

**CALIDAD DE VIDA, ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y APOYO SOCIAL EN  
UN GRUPO DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATODIE EN TRATAMIENTO  
MÉDICO EN UN CENTRO DE REUMATOLOGÍA DE BUCARAMANGA**

CLAUDIA LILIANA GALVIS CARVAJAL, PS.

Universidad Pontificia Bolivariana Bucaramanga

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Especialización en Psicología Clínica

2011

**Calidad de Vida, Estrategias de Afrontamiento y Apoyo Social en un grupo de  
pacientes con Artritis Reumatoide en tratamiento médico en un centro de  
Reumatología de Bucaramanga**

Claudia Liliana Galvis Carvajal, Ps.

Informe de Práctica Especialización en Psicología Clínica

ASESORA: DIANA MARÍA AGUDELO VÉLEZ. PS. PHD.

Universidad Pontificia Bolivariana Bucaramanga

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Especialización en Psicología Clínica

2011

## Tabla de Contenido

Resumen.....	2
Abstract.....	3
Introducción.....	4
Método.....	14
Participantes.....	14
Instrumentos.....	15
Procedimientos.....	16
Resultados.....	18
Discusión.....	31
Referencias.....	40
ANEXOS	

## RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

**TÍTULO:** CALIDAD DE VIDA, ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y APOYO SOCIAL EN UN GRUPO DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATODIE EN TRATAMIENTO MÉDICO EN UN CENTRO DE REUMATOLOGÍA DE BUCARAMANGA.

**AUTOR:** CLAUDIA LILIANA GALVIS CARVAJAL

**FACULTAD:** PSICOLOGÍA

**DIRECTOR:** DIANA MARÍA AGUDELO VÉLEZ

### RESUMEN

La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad crónica, autoinmune, que produce dolor severo, discapacidad y que puede avanzar gradualmente hacia la deformidad, generando vulnerabilidad emocional y limitando el funcionamiento de quien la padece a nivel multidimensional, afectando negativamente su percepción de calidad de vida. Su tratamiento, prevalentemente farmacológico en nuestro contexto colombiano, es paliativo, pues aún no se conoce cura para la AR. Esto hace que su abordaje se parcialice hacia el modelo bio-médico, a pesar de la multiplicidad de estudios que evidencian la necesidad de un abordaje multidisciplinario. Es por esta razón que las intervenciones de este programa, centrado en las variables apoyo social y habilidades de afrontamiento, tenía como objetivo favorecer la percepción de calidad de vida de sus participantes, reconociendo su necesidad de conocer aspectos básicos de la enfermedad que les aqueja, desde intervenciones de tipo no sólo informativo, sino también dirigidas a la modificación de la conducta, buscando favorecer el ajuste de estos pacientes a los cambios y sucesos vitales estresantes que hacen parte de su diagnóstico. Para la evaluación del impacto del programa implementado se trabajó desde un diseño pre-test pos-test, el cual mostró cambios modestos a favor de la calidad de vida de los participantes, particularmente en aspectos relacionados con su salud emocional y mental.

**Palabras Clave:** Artritis Reumatoide, Calidad de Vida, Apoyo Social, Estrategias de Afrontamiento.

## **GENERAL SUMMARY OF WORK OF DEGREE**

**TITLE: QUALITY OF LIFE, COPING STRATEGIES AND SOCIAL SUPPORT IN A GROUP OF PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS RECEIVING MEDICAL TREATMENT AT A RHEUMATOLOGY SITE IN BUCARAMANGA**

**AUTHOR: CLAUDIA LILIANA GALVIS CARVAJAL**

**FACULTY: PSYCHOLOGY**

**DIRECTOR: DIANA MARIA AGUDELO VELEZ**

### **ABSTRACT**

Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic, autoimmune disease that causes severe pain, disability and can gradually move towards deformity. This results in emotional vulnerability and limits its sufferer functioning in a multidimensional way, affecting his/her perception of quality of life. Its treatment, predominantly pharmacologic in our Colombian context, is palliative, because there isn't a known cure for RA. This makes its approach to be limited to the biomedical model, despite the many studies that show the need for a multidisciplinary approach. It is for this reason that interventions of this program were focused on the variables social support and coping skills, aimed to encourage the perception of quality of life of its participants, starting from the recognition of RA patients need for basic knowledge for the understanding of their own illness, using interventions not only of informative type, but also aimed at behavior modification, seeking for an easier adjustment of these patients to the changes and vital stressing events that make part of their diagnosis. In order to evaluate the impact of the implemented program, a pre-test post-test design was used, showing modest changes for the quality of life of participants, particularly in aspects related to their mental and emotional health.

**Keywords:** Rheumatoid arthritis, Quality of Life, Social Support, Coping Strategies.

## Introducción

La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune, crónica, que lleva a la inflamación del tejido sinovial, principalmente, aunque puede llegar a afectar otros órganos (Anaya, 1999). Su causa es desconocida, por lo que su tratamiento farmacológico es de tipo paliativo (Ballina y Rodríguez, 2000). El inicio de la AR se da de forma lenta, produciendo síntomas como dolor articular leve, rigidez matinal y fatiga. A medida que la enfermedad avanza puede darse destrucción articular, produciendo pérdida de movimiento y deformidad de las articulaciones (Anaya, 1999). Esta enfermedad se caracteriza por una progresión incierta y un curso impredecible de exacerbaciones y remisiones, en la que los síntomas pueden variar de día a día e, incluso, de hora a hora (Riemsma et al, 2004).

La AR no tiene cura. Sin embargo, existen diferentes tipos de tratamiento para su control, en el que se incluyen medicamentos (antirreumáticos modificadores de la enfermedad -DMARD, por sus siglas en inglés, antiinflamatorios, antipalúdicos, corticoesteroides y agentes biológicos), así como cirugía y fisioterapia. Para reducir al mínimo los efectos negativos sobre la calidad de vida, incluyendo las discapacidades asociadas a la enfermedad, las enfermedades crónicas requieren de seguimiento, de una atención continua. Sin embargo, para muchos pacientes el dolor, la incapacidad, la deformidad y la reducción en su calidad de vida persisten a pesar del tratamiento (Riemsma et al, 2004), por lo que su abordaje debe considerar otros lineamientos de acción desde los que pueda favorecer aún más al paciente.

La educación al paciente es una parte integral para el manejo de la artritis crónica, como complemento al tratamiento farmacológico estándar (Leung et al, 2009), desde el que se tiene como metas el control de los signos y síntomas de la enfermedad, maximizar la funcionalidad y prevenir la discapacidad. Sin embargo, la AR es una de las primeras causas de discapacidad grave en los países desarrollados, con la consecuente afectación económica y social (Yescas et al, 2008). La OMS (2011) presenta la definición de discapacidad hecha desde la

Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la y de la Salud (CIF), como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad (por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Down y depresión) y factores personales y ambientales (por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado).

El recibir un diagnóstico produce un impacto emocional que trae consigo desorientación, negación, miedo e incertidumbre acerca de la evolución de la enfermedad; al mismo tiempo que se tiene la seguridad de que dicho diagnóstico traerá cambios a la vida de quien lo recibe (Lazarus y Folkman, 1986), con implicaciones también complejas desde lo social, además de lo psicológico (Vinaccia y Orozco, 2005). Por esta razón, la psicoeducación, como conjunto de técnicas que enseñan a los pacientes acerca del pronóstico y estrategias de preparación para manejar las condiciones crónicas (por ej., dolor crónico), han mostrado efectos beneficiosos a corto plazo en el estatus psicológico, tales como reducción de los síntomas depresivos (Riemsma et al, 2002). Riemsma et al (2004) distinguen 3 tipos de educación a pacientes dependiendo de su objetivo: Las que sólo proveen información, las que ofrecen consejería y las que hacen intervenciones comportamentales. La primera de ellas, según se deduce, tiene como objetivo primario el intercambio de información, por medio de la comunicación persuasiva o el uso de folletos informativos, sin intervenir sobre el componente comportamental ni contemplar como objetivo el ofrecer soporte. Sin embargo, este elemento (soporte social) sí se constituye en el objetivo principal de las intervenciones educativas basadas en la consejería, en las que los pacientes tienen la oportunidad de hablar acerca de sus problemas. Finalmente, el tratamiento comportamental se refiere a las intervenciones que incluyen técnicas dirigidas al cambio comportamental, tales como instrucción comportamental, entrenamiento en habilidades y biofeedback (Riemsma et al, 2004). En una revisión sistemática de la base de datos de Cochrane, acerca de la efectividad de la educación a pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide (AR), los análisis separados de los 3 tipos de educación a pacientes anteriormente

mencionados (de información, consejería e intervención comportamental), mostraron mejores resultados en los programas comportamentales.

Se cree que la educación al paciente es una aproximación benéfica para ayudarlo en su afrontamiento de la enfermedad, así como para que éste coopere con su complejo tratamiento, mejorando sus conductas de salud así como status de salud (Riemsma et al, 2004) y autoeficacia (Leung, 2009). Hawley realizó 34 ensayos clínicos de enfermedades reumáticas ente 1985 y 1995, reportando tamaños de efecto promedio para los grupos en tratamiento comparados con grupos control para dolor, capacidad funcional y depresión en pacientes con AR, en la post-intervención, de 0,13, -0,16 y 0,01, respectivamente; los tamaños de efecto post-intervención para dolor, capacidad funcional y depresión en pacientes con osteoartritis (OA) fueron 0,44, ,28 y 0,56, respectivamente. Estos datos muestran una tendencia a una mayor mejoría para los pacientes con OA, comparados con los pacientes de RA (Hawley, 1995, citado por Riemsma 2004). No obstante, a pesar de la positiva influencia del conocimiento acerca de la enfermedad por parte de los pacientes, se ha demostrado que tal conocimiento, incluyendo su causa, tratamiento y naturaleza, es escaso tanto en pacientes como en la comunidad en general (Cadena et al, 2002), de acuerdo con los resultados de un estudio transversal y controlado en el cual participaron 800 individuos escogidos al azar, en la ciudad de Medellín.

La relevancia de un adecuado nivel de conocimiento por parte de los pacientes acerca de su enfermedad radica en que éste es determinante en la forma en que el paciente se comporta con respecto a su condición, incluyendo su cooperación y adherencia a los tratamientos indicados (Cadena et al, 2002; Werner et al, 2006). Esto tiene que ver con la modificación de estilos de vida patógenos, los cuales se han asociado a enfermedades crónicas (Vinaccia y Orozco, 2005). Sin embargo, se ha documentado que, contrario a su deseo y necesidad, los pacientes de AR no reciben toda la información pertinente (Werner et al, 2006). Se encuentra entonces que, a pesar de que la educación para los pacientes con AR se considera parte del tratamiento, no existen políticas claras para su implementación (Cadena et al, 2002). Todo esto a pesar de que, según se hace mención en la literatura acerca de



diferentes programas de educación para pacientes con AR, se han encontrado algunos beneficios a nivel de dolor, incapacidad funcional y, evaluación global del paciente, así como a nivel de su estado de ánimo (Riemsma et al, 2006). Sin embargo, otros autores plantean que incrementar el conocimiento no ha mejorado significativamente la salud o cambiado conductas de salud (Freeman, 2002).

Por su parte, los programas cognitivo-conductuales de educación para la artritis han sido diseñados específicamente para mejorar las estrategias de afrontamiento para el dolor, estrategias de afrontamiento psicológicas, manejo del estrés y promoción de cambio comportamental. Algunos estudios han demostrado mejorías significativas en bienestar psicológico, manejo del dolor y uso de conductas saludables positivas, más esas mejorías no son permanentes (Freeman, 2002). DeVellis y Blalock (citados por Freeman, 2002) sugieren que educar a los individuos durante un curso más temprano de la enfermedad los equiparía con las habilidades necesarias para el afrontamiento de su AR y que esto puede llevar a mejorar su estado de salud con la reducción de la discapacidad.

Otro aspecto que se ve implicado en la condición de cualquier enfermedad crónica es la calidad de vida, la cual abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual (Vinaccia y Orozco, 2005). El bienestar físico tiene que ver con la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas. El bienestar social, se concibe desde las funciones y las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar. El bienestar psicológico se relaciona con el temor, la ansiedad, la depresión, la cognición y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento. Finalmente, el bienestar espiritual abarca el significado de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior (Vinaccia y Orozco, 2005).

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) tiene que ver con la valoración hecha por una persona acerca de su estado físico, emocional y social en un momento dado (Vinaccia y Orozco, 2005), lo que implica una respuesta cognitiva y emocional. La salud y el bienestar de una persona se ven seriamente implicados

frente a la aparición de una enfermedad crónica, la cual puede afectar su desempeño en las diferentes actividades diarias, así como ocasionar una limitación progresiva o permanente de sus posibilidades, lo que tiene impacto sobre su autoconcepto, sentido de la vida y puede llegar a provocar estados depresivos (Gil-Roales, citado por Vinaccia et al, 2007). El aspecto emocional de quien la padece puede también verse bastante deteriorado, a través de un proceso de adaptación en el que se generan emociones negativas como el miedo, la ira y la ansiedad, principalmente, y surgen diferentes estrategias de afrontamiento a través de las cuales se busca mantener el equilibrio emocional (Vinaccia y Orozco, 2005); en medio la discapacidad que puede surgir por procesos incapacitantes como la inflamación, el dolor, la limitación de movimiento articular y la deformación, en el caso de la AR (Vinaccia et al, 2005). También los síntomas depresivos son altamente prevalentes en pacientes con enfermedades de larga evolución, como lo es el caso de la AR, enfermedad crónica en la que pueden llegar a incidir negativamente, deteriorando la condición clínica del paciente (Lozano y Hernández, 2000; citados por Vinaccia et al, 2005). Tal como lo plantea Vinaccia (2005), la forma en la que respondemos a las situaciones adversas por las que atravesamos puede repercutir de forma favorable o adversa para nuestro bienestar físico y mental, lo que muestra la relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida. El concepto de afrontamiento se ha abordado desde el campo de la salud mental y la psicopatología en relación con el estrés, las emociones y la solución de problemas principalmente (Londoño et al, 2006), por lo que las consideraciones con respecto a dicho concepto son hechas de acuerdo a la variable contemplada. En esta medida, si las estrategias de afrontamiento o estrategias de *coping* son abordadas con relación al estrés, se les considera como el repertorio de recursos y esfuerzos, tanto cognitivos como comportamentales, a través de los cuales se busca manejar la respuesta emocional, ya sea reduciéndola o eliminándola, dependiendo de si el afrontamiento se hace de manera activa, pasiva o evitativa; esto sucede también en la reevaluación de la situación estresante (Lazarus & Folkman, 1986). Cuando el uso de dichas estrategias se hace repetitivo o se sobregeneraliza, éste se constituye

en estilos de afrontamiento, o formas en que las personas tienden a enfrentarse a situaciones estresantes (Martín, Jiménez & Fernández-Abascal, 1997, citados por Londoño et al, 2006).

El problema, la emoción o la valoración de la situación son diferentes aspectos hacia los cuales los estilos de afrontamiento pueden dirigirse. En tal caso, si el foco de atención se dirige hacia el problema, los recursos y esfuerzos en este estilo de afrontamiento estarán dirigidos a modificar el origen de la amenaza; mientras que si el foco del estilo de afrontamiento se dirige a la respuesta emocional, será la respuesta emocional generada por la situación la que se busque modular, ya sea reduciéndola o eliminándola. Sin embargo, el estilo de afrontamiento puede también estar orientado hacia la reevaluación del problema, cuando está dirigido a modificar la evaluación inicial de la situación (Londoño, et al, 2006).

Vivir con una enfermedad crónica exige control en muchas áreas. Ese control o manejo del acontecimiento se realiza mediante la emisión de respuestas de afrontamiento muy variadas. Obviamente, no se pueden ejecutar respuestas de afrontamiento que no estén en el repertorio comportamental del individuo, pero estas respuestas pueden ser adquiridas por el paciente a través de intervenciones psicológicas (Ridruejo et al, 1998). En el caso de los pacientes con AR, el proceso de asimilación psicológica de su condición clínica, del que hace parte el duelo anticipado por la amenaza de las pérdidas futuras en relación con su enfermedad (Rincón y González, 1998, citados por Yescas, et al 2006) requiere de esta población la implementación de estrategias de afrontamiento a través de las cuales pueda adaptarse a los nuevos y diversos requerimientos de su enfermedad. Para un manejo adecuado de los múltiples agentes estresores presentes en la vida diaria, es relevante conocer cuáles son los recursos de los que se dispone, es decir, cuáles son las estrategias o estilos de afrontamiento con que los cuales se hace frente a los diferentes eventos, identificando lo funcionales y adaptativos que estos son, así como reevaluando su efectividad para desarrollar e implementar otros que le permitan un mejor ajuste en caso de ser necesario.

Por otro lado, cuando el dolor por la enfermedad se hace crónico, pueden aparecer otros problemas, entre los que se encuentra la depresión, miedo por la discapacidad futura, frustración, rabia, decremento en las actividades y placer, aislamiento, ruptura de relaciones íntimas, sensación de impotencia y adicción a la medicación (Philips, 1988, citado por Grant, 1995). El establecimiento reciente de clínicas de dolor y centros de rehabilitación ha permitido el avance en el tratamiento del dolor crónico (Cory, Linssen & Spinhoven, 1992, citados por Grant, 1995), en el que se ha reconocido que los factores psicosociales tienen una influencia fuerte en la percepción y mantenimiento del dolor y puede llegar a convertirse en el problema principal. La percepción del dolor está influenciada por factores biológicos, psicológicos y sociales que se combinan e interactúan en formas únicas en un individuo dado. En consecuencia, las clínicas del dolor aprovechan no sólo la experiencia de disciplinas médicas tradicionales sino también de aquellas con experiencia en las influencias psicosociales sobre el comportamiento humano. En este sentido, la Terapia Cognitivo-Conductual provee un marco integrativo para desarrollar una aproximación individualizada a este fenómeno (Grant, 1995).

Los aspectos psicosociales en la salud de un individuo son de clara relevancia, razón por la cual se han venido adelantando cada vez más estudios que ayuden a comprender y explicar la forma en que diferentes variables psicológicas, así como otros factores ambientales, pueden llegar a incidir en la adaptación de pacientes de diferentes enfermedades crónicas, entre ellas la Artritis Reumatoide: a los requerimientos físicos y psicológicos de su condición clínica, condición que no sólo llega a afectar al paciente como individuo, sino también a su familia, como institución en la que repercuten, inevitablemente, los acontecimientos tanto positivos como negativos que tocan a cualquiera de sus miembros (Cadena et al, 2002).

La convivencia familiar puede verse afectada debido a los diferentes elementos estresores que hacen parte de la realidad de un paciente con AR, quien está sometido a las repentinas exacerbaciones y remisiones de su enfermedad, con períodos de dolor severo, tratamiento médico constante, discapacidad y, con la evolución de la enfermedad, de la pérdida progresiva de su capacidad funcional, tras

la cual necesitará ayuda física, además el cariño y afecto de su familia. La percepción de este apoyo favorece psicológicamente a quien lo recibe, actuando como factor protector ante sus circunstancias estresantes de salud (Cadena et al, 2002). En un estudio llevado a cabo por Cadena et al (2002), se concluye que la familia actúa con efecto amortiguador en el impacto de la enfermedad en la calidad de vida del paciente con AR, quien aun contando con un buen entorno familiar se ve frecuentemente afectado por la depresión. Sin embargo, el apoyo social se ha relacionado de forma positiva con la salud mental (López y Sánchez, 2001).

El apoyo social se define como los aportes instrumentales y/o expresivos, percibidos o reales, que un individuo recibe de su comunidad, redes sociales o amigos íntimos (Lin, Dean y Ensel, citados por López y Sánchez, 2001). Esta percepción de ser amado o estimado promueve la salud (Cobb, citado por López y Chacón, 1992). No obstante, el ambiente social puede, en sí mismo, ser fuente de elementos estresores, así como protectores ante este fenómeno (López y Chacón, 1992).

El dolor crónico, como evento vital estresante, así como los trastornos del ánimo, afectan la calidad de vida de las personas, incluyendo la realización de diferentes actividades cotidianas que llegan también a afectar sus relaciones sociales y familiares (Moioli y Merayo, 2005), desde la experiencia sensorial y emocional desagradable (Carrillo et al, 2003). El dolor a su vez puede producir tensión y ansiedad, produciendo incremento en la experiencia dolorosa (Moix y Casado, 2011), actuando desde mecanismos intrínsecos y extrínsecos propios de la regulación emocional.

La autorregulación es definida, desde diferentes abordajes teóricos, como la capacidad de modificación conductual en función de las particulares demandas situacionales en los individuos, con implicaciones en su funcionamiento social (Block y Block, 1980; Kopp, 1982; Rothbart, 1989; citados por Ato Lozano, González Salinas, & Carranza Carnicero, 2004). Su desarrollo ha sido caracterizado como la transición de una regulación externa a una interna, en un proceso activo en que el organismo da muestra de una propensión innata a convertirse en autónomo con

respecto a los diferentes ambientes (Grolnick, Kurowski & McMenamy, 1999; citados por Ato Lozano, González Salinas, & Carranza Carnicero, 2004).

En este proceso de desarrollo de la autorregulación emocional se han identificado diferencias individuales tanto en los diferentes umbrales que suscitan sus respuestas como en las intensidades de sus expresiones, lo que apoya la hipótesis de que las características temperamentales de los individuos median las variaciones en la autorregulación emocional. En cuanto a la funcionalidad de las emociones y su autorregulación, puede decirse que estas tienen implicaciones importantes a largo plazo en el ajuste social a los diferentes contextos desde las etapas más tempranas de la vida (Ato Lozano, González Salinas, & Carranza Carnicero, 2004). Las emociones, así como distintas estrategias de regulación emocional, han sido relacionadas con los distintos estilos de apego (Garrido, 2006).

Las estrategias de regulación emocional utilizadas tanto para la expresión como para la regulación de las emociones actúan de acuerdo al estilo de apego (Kobak y Sceery, 1998; Lecannelier, 2002a; Valdés, 2003; citados por Garrido, 2006). Thompson (1994, citado por Garrido, 2006) define la regulación emocional como el “proceso de iniciar, mantener, modular o cambiar la ocurrencia, intensidad o duración de los estados afectivos internos y los procesos fisiológicos, a menudo con el objetivo de alcanzar una meta”. Diversas investigaciones relacionan la presencia de distintas emociones en cada estilo y los efectos en la salud física (Garrido, 2006), lo que ha sido comprobado por diversos autores, enfatizando que ciertas emociones son dañinas para la salud física (Barra, 2003a, 2003b; Cacioppo, 2003; Crossley & Morgado, 2004; Fredrickson, 2001; Mendoza & Mendoza, 2011; Nieto-Munuera, Abad, Albert & Arreal, 2003; Ryff & Singer, 2003; Salovey y Rothman, Detweiler & Steward, 2000; Suinn, 2001; Valdés & De Flores, 1990; citados por Garrido, 2006), destacándose la rabia, ira, ansiedad, hostilidad y estrés; emociones que pueden afectar la probabilidad, inicio y progresión de enfermedades diversas, como afecciones cardiacas, cáncer, artritis, SIDA, hipertensión arterial, entre otras. Ryff & Singer (2003, citados por Garrido, 2006) enfatizan que las emociones positivas pueden actuar como protectoras y promover una salud positiva. De modo que, los

mecanismos de regulación emocional tienen una influencia significativa sobre el bienestar subjetivo y la salud física (Gross & John, 2003; citados por Márquez, Fernández, Montorio & Lozada, 2008).

El proceso emocional tiene diferentes formas de regulación: a) Estrategias de aparición temprana (focalizadas en los antecedentes), b) Estrategias de aparición más tardías (focalizadas en la respuesta) (Silva, 2005). Sin embargo, las estrategias de regulación emocional no son sólo de tipo adaptativo, sino que pueden llegar a tornarse disfuncionales, como pueden serlo las conductas de consumo de alcohol o de otras sustancias, o el uso de conductas auto-lesivas (MacNally, Palfai, Levine, y Moore, 2003; Gratz, 2003; citados por Hervás & Vázquez, 2006). Por esto es importante comprender los procesos de regulación emocional, sus estrategias; dando una mirada analítica a lo adaptativos o desadaptativos que estos pueden resultar, así como la posibilidad de generar estrategias nuevas desde las que se modulen adecuadamente las emociones, tanto positivas como negativas, para una mejoría en la sensación de bienestar tanto psicológico como físico.

Es justamente el incremento en ese bienestar el que justifica la realización de este programa. Favorecer y generar calidad de vida en los pacientes con AR es no sólo un reto, sino también un compromiso de todo el equipo de profesionales de la salud, quienes han tomado conciencia de la necesidad de una intervención integral para un tratamiento más efectivo. Esto teniendo en cuenta que, además del dolor experimentado, la afectación física y funcional de esta enfermedad degenerativa pueden llegar a limitar ampliamente la realización de actividades cotidianas por parte del paciente, quien a partir del estrés que su condición le produce, se hace vulnerable emocionalmente, requiriendo de la implementación de estrategias de afrontamiento que le permitan adaptarse a los cambios producto de la Artritis Reumatoide. De este modo, el objetivo general de este programa fue evaluar las variables apoyo social, estrategias de afrontamiento y calidad de vida en una muestra de 6 pacientes entre los 20 y 40 años de edad, diagnosticados con Artritis Reumatoide, para el desarrollo de un programa de intervención psicológica que les ayudara a mejorar su percepción de calidad de vida.

## *Método*

### *Participantes*

Para la intervención propuesta se eligió un grupo de 12 pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide (AR), contactados a través de la base de datos de un Centro de Reumatología de la ciudad de Bucaramanga, que cumplieran con los criterios de inclusión propuestos: Tener entre 20 y 40 años de edad, estar en tratamiento farmacológico y no tener otras comorbilidades. Sin embargo, sólo 6 de ellos asistieron a las sesiones programadas.

Este estudio se realizó en el marco de la práctica de la Especialización en Psicología Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana Bucaramanga, contando con la aprobación de la Coordinación de la Especialización. Los participantes contactados fueron informados acerca del propósito y naturaleza de la intervención, así como de sus procedimientos y derecho a retirarse en cualquier momento. Igualmente, los participantes fueron informados acerca del derecho a la confidencialidad de su identidad personal y datos demográficos, aclarando que sus datos serían analizados y socializados ante otros profesionales de psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana Bucaramanga, y podrían dar lugar a comunicaciones científicas preservando siempre la identidad de los participantes. Los pacientes que decidieron participar firmaron formato de Consentimiento Informado, previo a cualquier procedimiento (Ver Anexo 1).



## *Instrumentos*

Las pruebas psicológicas pertinentes para la evaluación de las variables apoyo social, estrategias de afrontamiento y calidad de vida fueron: DUKE-INK, Escala de Estrategias de Coping – Modificada EEC-M y SF36V2, respectivamente.

### *Duke-Unk*

El DUKE-INK es un cuestionario que evalúa el apoyo percibido. Consta de 11 items, con escala de respuesta tipo Likert del 1 al 5, con una puntuación que va de 11 a 55 puntos. La puntuación es directamente proporcional a la percepción de apoyo: A menor puntuación, menor apoyo. En este cuestionario se evalúan dos tipos de apoyo: El apoyo Social de Confianza (posibilidad de contar con personas para comunicarse), calificado como bajo si su puntuación es  $\leq 15$  puntos; y el Apoyo Social Afectivo (demostraciones de amor, cariño y empatía), el cual es considerado bajo si la puntuación es  $\leq 18$  puntos.. La sumatoria de estos dos resulta en el Apoyo Social Global, el cual se considera alto si tiene una puntuación mayor a 32 puntos. (Consistencia interna obtuvo un valor alfa =.90 para el total de la escala y de 0.88 y 0.79 para las escalas apoyo confidencial y apoyo afectiva, respectivamente).

### *Escala de Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M).*

Esta escala cuenta con 69 items, con respuestas tipo Likert, en un rango de frecuencia de 1 a 6 desde “Nunca” hasta “Siempre”. La EEC-M fue adaptada a una población adulta colombiana y está conformada por 12 componentes o factores que representan la manera en que dicha población emplea sus estrategias de afrontamiento como respuesta emocional o cognitiva para la reducción o eliminación del estrés. Los factores identificados a través de esta escala son : Solución de Problemas (Factor 1), Apoyo social (Factor 2), Espera (Factor 3), Religión (Factor 4), Evitación Emocional (Factor 5), Apoyo Profesional (Factor 6), Reacción Agresiva (Factor 7), Evitación Cognitiva (Factor 8), Reevaluación Positiva (Factor 9), Expresión de la dificultad de afrontamiento (Factor 10), Negación (Factor 11) y

Autonomía (Factor 12). El valor Alfa de Cronbach de esta escala es de 0.847 y la varianza total explicada es igual a 58%.

### *SF36V2*

Este cuestionario de salud de 36 preguntas mide la salud funcional y el bienestar desde el punto de vista del paciente, proporcionando una medida de su salud física y mental. Este instrumento puntúa 8 subescalas o dominios diferentes (Función Física -PF-, Rol Físico -RP-, Dolor Corporal -BP-, Salud General -GH-, Vitalidad -VT-, Funcionamiento Social -SF-, Rol Emocional -RE-, Salud Mental -MH-), cada una de las cuales contribuye a la puntuación de los Componentes Físico y Mental. Las puntuaciones están calibradas de tal forma que el puntaje promedio o la norma se ha establecido en 50, con una desviación estándar de 10, tanto para los componentes físico y mental, así como para cada uno de los dominios. Las escalas PF, RP Y BP correlacionan más alto con el componente físico y contribuyen en gran parte al puntaje de la Medida Resumen del Componente Físico (PCS); mientras que el componente mental está más ampliamente correlacionado con las escalas MH, RE y SF, siendo estas las que más contribuyen a la puntuación de la medida Resumen del Componente Mental (MCS). Tres de las escalas (VT, GH y SF) tiene una correlación considerable con ambos componentes.

### *Procedimiento*

*Fase de Valoración Inicial o Diagnóstico.* Una vez seleccionados los pacientes que cumplían con los requisitos para participar, y habiendo obtenido el consentimiento informado de aquellos sujetos interesados en participar, se realizó entrevista clínica como instrumento esencial dentro de la adquisición de información para obtener la valoración inicial, después de lo que se realizó una sesión grupal para la aplicación de las pruebas psicológicas pertinentes para la evaluación de las variables apoyo social, estrategias de afrontamiento y calidad de vida. Posterior a este primer momento de evaluación, y a partir del análisis de los resultados de los instrumentos aplicados a la muestra, se dio inicio al proceso de intervención grupal,

el cual incluyó 6 sesiones, y fue estructurado de acuerdo con las necesidades identificadas en el proceso de diagnóstico.

*Fase de Intervención.* A partir de las necesidades psicológicas identificadas, en relación con las variables ya señaladas (apoyo social, estrategias de afrontamiento y calidad de vida), del análisis de los resultados obtenidos a partir de la entrevista clínica y las pruebas psicológicas aplicadas, se realizaron 6 sesiones grupales y no 5 como se había planeado inicialmente, teniendo en cuenta la baja asistencia a las dos primeras intervenciones. La duración aproximada de cada una fue de dos horas por sesión, en las que se trabajaron las siguientes temáticas:

Sesión 1. Aspectos básicos acerca de la AR.

Sesión 2. Regulación emocional.

Sesión 3. Aspectos básicos acerca de la Artritis Reumatoide (AR) y Regulación Emocional.

Sesión 4. Estrategias de Afrontamiento.

Sesión 5. Apoyo Social.

Sesión 6. Solución de Problemas. (Ver anexo 2).

El programa tenía como objetivo mejorar la percepción de calidad de vida de los sujetos intervenidos. A pesar de que 12 pacientes expresaron su interés de participar en el programa y firmaron consentimiento informado, sólo 6 asistieron a las diferentes sesiones programadas.

*Evaluación del proceso.* En esta fase, la cual tuvo lugar dos semanas después de finalizado el proceso de intervención, se aplicaron de nuevo las pruebas utilizadas en la valoración inicial de los sujetos, para establecer si existían variaciones al final del proceso de intervención realizado.

## Resultados

La muestra estuvo conformada por 6 participantes: 4 mujeres (66.66%) y 2 hombres (33.33%), residentes en la ciudad de Bucaramanga, Santander, y su área metropolitana. La edad promedio fue de 31.66 años (Mínimo=28, Máximo= 40, DS=4.898). Todos los participantes tenían diagnóstico de Artritis Reumatoide, de acuerdo a los criterios del Colegio Americano de Reumatología, con una edad promedio de diagnóstico de la enfermedad de 25.666 años (Mínimo=20, Máximo=39, DS=7.339) y un tiempo promedio de diagnóstico de 5.943 años (Mínimo=0.83, Máximo=14, DS=5.087). Los estadísticos descriptivos de las variables demográficas de la muestra se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1

*Estadísticos descriptivos de las variables demográficas de la muestra.*

	Mínimo	Máximo	Media	SD
Edad (Años)	28	40	31,666	4,633
Edad Dx	20	39	25,666	7,339
Años Dx	0,83	14	5,943	5,087

El 100% de los participantes tenía una relación estable: 3 casados (2 hombres y una mujer) y 3 en unión libre (3 mujeres); 5 de ellos tenían hijos. El 66.67% (4) de los participantes tuvo un nivel educativo bachiller, uno de ellos tenía un título de tecnólogo (16.67%) y sólo uno de ellos estaba en nivel profesional (16.77%). En cuanto a la ocupación, 3 de los participantes (50%) son trabajadores independientes (2 de ellos en ventas informales), dos son empleados (33.33%) y uno de ellos es ama de casa (16.67%). La asistencia promedio fue del 63.88% (Mínimo=33.33%, Máximo=100%, SD=24.532%).

En el balance del trabajo realizado se encuentra como positivo el interés y participación permanente de los sujetos a lo largo de la sesiones. Sin embargo, dada la baja asistencia a las dos primeras sesiones, se planteó la necesidad de retomar las temáticas trabajadas en las dos sesiones ya desarrolladas, considerando

su pertinencia dentro del trabajo de intervención grupal propuesto para el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes con AR. Esto implicó el ampliar el número de sesiones grupales a trabajarse desde el programa, pasando de las 5 inicialmente programadas a 6. Adicionalmente, se revisó la posibilidad de un cambio horario para el desarrollo del programa, acordándose con los sujetos el pasar del día viernes al día sábado, esperando facilitar la asistencia de todos los sujetos que inicialmente manifestaron su interés en el programa. Esto significó el tener que cambiar también el sitio para la realización de las sesiones, por razones logísticas relacionadas con la modificación del día, teniendo en cuenta que el sitio de práctica inicial sólo estaba disponible de lunes a viernes.

Tras el inicio de las sesiones se encontró que el nivel de conocimiento básico de los participantes de AR acerca de su enfermedad (aspectos médicos y psicológicos) era bajo antes de las intervenciones, aumentando después de la sesión de educación dirigida, específicamente, a la mejoría en este aspecto. Estos datos se presentan en dos tablas separadas (Tabla 2 y Tabla 3), teniendo en cuenta el tiempo destinado a proporcionar esta información a los participantes, por un lado; así como también el profesional a cargo de esta tarea (Reumatólogo o Psicóloga). Estas sesiones fueron implementadas para ser ofrecidas a los sujetos que asistían por primera vez a este programa.

En la tercera sesión dos nuevas participantes se vincularon al programa: 007-MMM, quien había ya firmado consentimiento informado pero no había podido asistir anteriormente debido a su horario de trabajo; y 011-ALH, quien a pesar de haber manifestado su interés por hacer parte de este grupo no había podido hacerlo antes, pues en la semana en que se dio inicio a las sesiones había sido intervenida quirúrgicamente en una de sus rodillas y se encontraba en el proceso de recuperación. En esta sesión se ofrecieron a estas dos participantes diversos elementos educativos que habían sido ya presentados en las sesiones 1 y 2, los cuales tuvieron que ser sintetizados para ser abordados en esta única sesión.

Tabla 2

*Evaluación pre –test / pos-test del nivel de conocimiento sobre la AR Sesión 1*

SUJETO	PRE	POS	%
002-AMV	5	9	80
004-G-J	4	9	125
010-AEH	5	7	40

Los resultados de la Tabla 2 corresponden a la sesión 1, en la que la educación fue dirigida exclusivamente a los temas ya señalados (aspectos médicos y psicológicos de la AR) y estuvo a cargo del Reumatólogo tratante de los participantes, así como de la Psicóloga responsable del programa.

Tabla 3

*Evaluación pre-test / pos-test del nivel de conocimiento sobre la AR Sesión 3*

SUJETO	PRE	POS	%
007-MMM	4	7	75
011-ALH	5	7	40

En la tabla 3 se encuentran los resultados de la sesión 3, dirigida únicamente por la Psicóloga a cargo del programa. El tiempo de educación relacionado con los aspectos ya mencionados fue realizada en menor tiempo, dado que en esta tercera sesión se integró el contenido de las sesiones 1 y 2, con el fin de educar sobre estos aspectos a las nuevas integrantes del programa, quienes asistieron a partir de la tercera sesión. Sólo uno de los sujetos no participó de ninguna de las dos sesiones trabajadas específicamente para el abordaje de los temas psicoeducativos en mención, dado que su ingreso fue posterior a su realización. A continuación, en la Tabla 4, se presentan sus resultados.

Tabla 4

*Evaluación pre-test / pos-test del nivel de conocimiento sobre la AR sin sesión psicoeducativa*

	PRE	POS	%
012-AG	6	7	16,67

La asistencia de a las sesiones del programa fue, inicialmente, muy baja, teniendo en cuenta el número de sujetos que habían manifestado su interés por el programa y firmado consentimiento informado. Sin embargo, los porcentajes de asistencia fueron calculados, al final del programa, teniendo en cuenta únicamente el número de sujetos que llegaron a participar de al menos una sesión. Esta información se relaciona en la Tabla 5, en la que también se relacionan los porcentajes de asistencia por sujeto.

Tabla 5

*% Asistencia Individual y Grupal a las sesiones del Programa*

Sujeto	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	% Individual
002-AMV	x	X	x	x	x	x	100
004-GJ	x		x	x		x	66,67
007-MMM			x	x	x	x	66,67
010-AEH	x	X		x	x	x	83,33
011-ALH			x			x	33,33
012-AG				x	x	x	50
% Grupal	50,00	33,33	66,67	83,33	66,67	100	Media=66,67

La percepción de apoyo social en la línea base, según los datos registrados en la Tabla 6, refiere una baja percepción de este recurso por parte de los participantes, desde la posibilidad de comunicación empática desde su contexto familiar y social, en general, en la que sólo dos de los pacientes obtuvieron una puntuación superior al punto de corte. La percepción del afecto y expresiones de cariño y amor (apoyo

afectivo) es incluso inferior a la de apoyo confidencial. En la tabla de resultados individuales se observa que el 66,66% (4) de los pacientes puntúa muy por debajo del punto de corte a este nivel: Los resultados de la evaluación pos-test muestran un empeoramiento en la percepción de apoyo confidencial, en la que el punto de corte es en dos de los participantes: 011-ALH, quien se encontraba en el punto de corte y pasó a puntuar por debajo de dicha medida; su percepción de apoyo afectivo continúa siendo baja. La percepción de apoyo confidencial de 004-GJ también empeoró, pues había obtenido una alta puntuación en la medición pre-test y pasa a una baja en la evaluación pos-test; contrario a lo que sucedió con su percepción de apoyo afectivo, la cual mejoró notoriamente, pasando de baja a alta. Sin embargo, se encuentra una mejoría significativa en uno de los participantes (002-AMV), quien pasó de una percepción de bajo apoyo confidencial a una muy por encima del promedio, aunque mantiene una baja puntuación en su percepción de apoyo afectivo. 007-MMM, quien obtuvo 18 puntos en la evaluación pre-test (punto de corte), mejoró en su percepción de apoyo, tanto confidencial como afectivo; mientras que 011-AEH y 012-AG mantuvieron una percepción positiva de apoyo confidencial, así como afectivo.

Tabla 6

*Resultados Individuales Pre-test / Pos-test en la variable apoyo social*

Sujeto*	Apoyo Confidencial		Apoyo Afectivo	
	Puntuación Pre-Test	Puntuación Pos-Test	Puntuación Pre-Test	Puntuación Pos-Test
002-AMV	6	17	17	16
004-GJ	22	16	10	27
007-MMM	18	28	13	19
010-AEH	28	28	23	24
011-ALH	18	15	15	14
012-AGG	26	22	24	23

*\*Con la intención de guardar la confidencialidad de los participantes, su identificación fue codificada utilizando el número de orden en que firmaron consentimiento informado, así como sus iniciales.*



A nivel de resultados grupales (Tabla 7), se observa una mejoría significativa en el valor de la media pos test del apoyo afectivo percibido dentro del grupo, la cual aumentó en 3.5 puntos, ubicando esta medida, que en la valoración pre-test se mostraba baja, por encima del punto de corte. Igualmente, se observa un puntaje ligeramente superior en la media pos-test del Apoyo Confidencial. Estos puntajes indican un incremento en la percepción de disponibilidad de afecto entre los sujetos.

Tabla 7

*Resultados grupales pre-test / pos-test de la variable apoyo social*

Prueba	Sub-escala	Media Pre	SD Pre	Media Pos	SD Pos
DUKE- UNK	Apoyo Afectivo	17	5,55	20,5	5,01
	Apoyo Confidencial	19,67	7,84	21	5,93

Por su parte, las estrategias de afrontamiento muestran cambios significativos en la valoración grupal pos-test, con respecto a la inicial, tanto en la distribución de los puntajes (alto, medio y bajo), así como en sus medias y desviaciones estándar, según se puede observar en las tablas 8 y 9. Así, al final de la fase de intervención se ve el aumento en la frecuencia de estrategias como: Solución de Problemas, Búsqueda de Apoyo Social, Religión, Evitación Emocional, Reevaluación Positiva y Autonomía, mostrando un cambio positivo en cuanto a la prevalencia en el aumento de estrategias adaptativas desde las que el comportamiento de los participantes se orienta hacia la búsqueda de soluciones, desde la receptividad de otros recursos disponibles como el apoyo social, sin que esto implique la pérdida de autonomía, a través de un proceso de afrontamiento que contempla los aspectos positivos de los eventos estresantes como parte de la experiencia de aprendizaje.

Tabla 8

*Resultados grupales pre-test / pos-test de la variable estrategias de afrontamiento*

Prueba	Sub- escala	Media Pre	SD Pre	Media Pos	SD Pos
EEC-M	1. SP	61,67	29,10	70,67	20,31
	2. BAS	38,33	27,69	58,33	31,25
	3. ESP	63,83	30,76	62,50	25,64
	4. REL	64,50	23,57	81,67	23,57
	5. EE	72,17	25,02	56,67	25,03
	6. BAP	54,33	23,47	65,00	15,81
	7. RA	57,50	26,41	46,67	25,43
	8. EC	48,33	38,69	65,00	23,87
	9. RP	45,67	43,36	50,00	31,46
	10. EDA	44,17	18,28	24,17	5,85
	11. NEG	32,50	22,80	45,83	21,78
	12. AUT	20,83	15,30	43,17	35,70

*\*Solución de Problemas (SP), Apoyo social (BAS), Espera (ESP), Religión (REL), Evitación Emocional (EE), Apoyo Profesional (BAP), Reacción Agresiva (RA), Evitación Cognitiva (EC), Reevaluación Positiva (RP), Expresión de la dificultad de afrontamiento (EDA), Negación (NEG) y Autonomía (AUT).*

Tabla 9

*% Estrategias de afrontamiento pre-test y pos-test, N= 6*

FACTOR	Pre-test					Pos-test				
	Alto	Medio	Bajo	Media	SD	Alto	Medio	Bajo	Media	SD
1. SP	50	33,33	16,67	61,67	29,10	50	50	0	70,67	20,31
2. BAS	0	66,67	33,33	38,33	27,69	50	33,33	16,67	58,33	31,25
3. ESP	50	50	0,00	63,83	30,76	50	50	0	62,5	25,64
4. REL	50	33,33	16,67	64,50	23,57	66,67	33,33	0	81,67	23,57
5. EE	50	50	0	72	25,02	50	33,33	16,67	56,67	25,03
6. BAP	16,67	83,33	0	54	23,47	33,33	66,67	0	65	15,81
7. RA	33,33	33,33	33,33	57,50	26,41	16,67	66,67	16,67	46,67	25,43
8. EC	66,67	0	33,33	48,33	38,69	66,67	33,33		65	23,87
9. RP	50	16,67	33,33	45,67	43,36	33,33	33,33	33,33	50	31,46
10. EDA	0	83,33	16,67	44,17	18,28	0	33,33	66,67	24,17	5,85
11. NEG	0	50,00	50	33	22,80	16,67	33,33	50	45,83	21,78
12. AUT	16,67	33,33	50	21	15,30	16,67	33,33	50	43,17	35,70

Los resultados individuales a nivel de estrategias de afrontamiento se presentan en la Tabla 10.

Tabla 10

*Resultados Individuales pre-test / pos-test Estrategias de Afrontamiento*

Factor	002-AMV		004-GJ		007-MMM		010-AEH		011-ALH		011-AG	
	Pre	Pos	Pre	Pos	Pre	Pos	Pre	Pos	Pre	Pos	Pre	Pos
1. SP	10	40	85	65	80	99	85	80	60	60	50	80
2. BAS	5	55	70	75	65	90	50	85	10	35	30	10
3. ESP	95	80	80	75	35	95	45	25	98	55	30	45
4. REL	75	70	80	70	70	85	70	80	17	90	75	95
5. EE	98	75	80	45	65	50	30	15	95	80	65	75
6. BAP	35	55	96	85	60	55	35	70	40	80	60	45
7. RA	80	75	25	30	65	65	25	10	85	65	65	35
8. EC	5	75	15	35	85	75	20	35	85	90	80	80
9. RP	2	35	99	60	90	90	3	20	60	80	20	15
10. EDA	65	25	50	20	30	30	25	15	65	30	30	25
11. NEG	15	50	70	60	35	80	35	25	25	25	15	35
12. AUT	45	45	30	20	20	99	5	5	20	20	5	70

La tabla anterior (10) muestra algunos cambios positivos en cuanto al tipo de estrategias implementadas por los participantes, resultados que pueden ser comprendidos teniendo en cuenta que las puntuaciones  $\leq 25$  son consideradas como bajas, mientras que las  $\geq 75$  son puntuaciones que indican una alta frecuencia en el uso de la estrategia. Dentro de las estrategias que se esperaba aumento en la frecuencia se encuentran la Solución de Problemas (SP), la Búsqueda de Apoyo Social (BAS), la Búsqueda de Apoyo Profesional (BAP), la Reevaluación Positiva (RP) y la Autonomía (AUT), las cuales se consideran adaptativas, al focalizarse en el problema de forma activa. Mientras que se esperaba la reducción en la frecuencia de estrategias como Espera (ESP), Religión (REL), Evitación Emocional (EE), Reacción Agresiva (RA), Evitación Cognitiva (EC), Expresión de la Dificultad de Afrontamiento (EDA) y Negación (NEG), las cuales, en contraparte, se consideran poco adecuadas y pasivas.

Así, por ejemplo, 002-AMV aumentó la frecuencia de algunas estrategias activas: Solución de Problemas (SP), en la que pasó de una frecuencia baja a una promedio, al igual que la Búsqueda de Apoyo Social (BAS) y la Reevaluación Positiva (RP); Búsqueda de Apoyo Profesional (BAP), en la que aumentó la puntuación aunque manteniéndose dentro del rango normal. Mientras que otras estrategias no tan adecuadas disminuyeron: Espera (ESP), se mantuvo como alta, pero se ve un decremento en el puntaje; Religión (REL), pasó de alta a enmarcarse en el rango normal; Evitación Emocional (EE), que a pesar de mantenerse dentro de un rango alto de frecuencia, disminuyó notablemente en su puntuación, ubicándola en el límite superior normal. Así como la Expresión de Dificultad de Afrontamiento (EDA), la cual pasó de una puntuación alta a una baja.

Por otro lado, desde la revisión enfocada en las estrategias que se espera obtuvieran puntuaciones más altas, se observa que aumentó la frecuencia de uso de la Solución de Problemas en 4 de los sujetos (002-AMV, 007-MMM, 010-AEH y 012-AG), quedando uno de ellos en el rango normal (002-AMV), mientras que los otros 3 obtuvieron puntuaciones por encima de él. La Búsqueda de Apoyo Social también aumentó, pasando de una puntuación baja a una normal en dos sujetos (002-AMV y 011-ALH) y de una normal a alta en 3 sujetos (004-GJ, 007-MMM y 010-AEH). La Búsqueda de Apoyo Profesional aumentó en 3 de los 6 sujetos: 002-AMV, en quien aumentó, aunque se mantuvo dentro del rango normal, al igual que en 010-AEH; mientras que en 011-ALH salió del rango normal para convertirse en una puntuación alta. La Reevaluación Positiva dejó de ser baja para ubicarse dentro de la distribución normal en uno de los sujetos (002-AMV), mientras que aumentó en otro de los participantes, aunque se mantuvo por debajo del rango (010-AEH) y mostró una puntuación alta en 011-ALH, quien había obtenido una puntuación normal en la evaluación pre-test. La estrategia Autonomía aumentó sólo en dos de los sujetos, aunque de forma significativa (007-MMM y 001-AG).

En cuanto a aquellas que se esperaba que disminuyeran, se encontraron resultados en esta dirección en la Espera, en los siguientes sujetos: 002-AMV, 004-GJ, 010-

AEH y 011-ALH. Contrario a las expectativas, esta misma estrategia aumentó en 007-MMM y 012-AG. El acogerse a la Religión se dio con más frecuencia en varios de los sujetos: 007-MMM, 010-AEH, 011-ALH y 012-AG. Disminuyendo en 002-AMV y 004-AG. La Evitación Emocional disminuyó en casi todos los participantes del programa: 002-AMV, 004-GJ, 007-MMM, 010-AEH y 011-ALH; mientras que aumentó en 012-AG.

La Reacción Agresiva disminuyó en 4 sujetos: 002-AMV, 010-AEH, 011-ALH y 012-AG. Mientras que la Evitación Cognitiva incrementó dentro del grupo (002-AMV, 004-GJ, 010-AEH y 011-ALH), disminuyendo sólo en 007-MMM y manteniéndose alta en 012-AG. La expresión de dificultad de afrontamiento disminuyó en todos los sujetos, excepto en 007-MMM, en quien esta estrategia mantuvo una puntuación dentro del rango normal. Finalmente, la negación sólo disminuyó en 2 de los sujetos: 004-GJ y 010-AEH; aumentando en 002-AMV, 007-MMM y 012-AG.

Pasando a la revisión de resultados en calidad de vida, como variable hacia cuya mejoría apuntaba este programa, no se encontraron cambios significativos a nivel grupal en el componente de salud física (Media Pre-test=36,65, SD=1,57 / Media Pos-test=34,71, SD=3,79), incluyendo las subescalas Funcionamiento Físico (PF), Reevaluación Positiva (RP), Dolor Corporal (BP) y Salud General (GH), manteniéndose por debajo del punto de corte. Sin embargo, aunque el puntaje del componente salud mental como medida general se mantiene también por debajo del promedio, sí se observó una mejoría a este nivel, particularmente en las sub-escalas SF (Media Pre-test=50, SD=13,69 / Media Pos-test=64,58, SD=30,02), RE (Media Pre-test=56,94, SD=19,30 / Media Pos-test=69,44, SD=13,61) y MH (Media Pre-test=54,17, SD=12,81 / Media Pos-test=67,50, SD=12,55). Estos resultados se registran en la Tabla 11.

Tabla 11

*Resultados grupales pre-test / pos-test de la variable calidad de vida*

Prueba	Sub- escala	Media Pre	SD Pre	Media Pos	SD Pos
SF36V2	PCS	36,65	1,57	34,71	3,79
	MCS	41,24	8,11	48,06	8,37
	PF	45,83,	10,21	45,83	10,68
	RP	45,83	16,61	46,88	12,34
	BP	34,67	12,03	37,83	17,79
	GH	37,67	16,18	38,83	9,52
	VT	43,75	13,11	41,67	12,91
	SF	50	13,69	64,58	30,02
	RE	56.94	19,30	69,44	13,61
	MH	54,17	12,81	67,50	12,55

Lo anterior podría indicar que, a pesar de la interferencia del dolor corporal, la fatiga y la salud física en el desarrollo de actividades cotidianas que requieren esfuerzos moderados y/o intensos (entre ellas actividades de desplazamiento y autocuidado), la disminución de la afectividad negativa incidió positivamente en el estado de ánimo y emocional de los participantes, quienes no percibieron limitación en su desempeño que pudiera ser atribuida a problemas emocionales, conductuales o afectivos.

Los resultados individuales en calidad de vida (Tabla 12), sin embargo, muestran el dominio dolor corporal (BP) como el que más bajo puntúa dentro del componente físico de algunos de los participantes, tanto en la evaluación pre-test como en la pos-test (002-AMV Y 007-MMM), afectando su funcionamiento físico (PF) y su rol físico (RP); y, por lo tanto, también el resultado de la medida global de este componente y en la valoración de su Salud General (GH). El funcionamiento social (SF) de 002-AMV se encuentra visiblemente disminuido en la valoración pos-test, a pesar de que se registra una notable mejoría en su Rol Emocional (RE). Lo que no sucede en el caso de 007-MMM, en quien los diferentes dominios de su componente mental se encuentran por encima del promedio, aunque la medida general de su componente mental se ve afectada por su baja percepción de vitalidad. En otros participantes,

como 010-AEH, su capacidad para realizar actividades que requieren de un esfuerzo moderado o severo representa su mayor dificultad en el componente físico (PF).

En el caso de 004-GJ, los dominios Funcionamiento Físico (PF), Rol Físico (RP) y Dolor Corporal (BP) registran notables mejorías en la evaluación pos-test. A pesar de que su percepción de Salud General (GH) mejoró significativamente, ésta continúa por debajo del punto de corte (50). Igualmente se encuentran mejorías significativas en las puntuaciones de su Funcionamiento Social (SF), Rol Emocional (RE) y Salud Mental (MH), aunque su nivel de energía continúa estando muy por debajo de la media, afectando ambos componentes (físico y mental).

Las puntuaciones pre-test / pos-test de 011-ALH muestran una mejoría significativa en los diferentes dominios de su componente físico, incluyendo su medida global, al igual que en el componente mental. El desempeño en el Rol Físico (RP) resulta ser el más afectado desde la percepción de 012-AG, de acuerdo a los puntajes pre-test; sin embargo, en la valoración pos-test su puntuación lo ubica por encima del punto de corte. Este participante muestra puntuaciones por encima de la media en los diferentes dominios de su componente mental (Funcionamiento Social, Rol Emocional y Salud Mental), aunque la medida global de este componente se ve disminuida por su percepción de vitalidad.

Tabla 12

*Resultados individuales Pre-test / Pos-test Calidad de Vida (SF36V2)*

Sujeto	Test	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	PCS	MCS
002-AMV	Pre	60	62,5	22	20	31,3	50	66,7	40	38	36,7
	Pos	55	25	10	25	25	25	75	50	29,7	39,9
004-GJ	Pre	50	25	41	25	31,3	25	25	40	38,1	28,2
	Pos	60	43,8	52	47	31,3	50	50	70	40,6	40,7
007- MMM	Pre	50	50	22	35	56,3	50	58,3	60	35,3	44,3
	Pos	30	43,8	22	35	43,8	50	58,3	55	31,7	43,7
010-AEH	Pre	40	56,3	52	52	62,5	62,5	83,3	65	37,8	51,5
	Pos	45	56,3	51	47	56,3	100	83,3	80	36	58,3
011-ALH	Pre	30	56,3	30	32	37,5	50	58,3	50	34,4	40,9

	Pos	45	56,3	51	47	56,3	100	83,3	80	36	58,3
012-AG	Pre	45	25	41	62	43,8	62,5	50	70	36,3	45,9
	Pos	40	56,3	41	32	37,5	62,5	66,7	70	34,4	47,5

El dolor, como variable relevante en el bienestar físico y emocional de los participantes, fue monitoreado en cada una de las sesiones, previamente a su inicio y posterior a su finalización. Esto con excepción de la sesión número 3, en la que, debido a un olvido involuntario, esta medida pos-test no tomada. El reporte de un dolor significativamente menos intenso al final de cada sesión presenta la distracción como técnica efectiva a este nivel. Las variaciones individuales sesión a sesión son presentadas en la tabla a continuación (Tabla 13), de acuerdo a la asistencia de los participantes del programa.

Tabla 13

*Puntuación pre-test / pos-test de la variable dolor durante el programa*

Sujeto	Sesión 1		Sesión 2		Sesión 3		Sesión 4		Sesión 5		Sesión 6	
	Pre	Pos	Pre	Pos	Pre	Pos	Pre	Pos	Pre	Pos	Pre	Pos
002-AMV	4	2	9	6	3		7	2	3	1	8	3
004-G-J	5	5			4		4	3			3	2
007-MMM					9		9	6	6	3	3	0
010-AEH	5	1	3	2			7	3	6	4	3	2
011-ALH					9						9	9
012-AG							4	3	3	2	0	0

En la sesión 1 se observa el significativo cambio en la percepción de dolor de las pacientes 002-AMV y 010-AEH, quienes pasan de un dolor moderado a un dolor leve al finalizar la sesión. La mejoría en esta variable pudiera atribuirse al impacto positivo de la sesión desde los contenidos abordados y desarrollados, así como también a la efectividad de la distracción como técnica para el manejo del dolor. En la sesión 2, las puntuaciones muestran que 002-AMV pasó de una experiencia de dolor severo al inicio de la sesión a uno moderado, lo que representa un cambio significativo en su percepción. Con respecto a la evaluación de la variable dolor en la sesión 3, se observa que el dolor reportado por los asistentes al inicio de la sesión



fue leve. Los anteriores resultados de la sesión 4 muestran cambios significativos de forma especial en 002-AMV (dolor moderado a leve), 007-MMM (dolor severo a moderado) y 010-AEH (dolor moderado a leve). Aunque la puntuación en la escala numérica disminuye para 004-GJ y 012-AG, su dolor se mantiene en como leve. El dolor en la sesión 5 se mantuvo como leve en 002-AMV y 012-AG, mientras 007-MMM pasó de un dolor moderado a uno leve; 010-AEH mantuvo la percepción de un dolor moderado. Finalmente, en la sesión 6 el cambio más evidente fue reportado por 002-AMV, quien pasó de un dolor severo a un dolor leve; mientras que 004-GJ y 010-AEH mantuvieron su percepción de dolor leve, 011-ALH mantuvo su percepción de dolor severo. 007-MMM, quien al inicio de la sesión reportó un dolor leve, no reportó dolor al final de la sesión; 012-AG no percibió dolor ni al inicio ni al final de la sesión. Por otro lado, la Tabla 13 permite observar que el dolor fue una variable percibida por los sujetos de manera constante a lo largo del proceso, pues sólo uno de los sujetos no reportó dolor en una de las sesiones, tanto en la evaluación pre-test como en la pos-test; mientras que otro de los participantes reportó ausencia de dolor al final de la sesión 6, habiendo iniciado con un dolor leve.

En general, se observan cambios positivos tras la implementación de este programa; cambios que van desde el nivel de conocimiento sobre la AR entre los sujetos participantes, hasta mejorías identificadas a nivel de su calidad de vida, particularmente, a nivel de su salud mental. En los anteriores resultados se encuentra que los eventos adversos físicos de la AR se presentaron de forma constante entre estos sujetos, manifestándose a través de la variable dolor, principalmente. Sin embargo, el incremento en estrategias de afrontamiento más adecuadas frente al manejo de la AR como evento vital estresante, así como de una percepción de apoyo social más favorable, se relacionaría con los resultados obtenidos en los planos emocional, social y mental, los cuales muestran mejoría de acuerdo a la valoración pos-test.

## Discusión

En el trabajo con esta muestra se encontró que, a pesar de la observación del efecto positivo que la educación en habilidades de afrontamiento tendría en pacientes con AR, en cuanto a la reducción de la discapacidad, ninguno de los participantes de este programa, quienes tenían un tiempo promedio de diagnóstico de 5.943 años (Mínimo=0.83, Máximo=14, DS=5.087), había tenido la oportunidad de participar en cualquier tipo de intervención estructurada desde y hacia la educación en elementos favorecedores para el manejo de su AR. Si el análisis de esta situación es hecho teniendo en cuenta, únicamente, a los sujetos que efectivamente aceptaron la invitación al programa, se confirmaría lo planteado por Werner et al., (2006), quienes afirman que, diferente al deseo y necesidad de una información pertinente acerca de su condición, por parte de los pacientes con AR, éstos no la reciben en su totalidad, lo que habla también de falta de claridad en las políticas para la implementación de programas educativos (Cadena et al, 2002). Sin embargo, hay que decir que el número de pacientes que se vincularon al programa estuvo muy por debajo de las expectativas, pues tras haber confirmado la asistencia de los 12 sujetos que habían manifestado su interés por el programa y firmado consentimiento informado, sólo 6 asistieron, aunque con diferentes frecuencias. Sólo una de las pacientes interesadas en este programa de intervención psicológica (001-MCD), comunicó antes del inicio del programa que debido a su discapacidad y falta de apoyo social no podría desplazarse hasta el sitio donde el programa sería ejecutado.

La respuesta recibida de parte de dichos pacientes resultaría relevante para análisis futuros acerca de las características de los pacientes que se comprometen con tratamientos diferentes a los tradicionales para el mejoramiento de su calidad de vida, específicamente, frente a las opciones de intervención psicológica. Igualmente, sería interesante trabajar en propuestas de intervención psicológica alternativas que puedan llegar a pacientes con un grado de discapacidad severo, para quienes su capacidad física de desplazamiento impide la participación de propuestas presenciales como esta, a pesar de su deseo. Esto también beneficiaría a muchos

otros para quienes es el factor económico el que restringe su participación, como lo es el caso de 011-AEH, para quien la discapacidad física, sumada a una economía insuficiente, aparecen como algunas de las variables que explican su baja asistencia a las diferentes sesiones programadas.

Retomando el análisis y la discusión de los resultados en función de los sujetos que efectivamente participaron del programa, se presentan las siguientes consideraciones. A través de esta intervención se identificaron dos aspectos relevantes relacionados con la dinámica de trabajo con pacientes con AR: El primero tiene que ver con el nivel de conocimiento acerca de la artritis reumatoide por parte de los pacientes, estableciéndose que, a diferencia del imaginario manejado como psicóloga, el tiempo de diagnóstico no necesariamente se relaciona con el nivel de conocimiento acerca de su propia enfermedad; pues aún después de varios años de diagnóstico (8 años en el caso de 002-AMV y 010-AEH), el conocimiento de aspectos básicos de la AR (origen, síntomas, tratamientos y pronóstico) por parte de los pacientes sigue siendo bajo. Así mismo se identificó también que la falta de conocimiento a este nivel genera ansiedad y temores relacionados con los efectos secundarios de los medicamentos que hacen parte del tratamiento farmacológico de la AR, dificultando comportamientos saludables como la adherencia al tratamiento y, en general, con estilos de vida saludables en los que se incluyan una dieta balanceada para el control de su peso, así como rutinas de actividad física de acuerdo a las posibilidades físicas particulares de cada paciente, para favorecer la flexibilidad de sus articulaciones. Por otro lado, los temores generados desde el desconocimiento de su propia enfermedad están relacionados con el pronóstico de la AR, produciendo temor y ansiedad por el grado de afectación física como consecuencia del desgaste y daño articular, así como la velocidad con que tal efecto negativo de la AR puede llegar a presentarse. Esto propicia estados de vulnerabilidad emocional en los pacientes de AR, haciéndolos más propensos al desarrollo de sintomatología depresiva. El segundo aspecto identificado tiene que ver el reconocimiento de la interacción entre los estados emocionales y la evolución de la AR por parte de los pacientes, quienes reflejaron desde el análisis de sus

propias experiencias la forma en que su afectividad negativa había disminuido su calidad de vida, no sólo desde el componente mental y emocional, sino también desde el físico.

Pasando al análisis metodológico de la intervención realizada, desde la diferenciación hecha por Riemsma et al., (2004) acerca de los 3 tipos de educación a pacientes, la educación ofrecida a los participantes del programa fue estructurada desde elementos que incluían aspectos informativos, así como de intervención comportamental, principalmente. Sin embargo, la dinámica interna del grupo, la cual era movida por sus particulares intereses de soporte social, hizo que las diferentes sesiones se caracterizaran también por la discusión de las diversas dudas y problemáticas de los participantes, unidas por el diagnóstico de AR. Coincidiendo con los resultados pre-test obtenidos a través del instrumento de apoyo social aplicado (DUKE-UNK), además del reiterativo interés por la expresión y discusión grupal de sus propios problemas de forma espontánea, los pacientes verbalizaron de forma directa su necesidad de un espacio en el que pudieran hablar acerca de sus experiencias, temores y dificultades en el manejo de su enfermedad reumática, ratificando la pertinencia de la intervención grupal no sólo con la intención de maximizar los recursos, sino también como posibilidad de soporte social para los pacientes, ya sea de forma directa o indirecta. Desde esta observación se resaltó, a nivel profesional, la relevancia que para este tipo de pacientes (pacientes crónicos) tiene el soporte social encontrado en las intervenciones diseñadas a nivel grupal, lo cual actuó en sí mismo como elemento terapéutico desde el que se reforzaron los objetivos de trabajo, para el mejoramiento de la percepción de calidad de vida en los pacientes de AR.

La percepción de este apoyo favorece psicológicamente a quien lo recibe, actuando como factor protector ante sus circunstancias estresantes de salud (Cadena et al, 2002). Sin embargo, la familia puede también convertirse en un factor estresante para el paciente cuándo éste no percibe su apoyo instrumental y/o afectivo, propiciando la aparición de sintomatología depresiva. La verbalizaciones espontáneas de los sujetos mostraron su deseo por un apoyo mayor, ya fuera desde

el sentirse comprendidos y valorados por su familia (002-AMV) o por recibir una mayor colaboración o apoyo instrumental (004-GJ y 011-ALH). Sin embargo, desde las diferentes situaciones expuestas por estos pacientes en torno a las deficiencias percibidas en cuanto al apoyo recibido, se identificó como factor común en sus narraciones la falta de asertividad en la comunicación entre los participantes del programa y las personas significativas de su contexto. Esto significaría que algunas de las dificultades percibidas en el apoyo social por parte de los participantes del programa podrían verse aumentadas por las falencias a nivel de sus estrategias y estilo de comunicación, el cual se mostró como poco asertivo. No obstante, la familia es, a su vez, receptora de diferentes elementos estresores que hacen parte de la realidad del paciente con AR, entre ellos las crisis que aparecen súbitamente, trayendo dolor severo y discapacidad progresiva, conduciéndole a una pérdida gradual de su capacidad funcional, lo que demandará de su familia, además del cariño y afecto, su ayuda física (Cadena et al, 2002). Desde la intervención psicológica realizada se encontró que la no concordancia entre las expectativas de los pacientes, quienes, por su lado, esperan una mayor comprensión y atención de su familia; frente a las de los miembros de este grupo de apoyo primario, quienes demandan que el paciente se desenvuelva en sus diferentes roles de la forma en que lo venía haciendo, minimizando desde un manejo poco asertivo la gravedad de los síntomas expresados o, simplemente, resistiéndose a los cambios requeridos a partir de la aparición de la AR, para la adaptación individual y familiar frente a esta enfermedad. Adicionalmente, la falta de conocimiento acerca de aspectos básicos de la AR por parte de la familia, como población general (Cadena et al, 2002), aunado la aparición repentina de los síntomas de la AR, así como de la variación día a día e, incluso, hora a hora (Riemsma et al, 2004) hace que el paciente pierda credibilidad al expresar su malestar físico. Las diferentes situaciones identificadas en este apartado como problemáticas dentro del contexto familiar y social pueden verse agravadas debido a falencias en la modulación de sus emociones, identificadas por parte de algunos de los participantes. Algunos de los participantes reconocieron que frecuentemente actúan de forma emocional e impulsiva, lo que en

varias ocasiones les genera conflictos y problemas aún mayores a los iniciales. Al respecto, desde la intervención en regulación emocional, algunos de los sujetos se identificaron como usuarios de estrategias desadaptativas de regulación emocional (por ejemplo, comer -002-AMV), a la vez que presentaron algunas otras que se identificaron como no funcionales, las cuales fueron categorizadas como Reacciones agresivas, en general, (gritar, pegarle a las paredes o golpear las puertas - 002-AMV). Aunque las anteriores conductas agresivas eran dirigidas a objetos, principalmente, se analizó la manera en que dichas conductas llegan también a crear dificultades en el ajuste social, siendo el contexto familiar el más afectado. De este modo, se discutió y reflexionó acerca de la forma en que estrategias de regulación como las mencionadas contribuían a la modulación de la emoción inicial, pero podía llegar a propiciar la aparición de problemáticas aún más complejas, llevando el análisis al plano físico desde la influencia que el estrés y las emociones negativas pueden llegar a ejercer sobre la frecuencia e intensidad en los síntomas de la AR; pero también a la forma en que dichas emociones puede también afectar el plano familiar y social. Esta situación justifica la necesidad de una intervención psicoeducativa que incluya a la familia, para fomentar y potencializar el apoyo social a los pacientes con AR, como variable relacionada de forma positiva con la salud mental (López & Sánchez, 2001).

Los relatos y testimonios de los participantes de este programa acerca de sus propias experiencias en relación con su AR, ratificaron, una vez más, que la afectividad negativa influye de igual forma en la aparición de la sintomatología y en la progresión de su enfermedad. A continuación se describe la situación de dos participantes del programa para ilustrar esta premisa.

Para 010-AEH, el diagnóstico de Cáncer de Cérvix recibido por su madre, así como el proceso de enfermedad y muerte, 10 meses después, implicó no sólo su tiempo y energía en el acompañamiento y cuidados asumidos frente a este evento vital estresante, sino que también afectó su estado de ánimo. Debido a la tristeza experimentada por 010-AEH a raíz de estas difíciles circunstancias en la que la salud

y vida de su madre se vieron comprometidas, sus conductas de salud se extinguieron, abandonando su tratamiento farmacológico, así como los controles regulares que debía mantener con su reumatólogo. Como consecuencia de las anteriores circunstancias, su AR progresó agresivamente, trayendo no sólo crisis de dolor intenso sino también deformidad en algunas articulaciones de su cuerpo, especialmente en sus manos, generando discapacidad funcional en actividades que requieren un esfuerzo moderado o intenso, incluyendo algunas actividades de autocuidado. Este caso fue formulado y se encuentra en el apartado de anexos (Anexo 4).

El segundo caso desde el que se ilustra la forma en que las emociones y afectividad negativas pueden acelerar el avance degenerativo de la AR. Puede exponerse también el caso de 011-ALH, quien a diferencia de la paciente anterior (010-AEH) no suspendió su tratamiento farmacológico ni sus controles médicos periódicos. Durante los primeros 8 años del diagnóstico de su AR, sus síntomas adversos no eran diferentes a las típicas crisis de dolor e inflamación que aquejan a este tipo de pacientes. Sin embargo, el surgimiento de situaciones conflictivas complejas con su pareja, en medio de las cuales 011-ALH optó por la separación, le llevó a experimentar diversas emociones negativas. No obstante, como se mencionó anteriormente, 011-ALH no modificó sus conductas para el control de su enfermedad, sin que esto fuera suficiente para evitar que su AR se expresara agresivamente, por lo que, en cuestión de pocos meses, la deformidad poliarticular le llevó a una discapacidad severa.

Las crisis propias de la AR, experimentadas por los participantes del programa, y que son una problemática de salud que se extiende a todos los pacientes que comparten este diagnóstico, sirvieron para reiterar una vez más la necesidad de incluir otros lineamientos que, desde la intervención profesional, puedan favorecer aún más a los pacientes.

La necesaria adaptación a los muchos cambios que se presentan a raíz de la AR sólo puede darse a través de respuestas de afrontamiento diversas y adecuadas, las cuales no siempre están disponibles. Sin embargo, en su ausencia, estas

estrategias pueden adquirirse por el paciente a través de intervenciones psicológicas (Ridruejo et al, 1998). Esta posibilidad queda demostrada en los resultados obtenidos a través de la escala de estrategias de coping aplicada pre-test y pos-test, en la que se observa una tendencia al aumento en la frecuencia del uso de estrategias de afrontamiento más adaptativas por parte de los participantes del programa. Este es un hallazgo positivo si se tiene en cuenta que el contar con adecuadas estrategias de afrontamiento ayuda a los pacientes en la mejoría de su estatus de salud (Riemsma et al, 2004) y de autoeficacia (Leung, 2009).

La totalidad de la muestra se encontraba bajo tratamiento farmacológico para el manejo de la AR al ingreso y durante su participación en el programa. Sin embargo, los diferentes síntomas de esta enfermedad crónica se hicieron presentes en diferentes momentos y con diferente intensidad a lo largo del programa (dolor e incapacidad, principalmente), evidenciando la presencia de diversas manifestaciones negativas de la enfermedad, con consecuencias en la reducción de su calidad de vida, a pesar del tratamiento (Riemsma et al, 2004) e interfiriendo con la asistencia de algunos de los participantes.

Si bien es cierto que la educación al paciente, en el marco de un tratamiento multidisciplinario, es complementaria al tratamiento farmacológico estándar, para un abordaje integral (Leung et al., 2009), en la que el control de los signos y síntomas de la AR, así como el maximizar la funcionalidad y prevenir la discapacidad en los pacientes son las metas del tratamiento (Freeman, 2002), la realidad de los pacientes intervenidos durante este proceso de práctica no habla de un tratamiento multidisciplinario para la consecución de las metas señaladas en las líneas inmediatamente anteriores. Por el contrario, la no disponibilidad de programas de intervención con estas características, ofrecidos desde el sistema colombiano de salud pública, representa una limitante importante para un abordaje que impacte positivamente la calidad de vida de estos pacientes crónicos desde su integralidad como personas, de la que se desprenden necesidades complejas en sus diferentes esferas, entre ellas la física, psicológica, emocional y social. Desde esta situación, considerada como problemática, se sugiere que las diferentes escuelas y facultades



universitarias de carreras de la salud de la región busquen espacios para el fortalecimiento de sus lazos de trabajo interinstitucional e interdisciplinario, teniendo como punto de encuentro el interés de generar calidad de vida en la población de pacientes con AR, de modo que se trabaje en proyectos conjuntos, en los que se compartan objetivos y se desplieguen los conocimientos e intervenciones particulares a cada profesión, bajo la visión de proporcionar herramientas útiles a estos pacientes, no sólo sobre el qué hacer, sino también sobre el cómo hacerlo, para un manejo más adecuado de su condición crónica. En el caso específico de los pacientes con AR, podría pensarse en incluir dentro de este trabajo multidisciplinario a especialistas en reumatología, médicos generales, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, enfermeras(os) y, por supuesto, psicólogos.

En concordancia con lo planteado por Riemsma et al (2004), para futuras intervenciones sería conveniente identificar qué características de los pacientes son relevantes para alcanzar resultados benéficos a través de la intervención educativa, así como qué componentes de los programas de psicoeducación son efectivos. Desde la propia subjetividad podría decir que, más allá de la modesta mejoría en torno al favorecimiento de la percepción de calidad de vida en los participantes del programa, identificada desde los resultados obtenidos a través de los instrumentos utilizados, se espera que los efectos de esta intervención se reflejen de forma más notoria a mediano o largo plazo, desde la consolidación de estrategias de afrontamiento más adaptativas en el repertorio comportamental de los participantes. Sin embargo, es importante resaltar que la AR es una condición clínica degenerativa, lo que significa que el componente físico de estos pacientes se verá afectado de manera crónica, disminuyendo su funcionalidad gradualmente. Debido a esto, el componente físico de los pacientes con AR se encuentra altamente comprometido en un proceso de deterioro que, aunque con diferencias de persona a persona, se ve conducido hacia una marcada involución de su cuerpo y consecuente limitación de su funcionalidad. Por esto resulta tan importante el apoyo e intervención psicológicos, para que su componente mental y emocional puedan apuntar hacia la

salud y no hacia lo patológico, contribuyendo al proceso de adaptación que constantemente deben hacer los pacientes con AR y así favorecer su calidad de vida. Adicionalmente, continuando en la línea de lo subjetivo, este espacio se considera como una ganancia no sólo en lo personal y profesional, sino también en la oportunidad que desde la intervención psicológica tuvieron los pacientes, quienes no habían tenido la posibilidad de participar de espacios para la información y discusión de problemáticas propias de su condición reumática, en un ambiente empático y de soporte social.

Teniendo en cuenta que el análisis acerca de la calidad de vida de los pacientes con AR tienen pueden llegar a tener implicaciones en su tratamiento (ajuste de dosis o implementación de terapéuticas diferentes), así como en la relación médico-paciente (Saaibi, 2002), los resultados de las evaluaciones individuales estarán disponibles para los participantes del programa, quienes podrán hacerlos conocer por su especialista tratante, de acuerdo a su propio criterio y deseo.

El acercamiento a la realidad psicológica, emocional, social y física de los pacientes intervenidos desde este programa permitió demostrar la relación entre calidad de vida y apoyo social, así como con las estrategias de afrontamiento, no sólo como constructos teóricos, sino como aspectos fundamentales en la vivencia diaria de los pacientes con AR. Esta intervención produjo cambios positivos, los cuales sin duda representan beneficio para estos participantes en su componente mental y emocional, los que son, en últimas, el objeto hacia el cual debe dirigirse el esfuerzo desde cualquier profesional en psicología al trabajar con pacientes con AR, quienes a pesar de padecer una enfermedad degenerativa, pueden tener una mejor calidad de vida.

## Referencias

- Anaya, J. M. (1999). Genes y artritis reumatoidea. *Revista Colombiana de Reumatología*, 6(3), 240-250.
- Ato Lozano, E.; González Salinas, C.; Carranza Carnicero, J. A. (2004). Aspectos evolutivos de la autorregulación emocional en la infancia. *Anales de Psicología*, 20(001), 69-79.
- Ballina, F. y Rodríguez, A. (2000). Artritis Reumatoide. Qué repercusiones tiene la artritis reumatoide sobre la vida de los pacientes? *Revista Española de Reumatología*, 27(6), 56-64.
- Cadena, J.; Álvarez, A.; Correa, M.; Bonilla, L. M.; Gómez, M. P.; Montoya, M. A.; Ortiz, D. P.; Cano, O. F.; Anaya, J. M. (2002). Encuesta de conocimiento sobre artritis reumatoide ¿Vale la pena educar?. *Revista Colombiana de Reumatología*, 9(4), 262-269.
- Cadena, J.; Cadavid, M. E.; Ocampo, M. V.; Vélez, M. C.; Anaya, J. M. (2002). Depresión y familia en pacientes con artritis reumatoide. *Revista Colombiana de Reumatología*, 9(3), 184-191.
- Carrillo, J. M.; Rojo, S.; Staats, N.; Arthur, W. (2003). Personalidad, emociones y dolor. *Clínica y Salud*, 14(1), 7-25.
- D'Zurilla, T. J.; Nezu, A. M.; Maydeu-Olivares, A. (2002). *Manual for the Social Problem-Solving Inventory–Revised*. New York, Multi-Health Systems.
- Freeman K.; Hammond A. (2004). The long-term outcomes from a randomized controlled trial of an educational-behavioral joint protection programme for people with rheumatoid arthritis. *Clinical Rehabilitation*, 18(5), 520-528.
- Garrido, L. (2006). Apego, Emoción y Regulación Emocional. Implicaciones para la Salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(003), 493-507.
- Hervás, G.; Vázquez, C. (2006). La Regulación afectiva: Modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de psicología general y*

aplicada: *Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 59, 9-52.

Lazarus, R.; Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Londoño, N. H.; Henao López, G. C.; Puerta, I. C.; Posada, S.; Arango, D.; Aguirre Acevedo, D. C. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de coping modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 5(2), 327-349.

Londoño, N. H.; Marín, C. A.; Juárez, F.; Palacio, J.; Muñiz, O.; Escobar, B.; Herrón, I.; Agudelo, D.; Lemos, M.; Toro, B. E.; Ochoa, N. L.; Hurtado, M. H.; Gómez, Y.; Uribe, A. F.; Rojas, A. L.; Pinilla, M. L.; Villa-Roel, D.; Villegas, M. J.; Arango, A. L.; Restrepo, P. A.; López, I. C. (2010). Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. *Suma Psicológica*, 17(1), 59-68.

López de Roda, A. B. Chacón Fuentes, F. (1992). Apoyo Social Percibido: Su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Aprendizaje, Revista de Psicología Social*, 7(1), 53-59.

López de Roda, A. ; Sánchez Moreno, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1), 17-23.

Márquez-González, M.; Fernández de Trocóniz, M. I.; Montorio-Cerrato, I.; Losada-Baltar, A. (2008). Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital: análisis comparativo en tres grupos de edad. *Psicothema*, 20(4), 616-622.

Moioli, B. y Merayo, L. A. 2005. Efectos de la intervención psicológica en dolor y el estado emocional de las personas con fibromialgia. *Revista Sociedad Española de Dolor*, 12(8), 476-484.

Moix, J.; Casado, M. I. (2011). Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico. *Clínica y Salud*, 22(1), 41-50.

- Organización Mundial de la Salud (2011). Nota descriptiva número 352: Discapacidad y Salud, recuperado el 27 de junio, 2011, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
- Riemsma, R. P.; Taal, E.; Kirwn, J. R.; Rasker, J. J. (2004). Systematic Review of Rheumatoid Arthritis Patient Education. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*, 51(6), 1045–1059.
- Saabi, D. L. (2002). Calidad de vida y discapacidad física. *Revista Colombiana de Reumatología*, 9(4), 281-286.
- Silva, J. (2005). Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 43(3), 201-209.
- Vázquez, F. (2002). La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. *Psicothema*, 14(3), 516-522.
- Vinaccia, S.; Contreras, F.; Restrepo, L. M.; Cadena, J.; Anaya, J. J. (2005). Autoeficacia, desesperanza aprendida y capacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(001), 129-142.
- Vinaccia, S.; Contreras, F.; Restrepo, Palacio, C.; Marín, A.; Tobón, S.; Moreno San Pedro; E. (2005). Disposiciones Fortalecedoras: Personalidad Resistente y Autoeficacia en pacientes con Artritis Reumatoide. *Terapia Psicológica*, 23(001), 15-24.
- Vinaccia, S.; Quinceno, J. M.; Fernández, H.; Pérez, B. E.; Sánchez, M. O.; Londoño, A. (2007). Calidad de Vida relacionada con la salud y el apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. *Anales de Psicología*, 23(002), 245-252.
- Vinaccia, S.; Orozco, L. M. (2005). Aspectos Psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1(002), 125-137.

- Vinaccia, S.; Tobón, S.; Moreno Sanpedro, E.; Cadena, J.; Anaya, J. M. (2005). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(1), 45-59.
- Werner, A. M.; Kaliski, S.; Salazar, K.; Bustos, L.; Rojas, M. T.; Baumert, C.; Leal, H. (2006). Nivel de conocimiento de los pacientes con artritis reumatoide acerca de su enfermedad y tratamiento. *Revista médica de Chile*, 134(12), 1500-1506.
- Yescas Osorio, E. L.; Ascencio Huertas, L.; Vargas Avilés, S.; Barbosa Cobos, R. E.; Lugo Zamudio, G. E. (2008). Depresión, ansiedad y desesperanza aprendida en pacientes con artritis reumatoide. *Psicología y Salud*, 18(001), 81-89.