

Modelo sociocognitivo de la satisfacción vital en personas con enfermedad crónica

María Teresa Vega
Universidad de Salamanca (España)

La satisfacción vital es un importante indicador del bienestar subjetivo en enfermos crónicos. En este trabajo se recurre al modelo sociocognitivo de salud para analizar las variables psicosociales que influyen en la satisfacción vital. Se plantea un modelo explicativo en el que la satisfacción vital está determinada por el estrés experimentado, el sentimiento de eficacia para afrontar las dificultades derivadas de la enfermedad y la percepción de autonomía personal. Se desarrolló un diseño transversal con una muestra de 64 personas que padecían enfermedades crónicas. Se contactó con los enfermos a través de asociaciones de salud y se administró un cuestionario. Se constata que el estrés y la autoeficacia de afrontamiento son determinantes directos y significativos de la satisfacción. En este sentido, los participantes que se perciben con menos estrés y con más capacidad de afrontamiento experimentan más satisfacción en la vida. Los que tienen mayor capacidad de afrontamiento son los que sienten menos estrés. La autonomía funcional, menor en las mujeres que en los hombres, condiciona indirectamente la satisfacción, a través del estrés y la autoeficacia de afrontamiento, de forma que cuanto menor es la autonomía percibida mayor es el estrés percibido y menor la eficacia de afrontamiento. El modelo planteado explica el 35% de la satisfacción vital. Los resultados reflejan la necesidad de enseñar estrategias cognitivas para afrontar la enfermedad y de capacitar al enfermo para tener mayor autonomía funcional y menor dependencia del entorno social.

Palabras clave: Enfermedad crónica, satisfacción, autonomía, afrontamiento, estrés.

Sociocognitive model of life satisfaction in people with chronic disease. Life satisfaction is an important indicator of subjective well-being in chronic patients. In this paper, the sociocognitive health model is used to analyze the psychosocial variables that influence life satisfaction. An explanatory model is proposed in which life satisfaction is determined by the stress experienced, the feeling of efficacy to face the difficulties derived from the disease and the perception of personal autonomy. A transversal design was developed with a sample of 64 people suffering from chronic diseases. The patients were contacted through health associations and a questionnaire was administered. It is found that stress and coping self-efficacy are direct and significant determinants of satisfaction. In this sense, participants who perceive themselves to be less stressed and more able to cope experience more satisfaction in life. Those who are more coping are those who feel less stress. Functional autonomy, lower in women than in men, indirectly conditions satisfaction, through stress and coping self-efficacy, so that the lower the perceived autonomy, the greater the perceived stress and the less the coping efficiency. The proposed model explains 35% of life satisfaction. The results reflect the need to train cognitive strategies to cope with the disease and to train the patient to have greater functional autonomy and less dependence on the social environment.

Keywords: Chronic disease, satisfaction, autonomy, coping, stress.

Según la Organización Mundial de la Salud (2014), más de la mitad de la población adulta de occidente sufre alguna enfermedad crónica (EC) destacando las cardiovasculares, las respiratorias, el cáncer o la diabetes. En España se estima que el 45% de las personas mayores de 16 años padecen algún proceso crónico no transmisible. En general, la EC causa el 70% de las muertes del planeta, pero también producen discapacidad o dependencia, mermando significativamente la calidad de vida de quienes la padecen.

Convivir con una EC genera en las personas cambios significativos en el estilo de vida y el desarrollo de procesos de afrontamiento y de adaptación a los mismos (Orozco-Gómez y Castiblanco-Orozco, 2015; Rodríguez, 1995). Los trabajos de Moos (1982) o de Lostaunau, Torrejón, y Cassaretto (2017) resaltan la cualidad estresante de la EC (sobre todo la asociada a pérdida de salud), considerándola como una crisis vital.

Las personas con EC se ven afectadas, en mayor o menor medida, a nivel físico (p.e. alteraciones del sueño, limitaciones motoras o efectos secundarios de los tratamientos), psicológico (p.e. preocupación, desánimo, ansiedad, angustia, estrés, percepciones negativas de vida cotidiana) y sociolaboral (p.e. carga familiar, tendencia a aislarse del entorno). Estos aspectos comprometen el bienestar y la calidad de vida debido al impacto que tienen en la enfermedad, en su tratamiento y en la vida en general (Checton, Greene, Magsamen-Conrad, y Venetis, 2012).

Concretamente, el estrés psicosocial experimentado como consecuencia de la EC puede deberse a factores como el tipo de tratamiento, la hospitalización, el dolor, las limitaciones funcionales, la incertidumbre sobre el futuro, la imposibilidad de hacer planes o la falta de conocimiento suficiente para tomar decisiones sobre la salud. Aspectos que provocan un desequilibrio percibido entre las demandas y las capacidades personales (Lazarus y Folkman, 1986) y limitan la actuación y autonomía del individuo reduciendo el estado funcional y la calidad de vida (Blinderman, Homel, Billings, Tennstedt, y Portenoy, 2009).

Para Schwartzmann (2003) y para Sánchez, García, Valverde, y Pérez (2014) la satisfacción general con la vida es el principal indicador de bienestar subjetivo y calidad de vida de las personas que padecen enfermedades físicas crónicas. Se entiende como el componente afectivo-cognitivo del bienestar psicológico y refleja el juicio subjetivo de calidad de vida basado en criterios personales de felicidad y éxito (Okun y Stock 1987). Sánchez et al. (2014) compararon la satisfacción vital de personas con distintas enfermedades crónicas y con personas sin problemas de salud física y hallaron que los enfermos percibían menos satisfacción que los sanos. Trabajos como el de Koivumaa-Honkanen et al. (2000) hallan que la satisfacción con la vida se relaciona con mayor salud y longevidad.

A pesar de que las limitaciones en la autonomía funcional que acompañan a algunas enfermedades crónicas son fuentes de estrés psicosocial y minan el bienestar y la

calidad de vida de los enfermos, poco se conoce sobre cómo el grado de autonomía funcional del individuo condiciona la satisfacción con la vida. En cambio, en investigaciones como la de Kreitler, Peleg, y Ehrenfeld (2007) y Victorio (2008) se evidencia que la calidad de vida y la satisfacción vital se ven significativamente mermadas por el estrés percibido durante la EC. De hecho, como afirman Castellón y Romero (2004) la ausencia de estrés es un indicador de bienestar emocional; la satisfacción con la vida, junto con la autodeterminación (autoeficacia, autonomía) son componentes de la calidad de vida.

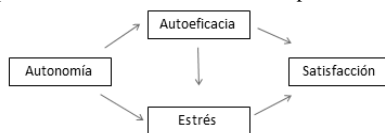
Juárez, De la Cruz, y Baena (2017) plantean que el estrés puede llegar a tener consecuencias importantes para la enfermedad y para el control de la misma. Al respecto, Hernández, Ehrenzweig, y Navarro (2009) señalan que la incidencia del estrés en la enfermedad crónica dependerá de la capacidad de protección individual (de que sea capaz de desarrollar estrategias adecuadas para abordar las nuevas situaciones) y del soporte social que reciba del entorno. Por ejemplo, se conoce que la experiencia del cáncer suele provocar altos niveles de estrés y alterar el proceso de ajuste a la enfermedad a lo largo de las distintas etapas y tratamientos (Constanzo et al., 2007; Kreitler et al., 2007) e incluso después de haber superado la enfermedad (Golden-Kreutz et al., 2005; Lostaunau et al., 2017). En el caso de la enfermedad de Crohn, investigaciones como la De Dios, Barrón, Arias, y Braschi (2012) constatan que los pacientes en fase de brote perciben más estrés que los sin brote o que personas sanas.

Desde la Teoría Social Cognitiva de Bandura (1987, 1999) el estrés se entiende como la percepción de ineficacia para controlar las demandas del entorno. Esto significa que el comportamiento de salud está autorregulado, es decir, no depende exclusivamente de estímulos externos, sino también de aquellos pensamientos capaces de generar y organizar los cursos de acción requeridos para afrontar y resolver una determinada situación y para regular los sentimientos y emociones experimentados (León y Medina, 2002). En este sentido, la teoría de la Autoeficacia de Bandura (1999) explica cómo la confianza en las capacidades personales para el éxito personal (para manejar las demandas y desafíos) en las distintas actuaciones de la vida determina el funcionamiento de la persona y el afrontamiento de la enfermedad. En la investigación de Kreitler et al. (2007) con pacientes con cáncer se comprobó que la autoeficacia reducía de forma significativa el estrés percibido. Trabajos como el de Steca et al. (2013) muestran que la autoeficacia contribuye a mejorar la satisfacción con la vida en personas con enfermedad cardiovascular.

El objetivo del presente estudio es analizar un modelo psicosocial de salud que explique la satisfacción vital en personas con enfermedad física crónica. El modelo se centra en variables de ajuste emocional (estrés psicosocial) y ajuste sociocognitivo (autonomía funcional y autoeficacia de afrontamiento) como determinantes de la satisfacción vital (ver figura 1). En el modelo se examina el papel mediador que la

autoeficacia de afrontamiento y el estrés percibido ejercen entre la autonomía percibida y la satisfacción vital. El estudio del impacto de la autoeficacia de afrontamiento en la salud vital de personas con enfermedades crónicas resulta novedoso porque no se han encontrado investigaciones que estudien la relación entre ellas. En este sentido, se teoriza que las personas que se perciban con mayor autonomía se sentirán más capaces de poner en práctica estrategias para afrontar distintos eventos de la vida cotidiana, sentirán menos estrés y experimentarán más satisfacción, lo que redundará en un mejor ajuste a la enfermedad. También se examina la relación entre los componentes del modelo y las variables sociodemográficas y de la enfermedad.

Figura 1. Modelo explicativo de la satisfacción vital en personas con enfermedad crónica



MÉTODO

Participantes

La muestra está formada por 64 sujetos (35 hombres y 29 mujeres) que padecen enfermedad crónica (enfermedades de la sangre, Parkinson, espondilitis, Crohn y colitis ulcerosa, diabetes, esclerosis múltiple y cáncer). La edad media de los sujetos era de 41.42 años. El 51.6% estaban casados, el 42.2% eran solteros y el 6.3% estaban separados o viudos. El 45.3% tenían estudios primarios, el 35.9% bachiller o formación profesional, el 12.5% estudios universitarios y el 4.7% no tenían estudios. El 75% no trabajaban y el 4.7% vivían solos. El 90.6% de los participantes llevaban más de un año con la enfermedad.

Instrumentos

Autonomía funcional: Boufar y Bastin (1994), la definen como la independencia de una persona a la hora de realizar las actividades necesarias para ejecutar las tareas de la vida cotidiana (tomar decisiones, salir a la calle,...). La escala consta de 5 ítems a los que se responde usando una escala Likert de 5 puntos: de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo. Una baja puntuación indica mayor autonomía. La escala tiene una fiabilidad de 0.78 ($M=2.02$; $DT=.44$).

Autoeficacia de afrontamiento cognitivo: mide el grado de confianza en las propias capacidades para encontrar y poner en práctica estrategias efectivas ante las dificultades que surgen con la enfermedad. Se utilizaron 4 ítems adaptados de la escala de Bábler y Schwarzer (1996) y otros diseñados específicamente para la investigación. Posee

una fiabilidad de .71 ($M=7.10$; $Sx=.62$). Los sujetos respondían a una escala Likert de 0 a 10 (de ninguna confianza a confianza total).

Estrés psicosocial: se usaron 6 ítems de la escala de estrés de Herrero, Gracia, y Musitu (1996) referidos a sentimientos y pensamientos experimentados en el último mes. Los sujetos respondían a una escala Likert de 1 a 5 en la que indicaban la frecuencia con la que se sintió o pensó de determinada forma en el último mes (de nunca a muy a menudo). Una alta puntuación indica mayor grado de estrés percibido. Los ítems formaban una escala fiable con un alfa de Cronbach de .79 ($M=2.59$; $Sx=.86$).

Satisfacción vital: se utilizaron 3 ítems de la escala de satisfacción con la vida de Diener, Emmons, Larsen, y Griffin (1985) definida como la valoración subjetiva con la que el individuo juzga en qué medida las circunstancias por las que ha pasado en su vida se consideran valiosas. Es, pues, la valoración de la propia vida como un todo. El patrón de respuesta fue de 5 puntos Likert (de muy en desacuerdo a muy de acuerdo). La fiabilidad fue de .71 ($M=3.56$; $Sx=.92$).

Procedimiento

Para recoger la muestra se contactó con los responsables de asociaciones de enfermos crónicos de Salamanca. Una vez comunicada la finalidad del trabajo, con aquellas asociaciones que estaban interesadas en participar, se determinó y planificó la mejor forma de recoger la información de quienes desearan colaborar de forma voluntaria. Se utilizaron dos métodos: 1) pase de entrevistas estructuradas por parte de entrevistadores debidamente formados, 2) en los casos en los que los entrevistadores no pudieron pasar personalmente el cuestionario (p.e. el afectado prefería hacerlo personalmente) se acordó con la asociación dejar los cuestionarios a los representantes para que los pasaran personalmente o se los hicieran llegar a los interesados. En el primer procedimiento se solicitaba cita previa con las personas que voluntariamente querían participar. En el segundo, se instruía a los representantes sobre cómo pasar los cuestionarios. En los dos procedimientos se resaltaba la importancia de responder con sinceridad y se informaba de que los datos recogidos serían tratados de forma confidencial y con rigor científico. En el segundo procedimiento, después de pasar un tiempo prudencial, los entrevistadores pasaban por las asociaciones para recoger los cuestionarios cumplimentados.

Análisis de datos

En este estudio transversal de tipo correlacional se analizaron los datos con el SPSS 23.0. Para conocer la relación entre las variables sociodemográficas y relacionadas con la enfermedad y las variables sociocognitivas se realizaron pruebas de contraste de medias para muestras independientes y ANOVA de un factor.

Para examinar el modelo teórico planteado se desarrollaron análisis de regresión simple y múltiple por pasos. Para probar el efecto mediador de la autoeficacia y

del estrés se siguió el procedimiento diseñado por Kenny, Kashy, y Bolger (1998), que plantea que la mediación ocurre si se dan los siguientes requisitos: 1) el predictor está asociado significativamente con la variable dependiente y con el mediador propuesto (o mediadores), 2) el mediador (o mediadores) tiene una asociación significativa con la variable dependiente, 3) el efecto del predictor en la variable dependiente se reduce significativamente cuando el mediador (o mediadores) se agrega al modelo. Explican Preacher y Hayes (2008), que la mediación completa se produce si el efecto directo se elimina en presencia del mediador (o mediadores); la mediación parcial ocurre si el efecto directo se reduce pero aún está presente.

RESULTADOS

En primer lugar se estudió en qué medida las variables psicosociales del modelo estaban relacionadas con variables sociodemográficas y de la enfermedad. Respecto al sexo, las pruebas de contraste de medias para muestras independientes (ver tabla 1) indican diferencias significativas entre hombres y mujeres en el grado de autonomía funcional, de forma que los hombres percibían mayor autonomía que las mujeres (1.78 vs. 2.32).

Tabla 1. Comparación de medias en función del sexo

Variabes	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Autonomía	2.13	46.24	.03
Autoeficacia	-1.00	62	.31
Estrés	.90	62	.36
Satisfacción	.36	62	.71

Los análisis de varianza aplicados para estudiar la relación entre la edad y las variables psicosociales reflejaron diferencias en el caso de la satisfacción (ver tabla 2), se obtuvo que las personas de entre 28 y 38 años, en comparación con los de 50 a 80 años, se sentían menos satisfechas (3.15 vs. 4.1).

Tabla 2. Análisis de varianza entre la edad y las variables estudiadas

Variabes	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Autonomía	.65	3.60	.58
Autoeficacia	2.31	3.60	.08
Estrés	2.33	3.60	.08
Satisfacción	4.02	3.60	.01

En relación al estado civil, las pruebas de contraste de medias pusieron de relieve la relación significativa con autoeficacia (ver tabla 3), de forma que las personas casadas tenían mayor eficacia de afrontamiento que las que no lo estaban (7.63 vs. 6.54) y con satisfacción, de manera que las personas casadas se sentían más satisfechas que las que no lo estaban (3.77 vs. 3.32).

Tabla 3. Comparación de medias en función del estado civil

Variables	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Autonomía	1.23	62	.22
Autoeficacia	-2.52	62	.01
Estrés	1.09	62	.27
Satisfacción	-2	62	.05

Cuando se relacionaron las variables y la situación laboral (sí tenían o no trabajo), las pruebas de contraste de medias indicaron que no había diferencias significativas (ver tabla 4).

Tabla 4. Comparación de medias en función de la situación laboral

Variables	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Autonomía	1.86	61	.06
Autoeficacia	.49	37.39	.62
Estrés	1.65	49.64	.10
Satisfacción	.46	61	.64

En segundo lugar se examinó el papel mediador que la autoeficacia de afrontamiento y el estrés percibido ejercían entre la autonomía percibida y la satisfacción vital. Como se observa en la tabla 5, las correlaciones muestran significatividad, destacando la asociación entre la autoeficacia y la satisfacción y entre la autonomía y la autoeficacia.

Tabla 5. Correlaciones entre las variables psicosociales del modelo teorizado

Variables	1	2	3	4
1. Autonomía	---			
2. Autoeficacia	-.42***	---		
3. Estrés	.38**	-.27 *	---	
4. Satisfacción	-.34**	.53***	-.38**	---

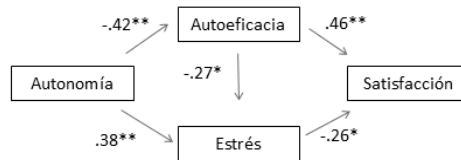
Nota. *** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$

Las pruebas de regresión realizadas indicaron que: 1) la autonomía explicaba la satisfacción ($F_{(1,62)}=7.86$; $p=.00$; $\beta=-.34$; $p=.00$) y predecía la autoeficacia ($F_{(1,62)}=13.05$; $p=.00$; $\beta=-.42$; $p=.00$) y el estrés ($F_{(1,62)}=10.22$; $\beta=.38$, $p=.00$); 2) la autoeficacia y el estrés se relacionaban significativamente con la satisfacción vital ($F_{(2,61)}=16$; $\beta_{\text{autoeficacia}}=.46$; $p=.00$; $\beta_{\text{estrés}}=-.26$; $p=.02$); 3) cuando se introducía la autoeficacia y el estrés en la regresión múltiple la autonomía perdía su poder explicativo ($F_{(3,60)}=10.62$; $p=.00$; $\beta=-.06$; $p=.61$). Se comprueba, pues, que la autoeficacia, y en menor medida el estrés, ejerce de mediador completo entre la autonomía y la satisfacción.

Finalmente se comprobó si el estrés actuaba de mediador entre la autoeficacia de afrontamiento y la satisfacción. Como ya se indicó, ambas variables tienen una asociación significativa con la satisfacción, además, la autoeficacia se asocia significativamente con el estrés ($F_{(1,62)}=4.93$; $p=.03$; $\beta=-.27$; $p=.03$). Resta examinar si el

efecto de la autoeficacia sobre la satisfacción se reduce cuando se introduce en la regresión la influencia del estrés. El resultado de la regresión simple entre autoeficacia y satisfacción indica un coeficiente $\beta=.53$ ($p=.00$), en cambio, cuando se introduce el estrés en la ecuación, el coeficiente pasa a $\beta=.46$. Esto es, se reduce, lo que muestra que el estrés ejerce de mediador parcial de la autoeficacia sobre la satisfacción. El modelo final se encuentra representado en la figura 2 y explica el 35% de la satisfacción vital.

Figura 2. Modelo explicativo final de la satisfacción vital en personas con enfermedad crónica



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El estudio de la relación entre los componentes del modelo y las variables sociodemográficas y de la enfermedad indica que de la muestra, las mujeres, las personas con una edad comprendida entre 28 y 38 años y los que no están casados experimentan cierta vulnerabilidad en su bienestar subjetivo y calidad de vida puesto que presentan puntuaciones medias más bajas en alguno de los elementos del modelo que determinan la satisfacción vital.

Los resultados obtenidos aportan apoyo empírico al modelo planteado para explicar la satisfacción vital de personas que padecen una enfermedad física crónica. En el modelo se prueba que aquellos enfermos que se sienten con mayor autonomía en su vida cotidiana, se perciben también más autoeficaces para afrontar las dificultades y se sienten con menos estrés, dando lugar a personas que experimentan mayor satisfacción con la vida y, por tanto, que sienten mayor bienestar y calidad de vida. Como afirma Bandura (1999) la autoeficacia de afrontamiento demuestra ser un mediador completo entre la autonomía funcional y la satisfacción. En cambio, el estrés percibido se comporta más bien como un mediador parcial entre la autoeficacia y la satisfacción. Se constata, al igual que en las investigaciones de Kreitler et al. (2007) y Victorio (2008), que la satisfacción vital puede verse mermada si la persona percibe estrés durante la EC. También se evidencia, al igual que en el estudio de Steca et al. (2013), que la autoeficacia contribuye a mejorar la satisfacción con la vida en personas con EC.

La importancia de la autoeficacia en el modelo también se refleja en la influencia que tiene en el estrés, de forma que las personas más autoeficaces son las que perciben menos estrés y, en consecuencia, más satisfacción. En este sentido Beckmann y Kellmann (2004) explican que la autoeficacia promueve procesos de autorregulación y

control emocional que ayudan a reducir el estrés percibido (a sentirse menos vulnerables al estrés), debido a que la persona reformula la situación enfatizando los beneficios frente a las desventajas e interpretando los obstáculos como retos. Al igual, Godoy-Izquierdo et al. (2008) y Kreitler et al. (2007) concluyen de sus investigaciones que la autoeficacia contribuye a prevenir o moderar el estrés experimentado en situaciones de enfermedad, a minimizar su impacto y consecuencias en el bienestar de la persona. Por consiguiente, la incidencia del estrés en la enfermedad crónica dependerá, en parte, de la capacidad de protección individual (Hernández et al., 2009).

Se demuestra, también, un aspecto poco estudiado en el contexto de la enfermedad crónica, la relevancia de la autonomía funcional en enfermos crónicos, en el sentido de que si se consigue que el enfermo se sienta más independiente y más autónomo, ello redundará en una percepción de mayor confianza en sus capacidades para afrontar lo que le depare la enfermedad y en una menor percepción de estrés, en el sentido de no percibir las dificultades como amenazas sino como retos que hay que superar, aspectos, estos últimos que contribuyen a mejorar el bienestar y la calidad de vida de los enfermos.

De los aspectos comentados se concluye, como afirma Bandura (1987, 1999) que la autoeficacia cumple una función autorreguladora al determinar la gestión personal de la enfermedad, es decir, el cómo la persona gestiona su comportamiento para ajustarlo y adaptarlo a las demandas y así ganar salud y bienestar. Siendo estos aspectos, como afirman Moos (1982) y Rodríguez (1995), el resultado del proceso de adaptación a la situación de enfermedad.

Una de las implicaciones prácticas que se derivan de los resultados es la necesidad de realizar programas de intervención psicosocial destinados a aumentar la autonomía funcional (evitando la pérdida de autonomía en el desempeño de tareas y roles habituales) y los pensamientos de autoeficacia de afrontamiento de las dificultades asociadas a la enfermedad y a su tratamiento. Intervenir en estos recursos psicosociales repercutirá positivamente en el desarrollo de la enfermedad y en el ajuste socioemocional de los enfermos.

La generalización de los resultados obtenidos debe de hacerse con cautela debido al tamaño de la muestra y a que se ha desarrollado un diseño de investigación transversal que establece relaciones entre variables, pero no inferencias causales.

Agradecimientos

Se agradece la colaboración prestada por los responsables y usuarios de las distintas asociaciones que han participado en la investigación.

REFERENCIAS

- Bäbler, J., y Schwarzer, R. (1996). Measuring generalized self-beliefs: a spanish adaptation of the general self-efficacy scale. *Ansiedad y Estrés*, 2(1), 1-18. doi: 10.1037/t11407-000
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción: fundamentos sociales*. Madrid: Martínez Roca.
- Bandura, A. (1999). *Autoeficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao: DDB.
- Beckmann J., y Kellmann M. (2004). Self-regulation and recovery: approaching an understanding of the process of recovery from stress. *Psychological Reports*, 95, 1135-1153.
- Blinderman, C., Homel, P., Billings, A., Tennstedt, Sh., y Portenoy, R. (2009). Symptom distress and quality of life in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(1), 115-123.
- Boufar, L., y Bastin, E. (1994). La perspective future des personnes âgées en fonction de la perte d'autonomie et du type d'habitation. *International Journal of Psychology*, 29(1), 39-53. doi: 10.1080/00207599408246530
- Castellón, A., y Romero, V. (2004). Auto percepción de la calidad de vida. *Revista Multidisciplinaria de Gerontología*, 14(3), 131-137.
- Checton, M., Greene, K., Magsamen-Conrad, K., y Venetis, M. (2012). Patients' and partners' perspectives of chronic illness and its management. *Families, Systems, & Health*, 30(2), 114-129. doi: 10.1037/a0028598
- Costanzo, E., Lutgendorf, S., Mattes, M., Trehan, S., Robinson, C., Tewfik, F., y Roman, S. (2007). Adjusting to life after treatment: distress and quality of life following treatment for breast cancer. *British Journal of Cancer*, 97(12), 1625-1631. doi 10.1038/sj.bjc.6604091
- De Dios, M.J., Barrón, A., Arias, A., y Braschi, L. (2012). Estrés y enfermedad de Crohn: diferencias entre enfermos de Crohn con brote, sin brote y personas sanas. *Ansiedad y Estrés*, 18(2-3), 167-176.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Godoy-Izquierdo, D., Godoy, J.F., López-Chicherri, I., Martínez, A., Gutiérrez, S., y Vázquez, L. (2008). Autoeficacia para el afrontamiento del estrés en una muestra adulta española. *Ansiedad y Estrés*, 14(1), 13-29.
- Golden-Kreutz, D., Thornton, L., Wells-DiGregorio, S., Frierson, G., Jim, H., Carpenter, K.,... Andersen, B. (2005). Traumatic stress, perceived global stress and life events: Prospectively predicting quality of life in breast cancer patients. *Health Psychology*, 24(3), 288-296. doi: 10.1037/0278-6133.24.3.288
- Hernández, Z.E., Ehrenzweig, Y., y Navarro, A.M. (2009). Factores psicológicos, demográficos y sociales asociados al estrés y a la personalidad resistente en adultos mayores. *Pensamiento Psicológico*, 5(12), 13-28.
- Herrero, J., Gracia, E. y Musitu, G. (1996) *Salud y comunidad. Evaluación de recursos y estresores*. Valencia: Conselleria de Cultura, Educació y Ciencia de la Generalitat Valenciana.
- Juárez, M.V., De la Cruz, J.A., y Baena, A.J. (2017). El estrés y las enfermedades crónicas. *Medicina Familiar Andaluza*, 18(2), 198-203.
- Kenny, D.A., Kashy, D., y Bolger, N. (1998). Data analysis in social psychology. In D. Gilbert, S. Fiske, y G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology* (4th ed., pp. 233-265). New York: McGraw-Hill.
- Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Viinamaki, H., Eikkila, K., Kaprio, J., y Koskenvuo, M. (2000). Self-reported life satisfaction and 20-year mortality in healthy Finnish adults. *American Journal of Epidemiology*, 152(10), 983-991.

- Kreitler, S., Peleg, D., y Ehrenfeld, M. (2007). Stress, self-efficacy and quality of life in cancer patients. *Psycho Oncology*, 16, 329-341.
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- León, J. M., y Medina, S. (2002). *Psicología Social de la Salud*. Sevilla: CS.
- Lostaunau, V., Torrejón, C., y Cassaretto, M. (2017). Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama. *Actualidades en Psicología*, 31(122), 75-90.
- Malfatto, G., y Parati, G. (2013). Relationship of Illness Severity with Health and Life Satisfaction in Patients with Cardiovascular Disease: The Mediating Role of Self-efficacy Beliefs and Illness Perceptions. *Journal of Happiness Studies*, 14, 1585-1599. doi: 10.1007/s10902-012-9397-4
- Moos, R.H. (1982). Coping with acute health crises. En T. Millon, C. Green y R. Meagher (Eds.), *Handbook of clinical health psychology* (pp.129-151). New York: Plenum.
- Okun, M.A., y Stock, W.A. (1987). The construct validity of subjective well-being measures: An assessment via quantitative research syntheses. *Journal of Community Psychology*, 15, 481-492.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014. Una mina de información sobre Salud Pública Mundial*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Orozco-Gómez, A.M., Castiblanco-Orozco, L. (2015). Factores Psicosociales e Intervención Psicológica en Enfermedades Crónicas No Transmisibles. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(1), 203-217. doi: 10.15446/rcp.v24n1.42949
- Preacher, K.J., y Hayes, A.F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40, 879-891.
- Rodríguez, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.
- Sánchez, M.J., García, J.M., Valverde, M., y Pérez, M. (2014) Enfermedad crónica: satisfacción vital y estilos de personalidad adaptativos. *Clínica y Salud*, 25, 85-93.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 9-21. doi: 10.4067/S0717- 95532003000200002
- Victorio, A. (2008). La relación entre la percepción de estrés y satisfacción con la vida de morbilidad. *Psicología Iberoamericana*, 16(1), 52-58.

Recibido: 10 de septiembre de 2018

Recepción modificaciones: 2 de octubre de 2018

Aceptado: 4 de octubre de 2018