0,042 | -2,66; -0,053 |
| Salud mental | Depresión | -6,26 | 0,000 | -8,14; -4,38 |

Resumen del modelo: R^2 Pearson $\geq 0,34$. $P < 0,05$ Considerada significativa. El estimado $\hat{\alpha}$ representa la diferencia en calidad de vida por unidad de cambio en la variable predictora. NE = No encontrado, ND = No datos, IN = Influencia negativa, IP = Influencia positiva. IC = Intervalo de confianza.

nos con LES y el papel de determinantes clínicos, inmunológicos y psicológicos (Doria, et.al. 2004), fue aplicado a una cohorte de 126 pacientes con LES el SF-36, se les realizó una evaluación clínica y de laboratorio, junto con la medida de actividad, de severidad y de daño de la enfermedad, y una batería de pruebas psicológicas incluyendo la escala HAD. Se encontró que los parámetros que parecían influenciar en el detrimento de la salud en general relacionada con la calidad de vida eran una mayor edad, síntomas de artritis y altos puntajes en el HAD. Concluyendo que la ansiedad, la depresión y el dolor articular parecen ser determinantes principales de la disminución de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con LES.

En cuanto al optimismo disposicional se encontró en general que los pacientes evaluados en nuestro estudio tienen una alta predisposición hacia el optimismo a pesar de tener una enfermedad crónica. En el área de la salud el optimismo se ha asociado con una mejor salud física y un enfrentamiento más exitoso a los desafíos de la vida, se ha visto además que los optimistas al enfrentarse a diferentes agentes estresantes experimentan menos ánimo negativo y comportamientos de salud más adaptables (Solberg, et. al. 2005), lo cual está relacionado con la capacidad de los sujetos de enfrentar los problemas físicos y/o emocionales de manera que estos no interfieran en su funcionamiento social habitual.

También en los estudios sobre optimismo, en general se ha observado que los sujetos más optimistas tienen más estrategias de afrontamiento centradas en el problema que los pesimistas, valoran de forma más positiva las situaciones estresantes, y buscan apoyo social (Carver y Gaines, 1987; Séller, Weintraub y Carver, 1986 citados por Ortíz, Ramos y Vera, 2003). Lo anterior se corrobora con los datos obtenidos en el análisis de regresión lineal múltiple de nuestro estudio, donde la variable dependiente Función Social, que hace referencia al grado en que los problemas de salud física y/o emocional interfieren en la vida social habitual, se ve influenciada fuertemente por la variable predictora de optimismo, ya que a mayor optimismo mejor función social. Por otro lado se encontró también que la depresión es el predictor que afecta negativamente la mayoría de las escalas del SF-36 que evalúan la calidad de vida, sobre todo en lo relacionado con el dolor corporal, rol emocional y la salud mental.

Una lectura de estos resultados nos podría llevar a pensar en el rol de los recursos personales y sociales de los individuos cuando se enfrentan al estrés causado por una enfermedad crónica. Las experiencias emocionales son una de las fuentes de información que tienen las personas acerca de sí mismas (Barra, 2004). Debido a esto, la evaluación que hace un individuo de su estado de salud puede variar dependiendo de su estado anímico. El estado emocional puede ser, entonces, perfectamente el mediador de la relación entre el apoyo social y la salud (Barra, 2004). El apoyo social podría, entonces, ser considerado como un importante recurso de afrontamiento del estrés (Sandín, 2003). Una especie de "fondo" del que la gente puede disponer cuando tiene que hacer frente a los estresores.

El apoyo social es un concepto complejo que incluye por lo menos tres niveles de análisis (comunitario, redes sociales e íntimos), que cumplen una serie de funciones emocionales, materiales, informativas (Barron y Chacon, 1992). El apoyo emocional se refiere a las demostraciones de amor, cariño y pertenencia a un grupo, e implica poder hablar con alguien sobre las preocupaciones, molestias y sentimientos negativos que ocasiona la enfermedad (Barez, Blasco y Fernandez Castro, 2003). Al respecto, se ha encontrado que las personas que padecen de alguna una enfermedad crónica y que tienen un alto nivel de satisfacción con respecto al apoyo social, presentan un mejor grado de adaptación a la enfermedad (Affleck et al., 1988) y que es más importante la percepción que tiene el paciente de lo adecuado del soporte social que el soporte que realmente recibe (Katz y Neugebauer, 2001). Algunos estudios han podido comprobar, de acuerdo con la teoría de la amortiguación, que la percepción de disponer de apoyo protege a las personas de los efectos patogénicos de los eventos estresantes, Cohen y Willis (1985), Cohen y Herbert (1996), citados por Gómez, Pérez y Vila (2001).

Al respecto es importante considerar que la gran mayoría de la muestra estaban en una etapa evolutiva de adultas jóvenes, solteras, con altos niveles de expectativas y motivaciones frente a la vida afectiva y éstas personas podrían disponer de adecuadas estrategias de afrontamiento que valdría la pena estudiar.

Finalmente hay suficiente evidencia que muestra que diversos factores psicosociales se asocian con la LES, lo cual apoya la hipótesis de que contribuyen a su curso clínico. El diseño de un modelo que permita

entender más integralmente la LES, se hace necesaria. Es así, como el impacto de las enfermedades crónicas como la LES, parece estar estrechamente vinculado a la situación social, cultural y económica de estos pacientes, incidiendo de forma diferencial en su calidad de vida.

REFERENCIAS

- Abu-Shakra, M; Mader, R; Langevitz, P; Friger, M; Codish, S; Neumann, L. y
Buskila, D. (1999). Quality of life in systemic lupus erythematosus: a controlled study. *Journal of Rheumatology*, 26, 306-9
- Affleck, G; Tennen, H; Pfeiffer, C; Fifiecol, J. y Rowc, J. (1988). Social support and psychosocial adjustment to rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Research*, 1, 71-77.
- Alonso, J; Prieto, L. y Antó J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-776.
- Alonso, J; Regidor, E; Barrio, G; Prieto, L; Rodríguez, C y De la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica*, 111, 410-416
- Barez, M; Blasco, T. y Fernández Castro, J. (2003). La inducción de la sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes con cáncer. *Anales de Psicología*, 19, 235-246.
- Barra, E. (2004). Apoyo social estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14, 237-243.
- Barron, A. y Chacón, F. (1992). Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Revista de Psicología Social*, 7, 53-59
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo
- Buela-Casal, G; Caballo, V.E. y Sierra, J.C. (Eds.) (1996). *Manual de evaluación de la psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Camargo, J.F; Tobon, G.J; Fonseca, N; Diaz, J.L; Uribe, M; Molina, F. y Anaya J.M. (2005). Autoimmune rheumatic diseases in the intensive care unit: experience from a tertiary referral hospital and review of the literature. *Lupus*, 4, 315-20.
- Chorot, P. (1998). *Escala de optimismo disposicional de Joiner (DIOP)*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) (Policopiado).
- Doria, A; Rinaldi, S; Ermani, M; Salaffi, F; Laccarino, L; Ghirardello, A; Zampieri, S; Della, S; Perini, G. y Tudesco, S. (2004). Role of clinical, immunological and psychological determinants. *Rheumatology*, 51, 989-95
- García, H. y Lugo, H. (2002). Adaptación cultural y fiabilidad del instrumento de calidad de vida SF36 en instituciones de Medellín. Tesis de Maestría. Medellín: facultad nacional de salud pública.
- Gil-Roales, J. (Ed.) (2004). *Psicología de la salud: Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Gómez, L.M; Anaya, J.M; González, C.I; Pineda-Tamayo, R; Otero, W; Arango, A. y Martin, J. (2005). Polymorphism in Colombian patients with autoimmune diseases. *Genes Immunology*, 6, 628-31
- Gómez, L; Pérez, M. y Vila, J. (2001). Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud. *Psicología Conductual*, 9, 5-38
- Haupt, M. (2004). Psychiatric disorders in rheumatic diseases, as exemplified by systemic lupus erythematosus (SLE). *Rheumatology*, 63, 122-30
- Hochberg, M.C. (1997). Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus letter. *Arthritis Rheumatism*, 40, 17-25
- Ironson, G; Balbin, E; Stuetzle, R; Fletcher, M.A; O'Cleirigh, C; Laurenceau, J.P; Schneiderman, N. y Solomon, G. (2005). Dispositional optimism and the mechanisms by which it predicts slower disease progression in HIV: proactive behavior, avoidant coping, and depression. *International Journal Behavioral Medicine*, 12, 86-97
- Jolly, M. (2005). How does quality of life of patients with systemic lupus erythematosus compare with that of other common chronic illnesses?. *Journal Rheumatology*, 32, 1706-8
- Jump, R.L; Robinson, M.E; Armstrong, A.E; Barnes, E.V; Killbourn, K.M. y Richards, H.B. (2005). Fatigue in systemic lupus erythematosus: contributions of disease activity, pain, depression, and perceived social support. *The Journal of Rheumatology*, 32, 1699-705
- Katz, P.P y Neugebauer, A. (2001). Does satisfaction with abilities mediate the relationship between the impact of rheumatoid arthritis on values activities and depressive symptoms?. *Arthritis Rheumatism*, 45, 263-269.
- Lash, A.A. (1998). Quality of life in systemic lupus erythematosus. *Applied Nursing Research*, 11, 130-7

- Latorre, P. y Beneit, J.M. (1994). *Psicología de la salud: Aportaciones para los profesionales de la salud*. Buenos Aires: Lumen
- Martínez-Martín, P. (1999). Calidad de vida y enfermedad de Parkinson. *Neurología*, 14, 164-171
- Molina, J.; Anaya, J. y Molina, J. (2000). *Lupus Eritematoso: Manual práctico para médicos y pacientes*. Medellín: CIB.
- Montero, I. y León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 503-508
- Ortíz, J.; Ramos, N.; Vera, P. (2003). Optimismo y Salud: Estado actual e implicaciones para la psicología clínica y de la salud. *Revista Suma Psicología*, 10, 119-134.
- Rico, J.L.; Restrepo, M. y Molina, M. (2005). Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del instituto nacional de Cancerología de Colombia. *Avances en Medicina*, 3, 73-86
- Rinaldi, S.; Doria, A.; Salaffi, F.; Ermani, M.; Laccarino, L.; Ghirardello, A.; Zampieri, S.; Sarzi-Puttini, P.; Bambari, P.F. y Perini, G. (2004). Health-related quality of life in Italian patients with systemic lupus erythematosus. Relationship between physical and mental dimension and impact of age. *Rheumatology*, 43, 1574 - 9
- Rinaldi, S.; Doria, A.; Vescovi, F.; Corbanese, S.; Laccarino, L.; Della, S. y Perini, G. (2001). Quality of life in systemic lupus erythematosus. *Reumatismo*, 53, 108 -115
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis
- Rubio, G.; Gil, A.; Balsa, A.; Ferre, F.; Moreno de la Santa, C.; Martín, E.; García, A. y Lavilla, P. (1998). Prevalence of psychiatric disturbances and psychopathologic status in patients with systemic lupus erythematosus. *Revista Clínica Española*, 198, 61-5
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 141-157.
- Schou, I.; Ekeberg, O.; Sandvik, L.; Hjermsstad, M.J. y Ruland, C.M. (2005). Multiple predictors of health-related quality of life in early stage breast cancer. Data from a year follow-up study compared with the general population. *Quality of Life Research*, 14, 1813-23
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 2, 9-21
- Seguí, J.; Ramos-Casals, M.; García-Carrasco, M.; De Flores, T.; Cervera, R.; Valdes, M.; Font, J. y Ingelmo, M. (2000). Psychiatric and psychosocial disorders in patients with systemic lupus erythematosus: a longitudinal study of active and inactive stages of the disease. *Lupus*, 9, 584-8
- Sharpe, L.; Denton, F. y Schrieber, L. (2004). Validity of the disease repercussion profile in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus*, 13, 428-35
- Solberg, L.; Segerstrom, S.C. y Sephton, S.E. (2005). Engagement and arousal: Optimism's effects during a brief stressor. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 111-120
- Vinaccia, S.; Contreras, F.; Palacio, C.; Marin, A. y Tobon, S. (2005a). Disposiciones fortalecedoras: Personalidad Resistente y Autoeficacia en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide. *Terapia Psicológica*, 23, 15-24
- Vinaccia, S.; Quiceno, J.M.; Contreras, F.; Zapata, M.; Fernández, H.; Bedoya, M. y Tobon, S. (2005b). Calidad de vida, Personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de Cáncer de Pulmón. *Psicología y Salud*, 15, 207-221
- Vinaccia, S.; Tobon, S.; Moreno San pedro, E.; Cadena, J. y Anaya, J.M. (2005c). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5, 45-60
- Ware, J. y Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.

