

Anexos

Anexo 1. Formatos de Consentimiento Informado utilizados.

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO: 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.

VERSIÓN NO. 1

FECHA: 28 de mayo de 2011

INSTITUCIÓN: SERVIMED E.U. Calle 51 No. 34-17 Consultorio 208 Bucaramanga

TELÉFONO: 6432426

INTRODUCCIÓN

Usted ha sido invitado(a) a participar en un programa de intervención psicológica dirigido a pacientes con Artritis Reumatoide. La psicóloga a cargo ha considerado que usted cumple con los requerimientos iniciales para considerarle en la participación de este programa. No obstante, antes de aceptar participar es importante que usted lea y comprenda la explicación de los procedimientos propuestos.

En este documento de consentimiento usted encontrará la descripción del propósito, así como de los procedimientos del programa. Del mismo modo, se observa su derecho a retirarse del mismo en cualquier momento. No se pueden garantizar ni asegurar los resultados del programa, pero sí el acompañamiento y la supervisión durante el tiempo que éste dure.

PROPÓSITO DEL PROGRAMA

Los aspectos psicosociales son de gran importancia en la salud de un individuo, 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 nueva condición.

Además del dolor experimentado, las afecciones físicas y funcionales de la Artritis Reumatoide pueden llegar a limitar ampliamente la realización de actividades cotidianas por parte del paciente, quien a partir del estrés de 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 su enfermedad. En este sentido, resulta pertinente una evaluación que ayude a comprender y explicar las

variables psicológicas que pueden ayudar o dificultar el proceso de adaptación o ajuste del paciente a su condición médica.

De este modo, el objetivo general de este programa es el de evaluar las variables apoyo social, estrategias de afrontamiento y calidad de vida en una muestra de 15 pacientes entre los 20 y 40 años de edad, que hayan sido diagnosticados con Artritis Reumatoide para el desarrollo de un programa de intervención psicológica que les ayude a mejorar su percepción de calidad de vida.

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

Este programa se desarrollará en SERVIMED E.U. con aproximadamente 15 participantes (hombres y mujeres) entre los 20 y 40 años de edad, con el diagnóstico diferencial de Artritis Reumatoide (AR), según es definida esta enfermedad por el Colegio Americano de Reumatología, que asistan a tratamiento médico a Servimed E.U.

- Este programa de intervención psicológica busca mejorar la percepción de calidad de vida en dichos pacientes, partiendo de la evaluación de las variables apoyo social, estrategias de afrontamiento y calidad de vida en la fase de evaluación inicial o diagnóstico. A partir de los resultados obtenidos en esta primera fase, se diseñará un programa de intervención de cinco sesiones dirigidas a psicoeducación sobre la enfermedad (AR), así como al entrenamiento en estrategias de afrontamiento activas y valoración del apoyo social y su relación con factores psicológicos. Finalmente, tras esta segunda fase (intervención), se hará la evaluación del proceso dado a través del programa.

PROCEDIMIENTOS DEL PROGRAMA

- **Fase de Valoración Inicial o Diagnóstico.** Una vez seleccionados los pacientes que cumplan con los requisitos para participar, y se haya obtenido el consentimiento informado de aquellos sujetos interesados en participar, se realizará entrevista clínica como instrumento esencial dentro de la adquisición de información para obtener la valoración inicial, después de lo que se hará 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 dará inicio al proceso de intervención grupal, el cual incluirá 5 sesiones, y está orientado hacia un proceso de reestructuración cognitiva 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 propone realizar 5 sesiones grupales, con una duración aproximada de dos horas por sesión. Estas sesiones tendrán como objetivo el mejorar la percepción de calidad de vida en los sujetos intervenidos.

- Evaluación del proceso. En esta fase, la cual tendrá lugar cuatro semanas después de finalizado el proceso de intervención, se aplicarán de nuevo las pruebas utilizadas en la valoración inicial de los sujetos, de tal forma que se pueda establecer si existen variaciones al final del proceso de intervención realizado.

PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA - RETIRO DEL PROGRAMA

Su participación en este programa es estrictamente voluntaria. Usted tiene derecho a retirarse del programa en cualquier momento. Si usted se rehúsa a participar o se retira del programa no tendrá penalizaciones de ningún tipo. Por otro lado, se le retirará de este programa sin importar su consentimiento en caso de que:

- No siga los procedimientos del estudio
- Si la psicóloga a cargo del programa considera que es conveniente
- Si la institución cierra el programa por cualquier motivo

En caso de su retiro antes de la finalización del programa, se le solicita completar la evaluación completa planeada teóricamente para el momento de finalización del programa.

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Si usted decide participar en este estudio, será importante que tenga en cuenta las indicaciones que le sean dadas durante el programa, así como asistir a las diferentes sesiones programadas.

CONFIDENCIALIDAD

Durante su participación en este programa, la psicóloga a cargo del mismo obtendrá sus datos demográficos y algunos datos sobre su salud y origen étnico. Su identidad personal, esto es su nombre, dirección y otros datos que lo identifican permanecerán confidenciales. Sus datos obtenidos serán analizados y socializados ante otros profesionales de psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana Bucaramanga, y pueden dar lugar a comunicaciones científicas preservando siempre la identidad de los participantes. Usted tiene derecho a conocer sus resultados y solicitar corrección de cualquier dato incorrecto.

PÁGINA DE FIRMAS

Yo _____,
identificado (a) con documento N° _____, **acepto participar en la investigación** “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”.

La anterior decisión la tomo teniendo en cuenta que:

- Se me ha explicado en qué consiste el proyecto, donde seré evaluado y luego, de acuerdo con los resultados participaré en un programa dirigido a mejorar mi calidad de vida, el cual será orientado por una psicóloga graduada y bajo la supervisión de una docente asignada por la Universidad Pontificia Bolivariana, para las prácticas de la Especialización en Psicología Clínica.
- Se me ha explicado que mi participación en la investigación consiste en diligenciar de manera objetiva unos cuestionarios, que miden mi calidad de vida en relación con la enfermedad, el apoyo social que percibo de mis personas cercanas y las estrategias de afrontamiento que uso para hacerle frente a mi enfermedad.
- Se me ha informado que los resultados de la investigación, se presentarán de manera general, en eventos científicos y que si hay lugar a alguna publicación, el manejo de los datos será confidencial, garantizando mi derecho al anonimato.
- Se me ha aclarado que ante cualquier duda estoy en la libertad de pedir explicación, así esta influya en mi permanencia en la investigación, entendiendo que conservo el derecho a retirarme en cualquier momento del proceso si lo considero conveniente sin que esto tenga ninguna consecuencia.
- Queda claro que los participantes no recibiremos dinero por parte de los investigadores y que estos correrán con todos los gastos de la investigación, eximiéndome de cualquier pago relacionado a la misma.

He sido informado (a) ampliamente sobre esta investigación y acepto participar en ella.

Paciente

C.C.

Investigadora: Claudia Galvis. C.C.

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO: 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.

VERSIÓN NO. 2

FECHA: 26 de agosto de 2011

INSTITUCIÓN: SERVIMED E.U. Calle 51 No. 34-17 Consultorio 208 Bucaramanga

TELÉFONO: 6432426

INTRODUCCIÓN

Usted ha sido invitado(a) a participar en un programa de intervención psicológica dirigido a pacientes con Artritis Reumatoide. La psicóloga a cargo ha considerado que usted cumple con los requerimientos iniciales para considerarle en la participación de este programa. No obstante, antes de aceptar participar es importante que usted lea y comprenda la explicación de los procedimientos propuestos.

En este documento de consentimiento usted encontrará la descripción del propósito, así como de los procedimientos del programa. Del mismo modo, se observa su derecho a retirarse del mismo en cualquier momento. No se pueden garantizar ni asegurar los resultados del programa, pero sí el acompañamiento y la supervisión durante el tiempo que éste dure.

PROPÓSITO DEL PROGRAMA

Los aspectos psicosociales son de gran importancia en la salud de un individuo, 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 nueva condición.

Además del dolor experimentado, las afecciones físicas y funcionales de la Artritis Reumatoide pueden llegar a limitar ampliamente la realización de actividades cotidianas por parte del paciente, quien a partir del estrés de 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 su enfermedad. En este sentido, resulta pertinente una evaluación que ayude a comprender y explicar las

variables psicológicas que pueden ayudar o dificultar el proceso de adaptación o ajuste del paciente a su condición médica.

De este modo, el objetivo general de este programa es el de evaluar las variables apoyo social, estrategias de afrontamiento y calidad de vida en una muestra de 15 pacientes entre los 20 y 40 años de edad, que hayan sido diagnosticados con Artritis Reumatoide para el desarrollo de un programa de intervención psicológica que les ayude a mejorar su percepción de calidad de vida.

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

Este programa se desarrollará en SERVIMED E.U. con aproximadamente 15 participantes (hombres y mujeres) entre los 20 y 40 años de edad, con el diagnóstico diferencial de Artritis Reumatoide (AR), según es definida esta enfermedad por el Colegio Americano de Reumatología, que asistan a tratamiento médico a Servimed E.U.

- Este programa de intervención psicológica busca mejorar la percepción de calidad de vida en dichos pacientes, partiendo de la evaluación de las variables apoyo social, estrategias de afrontamiento y calidad de vida en la fase de evaluación inicial o diagnóstico. A partir de los resultados obtenidos en esta primera fase, se diseñará un programa de intervención de cinco sesiones dirigidas a psicoeducación sobre la enfermedad (AR), así como al entrenamiento en estrategias de afrontamiento activas y valoración del apoyo social y su relación con factores psicológicos. Finalmente, tras esta segunda fase (intervención), se hará la evaluación del proceso dado a través del programa.

PROCEDIMIENTOS DEL PROGRAMA

- **Fase de Valoración Inicial o Diagnóstico.** Una vez seleccionados los pacientes que cumplan con los requisitos para participar, y se haya obtenido el consentimiento informado de aquellos sujetos interesados en participar, se realizará entrevista clínica como instrumento esencial dentro de la adquisición de información para obtener la valoración inicial, después de lo que se hará 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 dará inicio al proceso de intervención grupal, el cual incluirá 5 sesiones, y está orientado hacia un proceso de reestructuración cognitiva 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 propone realizar 6 sesiones grupales, con una duración aproximada de dos horas por sesión. Estas sesiones tendrán como objetivo el mejorar la percepción de calidad de vida en los sujetos intervenidos.

- Evaluación del proceso. En esta fase, la cual tendrá lugar dos semanas después de finalizado el proceso de intervención, se aplicarán de nuevo las pruebas utilizadas en la valoración inicial de los sujetos, de tal forma que se pueda establecer si existen variaciones al final del proceso de intervención realizado.

PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA - RETIRO DEL PROGRAMA

Su participación en este programa es estrictamente voluntaria. Usted tiene derecho a retirarse del programa en cualquier momento. Si usted se rehúsa a participar o se retira del programa no tendrá penalizaciones de ningún tipo. Por otro lado, se le retirará de este programa sin importar su consentimiento en caso de que:

- No siga los procedimientos del estudio
- Si la psicóloga a cargo del programa considera que es conveniente
- Si la institución cierra el programa por cualquier motivo

En caso de su retiro antes de la finalización del programa, se le solicita completar la evaluación completa planeada teóricamente para el momento de finalización del programa.

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Si usted decide participar en este estudio, será importante que tenga en cuenta las indicaciones que le sean dadas durante el programa, así como asistir a las diferentes sesiones programadas.

CONFIDENCIALIDAD

Durante su participación en este programa, la psicóloga a cargo del mismo obtendrá sus datos demográficos y algunos datos sobre su salud y origen étnico. Su identidad personal, esto es su nombre, dirección y otros datos que lo identifican permanecerán confidenciales. Sus datos obtenidos serán analizados y socializados ante otros profesionales de psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana Bucaramanga, y pueden dar lugar a comunicaciones científicas preservando siempre la identidad de los participantes. Usted tiene derecho a conocer sus resultados y solicitar corrección de cualquier dato incorrecto.

PÁGINA DE FIRMAS

Yo _____,
identificado (a) con documento N° _____, **acepto participar en la investigación** “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”.

La anterior decisión la tomo teniendo en cuenta que:

- Se me ha explicado en qué consiste el proyecto, donde seré evaluado y luego, de acuerdo con los resultados participaré en un programa dirigido a mejorar mi calidad de vida, el cual será orientado por una psicóloga graduada y bajo la supervisión de una docente asignada por la Universidad Pontificia Bolivariana, para las prácticas de la Especialización en Psicología Clínica.
- Se me ha explicado que mi participación en la investigación consiste en diligenciar de manera objetiva unos cuestionarios, que miden mi calidad de vida en relación con la enfermedad, el apoyo social que percibo de mis personas cercanas y las estrategias de afrontamiento que uso para hacerle frente a mi enfermedad.
- Se me ha informado que los resultados de la investigación, se presentarán de manera general, en eventos científicos y que si hay lugar a alguna publicación, el manejo de los datos será confidencial, garantizando mi derecho al anonimato.
- Se me ha aclarado que ante cualquier duda estoy en la libertad de pedir explicación, así esta influya en mi permanencia en la investigación, entendiendo que conservo el derecho a retirarme en cualquier momento del proceso si lo considero conveniente sin que esto tenga ninguna consecuencia.
- Queda claro que los participantes no recibiremos dinero por parte de los investigadores y que estos correrán con todos los gastos de la investigación, eximiéndome de cualquier pago relacionado a la misma.

He sido informado (a) ampliamente sobre esta investigación y acepto participar en ella.

Paciente

C.C.

Fecha

Investigadora: Claudia Galvis. C.C.

Fecha

Anexo 2. Sesiones grupales implementadas.

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.

Sesión Grupal No. 1: Aspectos básicos acerca de la Artritis Reumatoide (AR)

Objetivo.

Ofrecer psicoeducación a los pacientes acerca de la Artritis Reumatoide, incluyendo aspectos tanto físicos como psicológicos de su sintomatología, causas, proceso de la enfermedad y tratamiento, para una mejor comprensión, aceptación y manejo de su propia enfermedad de forma efectiva.

Justificación.

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). Las técnicas de educación a pacientes que enseñan 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). No obstante, a pesar de la positiva influencia del conocimiento acerca de la enfermedad por parte de los pacientes sobre su condición, 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).

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). Sin embargo, se ha documentado que, contrario a su deseo y necesidad, los pacientes de AR no reciben toda la información pertinente (Barlow y Wright,

citados por Werner, 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, evaluación global del paciente, así como a nivel de su estado anímico (Riemsma et al, citados por Werner, 2006). De este modo, la educación del paciente se constituye en una ayuda no farmacológica que favorece la “adopción de conductas y conocimientos que conduzcan al bienestar biopsicosocial” (Kwon et al 2002, citados por Cadena 2002).

En consideración de lo anterior, la implementación de esta sesión de psicoeducación da muestra de su sentido, teniendo en cuenta el deseo y necesidad de información por parte de los pacientes de AR, de modo que lleguen a tener una mejor comprensión de su diagnóstico y tratamiento, lo que repercutirá en beneficios tanto a nivel físico como psicológico para estos pacientes. De modo que, más allá de querer transformarlos en expertos acerca de su condición, se espera conducirlos hacia una reestructuración cognitiva desde la que puedan hacer frente a su enfermedad con efectos positivos que le permitan sobrellevar su estrés emocional.

Metodología.

El tipo de educación utilizado con los pacientes en esta primera sesión fue informativo, por lo que su estilo fue planteado como altamente directivo debido a la metodología de explicación magistral, tanto de los contenidos médicos como psicológicos de la condición a tratar (AR). En esta primera sesión se contó con la presencia del reumatólogo tratante de los pacientes participantes del programa, quien dio inicio a la sesión desde la presentación de los aspectos médicos básicos de la Artritis Reumatoide: su origen, síntomas, tratamientos, pronóstico y creencias erróneas acerca de esta enfermedad. Además, se hizo la diferenciación entre AR y artrosis. Este especialista habló a los pacientes desde su amplia experiencia

médica, destacando la influencia del estado de ánimo en la severidad de los síntomas y evolución de la AR, en una dinámica de trabajo en la que se promovió la participación de los asistentes a través de la presentación, en la que hubo intercambio de información y experiencias. Los participantes se mostraron muy interesados acerca de las temáticas discutidas, haciendo numerosas preguntas enmarcadas en los aspectos ya mencionados (origen, síntomas, tratamientos y pronóstico de la AR); a la vez que compartieron con el grupo sus propias experiencias al respecto. Se habló de la importancia de la adherencia al tratamiento, así como de otras conductas de salud para el manejo de la AR, entre ellas la actividad física para mantener la flexibilidad articular y el control del peso. Esta primera sesión cubrió de manera general los tópicos más relevantes de la AR desde el abordaje médico, ajustándose a los tiempos establecidos.

Una vez concluida la presentación y discusión acerca de los aspectos más relevantes de la AR desde la perspectiva médica, se dio paso a la presentación y discusión acerca de las emociones y su influencia sobre la salud física. En esta segunda parte de la sesión se manejaron los recursos audiovisuales previstos (presentación de diapositivas y videos), conservando la metodología de trabajo planeada. Se habló acerca de las emociones, diferenciando las emociones positivas de las negativas, así como rescatando su importancia en la supervivencia, desde cualquier amenaza física o psicológica percibida. Sin embargo, se hizo énfasis en que toda emoción debe tener una intensidad y duración proporcionales al estímulo que la produce, lo que está fuertemente relacionado con la forma en que los eventos son interpretados, estableciendo que un evento puede ser valorado y, en esa medida generar emociones diferentes, dependiendo de quien lo interpreta. De modo que un mismo evento o estímulo puede ser interpretado de forma muy distinta por dos personas diferentes, dependiendo de los pensamientos disfuncionales o ideas irracionales que medien en la interpretación.

Al hablar de la intensidad y duración de las emociones, se mostró también la relación existente entre éstas y la salud, desde la influencia que ellas pueden

llegar a ejercer sobre el bienestar físico y mental, de forma especial en pacientes con enfermedades crónicas. De modo que, más allá de la función de conservación de las emociones, éstas pueden llegar a jugar un papel adaptivo o, por el contrario, no funcional, lo que repercutiría en el equilibrio físico y mental.

Destacando el papel adaptativo de las emociones, se listaron diferentes eventos que pudieran llegar a ser valorados como estresantes, para determinar la amenaza real que tales eventos podrían llegar a representar para el individuo. De esta forma se presentó la conexión entre pensamientos, sentimientos o emociones y conducta, como componentes inseparables del comportamiento humano. Así se explicó, con un lenguaje sencillo y a través de ejemplos cotidianos, la necesidad de cuestionar los propios pensamientos, desde las evidencias disponibles, para evaluaciones y emociones más adecuadas y adaptativas. El espacio para la discusión fue también abierto en este segundo momento de la sesión psicoeducativa, promoviendo la participación de los sujetos asistentes, para reforzar desde la expresión de sus vivencias personales la evidente repercusión de las emociones y el estado de ánimo, en general, en la frecuencia e intensidad de las crisis propias de la AR.

Como procedimiento evaluativo del trabajo realizado en esta primera sesión, se aplicó previamente a su inicio el cuestionario “Nivel de conocimiento de la enfermedad”, en el que el puntaje máximo es 10, el cual fue aplicado nuevamente en la siguiente sesión, para determinar si hubo cambios en dicho nivel de conocimientos después de esta sesión educativa.

Previo y posterior a la sesión en mención se aplicó también la escala “VAS Dolor”, para el monitoreo del comportamiento de esta variable a lo largo de la sesión.

En el cierre de la sesión se asignó como tarea de casa el escribir acerca de las situaciones que generaron en cada uno de los participantes emociones negativas durante los días posteriores a la realización de esta primera sesión hasta la siguiente, en una tabla que listara las preguntas “¿Qué pasó?”, “¿Qué pensó?”, “¿Qué sintió?” y “¿Qué hizo?”, recordando la conexión de los pensamientos, los

sentimientos y las conductas, así como la interferencia de las ideas irracionales y los errores en el procesamiento de la información en la interpretación de los sucesos como estresantes o dolorosos. A través de esta técnica de reestructuración cognitiva se buscó entrenar al paciente en la identificación de los pensamientos automáticos para que estos pudieran ser contrastados con las evidencias disponibles, para una interpretación más adecuada y adaptativa de los eventos, modulando así su impacto emocional.

Como resumen de los procedimientos de esta sesión, en la siguiente tabla se listan las diferentes actividades desarrolladas.

Actividades

Descripción	Materiales	Duración Aproximada
Presentación de los participantes de la sesión, incluyendo la psicóloga y reumatólogo responsables de esta primera sesión, propiciando el conocimiento mutuo y la participación de los asistentes. Las diferentes actividades a realizarse durante la sesión, así como su duración, también fueron presentadas al grupo.	Computador Portátil / Televisor para proyección	10 minutos
Establecimiento de normas para el desarrollo de las sesiones	Ninguno	5 minutos
Aplicación (pre) de las escalas “VAS Dolor” y “Nivel de conocimiento de la enfermedad”.	Copias de cada escala para cada participante	10 minutos
Presentación médica: Origen, síntomas, pronóstico, mitos y tratamiento de la AR.	Ninguno	25 minutos

Espacio para preguntas por parte de los pacientes.	Ninguno	20 minutos
Presentación psicológica: Influencia de sus emociones sobre la condición física.	Computador Portátil / Televisor para proyección	25 minutos
Espacio para discusión y preguntas por parte de los pacientes.	Hoja de preguntas por participante	20 minutos
Aplicación (pos) de la escala “VAS Dolor”.	Copias de la escala por participante	10 minutos
Asignación de tarea para la próxima sesión	Ninguno	5 minutos
Cierre de la sesión	Ninguno	5 minutos
Duración Aproximada de la Sesión		2 Horas y 20 minutos

Referencias.

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.

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

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.

Sesión Grupal No. 2: Regulación emocional.

Objetivo.

Brindar elementos teóricos y prácticos desde los cuales los participantes puedan comprender e identificar la relevancia de las emociones y sus mecanismos de regulación, en la interferencia o en el mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar psicológico y físico.

Justificación.

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). Mikulincer,

Shaver y Pereg (citados por Garrido, 2006) relacionan el apego seguro con baja ansiedad y evitación, seguridad en el apego, comodidad con la cercanía y con la interdependencia, y confianza en la búsqueda de apoyo y otros medios constructivos de afrontamiento al estrés. En 1998, Mikulincer (citado por Garrido, 2006), señala que la ira, en el caso de las personas seguras, es aceptada y expresada de forma controlada, a la vez que se buscan soluciones ante la situación. La experiencia y la expresión emocional son relacionadas al apego adulto, encontrándose reportes más altos de afecto positivo, así como una gran cantidad de energía y placer, alta concentración y bajos niveles de tristeza y apatía en el grupo seguro (Kerr, Melley, Travea y Pole, 2003; citados por Garrido, 2006).

En el apego ansioso ambivalente, también llamado preocupado, Kobak y Sceery, 1988 (citados por Garrido, 2006), reportan evidencia de sentimientos de ansiedad durante la entrevista de apego adulto; además, los sujetos con este patrón tienen una mayor percepción de síntomas que los que tiene un estilo seguro. Emociones de rabia, enojo, estrés y afecto depresivo son también asociadas al estilo preocupado (Magai et al, 2000, citados por Garrido 2006). Estos sujetos reportan los niveles más altos de afecto negativo (malestar, enojo, repugnancia, culpa, miedo y nerviosismo y menores niveles de calma y serenidad) (Kerr et al, 2003; citados por Garrido, 2006).

Los sujetos con estilo evitativo reportan bajos niveles de emociones positivas; experimentan más afecto negativo que el grupo seguro y menos que el grupo ambivalente (Kerr et al, 2003, citados por Garrido, 2006). Mikulincer, 1998, (citado por Garrido, 2006) señala la ira como la emoción a la que propenden estos sujetos, quienes a pesar de presentar episodios intensos de enojo con alta hostilidad, niegan su emoción mostrándose positivos.

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 cardíacas, 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.

Metodología.

Esta sesión se desarrolló bajo una metodología reflexiva, dirigida a la identificación y análisis de los propios estados emocionales, así como las estrategias utilizadas para su regulación, destacando su relevancia en el bienestar físico y psicológico.

Previa presentación y desarrollo de la temática correspondiente a la sesión, se hizo la aplicación de la escala “VAS Dolor”, para el monitoreo del comportamiento de esta variable a través de la sesión; así como del cuestionario “Nivel de conocimiento acerca de la AR”, para la identificación de variaciones en el nivel de conocimiento de la AR por parte de los pacientes asistentes a la sesión anterior. Posterior a la bienvenida de las participantes, se revisó la tarea de casa asignada en la sesión anterior, enmarcada en la técnica reestructuración cognitiva, desde la que se buscó el entrenar a los pacientes a hacer interpretaciones más adaptativas de las diferentes situaciones estresantes.

En esta sesión se retomaron aspectos básicos manejados en la sesión anterior, relacionados con los tipos de emociones, reiterando la función adaptativa que estas cumplen, así como la manera en que estas pueden tornarse disfuncionales, creando estados emocionales negativos aún más complejos, desde el paso de emociones primarias a emociones secundarias y terciarias.

Habiendo trabajado sobre estos elementos, se discutió acerca de la forma en que dichas emociones son reguladas o modulas por las personas, en búsqueda del mantenimiento del equilibrio emocional y psicológico, y cómo dichos procesos de regulación emocional pueden llegar a convertirse en desadaptativos. Así por ejemplo, a manera de explicación se mencionaron conductas como el comer para modular la ansiedad y el consumir alcohol para manejar el estrés, las cuales pueden evolucionar hasta constituirse en problemáticas nuevas por resolver, haciendo que tales estrategias sean desadaptativas.

Como tarea de casa se instruyó y pidió a las pacientes que registraran algunos de los eventos estresantes que se les presentaran durante la semana, analizando su propio comportamiento en relación con las estrategias de regulación utilizadas

para la modulación de sus emociones, identificando su funcionalidad o disfuncionalidad.

A manera de resumen se presenta a continuación la serie de actividades realizadas durante esta segunda sesión.

Actividades.

Descripción	Materiales	Duración Aproximada
Presentación de las diferentes actividades a realizarse durante la sesión, así como su duración.	Computador Portátil / Televisor para proyección	5 minutos
Aplicación (pre) de escalas “VAS Dolor” y “Nivel de conocimiento de la enfermedad”	Copias de cada escala para cada participante	20 minutos
Revisión de la tarea asignada en la sesión anterior (Técnica Reestructuración cognitiva).	Ninguno	15 minutos
Presentación: “Manejo de las emociones: Cuándo las emociones se convierten en desadaptativas”.	Computador Portátil / Televisor para proyección	15 minutos
Espacio para preguntas y discusión grupal de los planteamientos hechos en la presentación.	Ninguno	5 minutos
Socialización de experiencias relacionadas con el tema	Ninguno	10 minutos
Asignación tarea (Identificación de estrategias funcionales y disfuncionales para la regulación emocional)	Ninguno	5 minutos

Aplicación (pos) de escala “VAS Dolor”	Copias de cada escala por participante	5 minutos
Cierre de la sesión	Ninguno	10 minutos
Duración aproximada de la Sesión		2 Horas

Referencias

- 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.
- Garrido, L. (2006). Apego, Emoción y Regulación Emocional. Implicaciones para la Salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(003), 493-507.
- Silva, J. (2005). Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 43(3), 201-209.
- 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.

Sesión Grupal No. 3: Aspectos básicos acerca de la Artritis Reumatoide (AR) y Regulación Emocional.

Debido a la baja asistencia con la que se contó en las dos intervenciones iniciales, se planteó la necesidad de retomar las temáticas trabajadas en dichas sesiones antes de dar continuidad al trabajo bajo los lineamientos temáticos establecidos a partir de las problemáticas y necesidades identificadas dentro del grupo en la línea base; decisión que implicó el ampliar el número de sesiones grupales a trabajarse desde el programa, pasando de las 5 inicialmente programadas a 6.

Así las cosas, los elementos teóricos, así como las propuestas prácticas desarrolladas en este tercer encuentro correspondieron a la síntesis de las dos sesiones, relacionadas en el título de esta tercera sesión, en la que se resumieron los contenidos ya mencionados para ser trabajados en esta única sesión, por lo que para una lectura más comprensiva de los aspectos y actividades abordados en esta sesión se sugiere remitirse a los registros anteriores (Sesiones 1 y 2). Sin embargo, a diferencia de la primera sesión, en la que se contó con la posibilidad de educar a los pacientes asistentes desde el conocimiento médico y la experiencia del ejercicio profesional de su reumatólogo tratante, las temáticas fueron abordadas en su totalidad por la psicóloga a cargo del programa, dada la dificultad de contar con el especialista en reumatología nuevamente.

Dado que en esta ocasión se contó con nuevas participantes, se incluyó dentro de los procedimientos de la sesión la aplicación pre y pos-test de la encuesta de conocimientos acerca de la AR. Por otro lado, se asignó como tarea para la siguiente sesión la identificación de los pensamientos automáticos para que estos pudieran ser contrastados con las evidencias disponibles, para una interpretación más adecuada y adaptativa de los eventos, modulando así su impacto emocional desde la reestructuración cognitiva. Teniendo en cuenta que la asistencia de 2 nuevas participantes, se realizó un nuevo entrenamiento en la técnica.

En la siguiente tabla se enuncian las diferentes actividades y procedimientos sintetizados en esta sesión desde las dos intervenciones realizadas previamente:

Actividades

Descripción	Materiales	Duración Aproximada
Presentación de los participantes de la sesión, propiciando el conocimiento entre los asistentes. Las diferentes actividades a realizarse durante la sesión, así como su duración, también fueron presentadas al grupo.	Computador Portátil / Proyector	10 minutos
Establecimiento de normas para el desarrollo de las sesiones	Ninguno	5 minutos
Aplicación (pre) de las escalas “VAS Dolor” y “Nivel de conocimiento de la enfermedad”.	Copias de cada escala para cada participante	10 minutos
Presentación magistral: Origen, síntomas, pronóstico y tratamiento de la AR.	Computador Portátil / Proyector	20 minutos
Espacio para preguntas y discusión grupal.	Ninguno	15 minutos
Presentación psicológica: Influencia de sus emociones sobre la condición física.	Computador Portátil / Proyector	20 minutos
Espacio para la discusión y preguntas por parte de los pacientes.	Ninguno	15 minutos
Presentación: “Manejo de las emociones: Cuándo las emociones se convierten en	Computador Portátil /	10 minutos

desadaptativas”.	Proyector	
Espacio para preguntas y discusión grupal de los planteamientos hechos en la presentación.	Ninguno	15 minutos
Identificación de estrategias funcionales y disfuncionales para la regulación emocional desde experiencias de los participantes.	Ninguno	20 minutos
Asignación de tarea para la próxima sesión (Técnica de Reestructuración Cognitiva).	Ninguno	5 minutos
Cierre de la sesión	Ninguno	5 minutos
Duración Aproximada de la Sesión		2 Horas y 30 minutos

Referencias.

- 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.
- 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.
- Garrido, L. (2006). Apego, Emoción y Regulación Emocional. Implicaciones para la Salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(003), 493-507.
- Lazarus, R.; Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- 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.

Silva, J. (2005). Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 43(3), 201-209.

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.

Sesión Grupal No. 4: Estrategias de afrontamiento.

Objetivo.

Describir los diferentes tipos de esfuerzos y recursos comportamentales utilizados por los pacientes para el manejo de las demandas internas y ambientales relacionadas con la enfermedad, promoviendo el uso de estrategias activas y disminuyendo el empleo de estrategias pasivas.

Justificación.

Estrategia de afrontamiento es un concepto que 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 la 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).

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) 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.

Metodología.

Una vez presentado el objetivo de la sesión, se inició explorando dentro del grupo “Qué es el estrés?” para los diferentes participantes, como preámbulo para el abordaje de la temática de la presente sesión (Estrategias de afrontamiento), indagando acerca de las creencias e imaginarios al respecto. Esto permitió identificar las ideas erróneas en relación con el estrés, para poder entrar a clarificar qué es, cuales son los tipos, así como la importancia de su adecuado manejo. Esto permitió la introducción de la definición de estrategias de afrontamiento, así como de los estilos de afrontamiento, para la identificación de las estrategias y estilos particulares dentro del grupo.

Tras la revisión de los conceptos “estrés” y “estrategias de afrontamiento”, se hizo la devolución grupal de los resultados de la escala de estrategias de coping – modificada (EEC-M) (Pre test), indicando cuáles de esas estrategias eran activas y cuales pasivas.

Finalmente se hizo uso de la Técnica de Columnas, por lo que se pidió a los participantes que hicieran, individualmente, una lista de eventos estresantes, organizándolos del menos al más estresante. Esta lista fue revisada y discutida grupalmente, desde los pensamientos y las emociones originadas a partir de las diferentes situaciones planteadas, así como la forma en que estas son manejadas; con el fin de identificar las distorsiones cognitivas en la interpretación de los eventos, así como la efectividad de las estrategias de afrontamiento implementadas. Los resultados de esta discusión permitieron contemplar la posibilidad de repertorios comportamentales más adaptativos a la hora de afrontar diferentes situaciones estresantes. Se entregaron formatos adicionales para realizar esta actividad como tarea de casa.

Actividades.

Descripción	Materiales	Duración aproximada
Presentación de Las diferentes actividades a realizarse durante la sesión, así como su duración, también serán presentadas al grupo.	Computador Portátil / Televisor para proyección	5 minutos
Aplicación (pre) de la escala “VAS Dolor”	Copias de la escala para cada participante	10 minutos
Exploración de ideas y creencias acerca del estrés	Ninguno	15 minutos
Presentación video “Fisiología del estrés” http://www.youtube.com/watch?v=5sjhyD0YuYE&feature=related	Computador Portátil / Proyector	5 minutos
Clarificación conceptual acerca del estrés	Ninguno	10 minutos
Presentación de los conceptos “Estrategias y estilos	Computador	10 minutos

de afrontamiento”	Portátil / Proyector	
Devolución de resultados pre-test de la escala estrategias de coping.	Computador portátil / Proyector	10 minutos
Espacio para preguntas por parte de los pacientes.	Ninguno	10 minutos
Técnica de columnas	Copias del formato / lapiceros	25 minutos
Aplicación (pos) de escala “VAS Dolor”	Copias de cada escala por participante	5 minutos
Asignación de tarea para la próxima sesión (técnica de columnas)	Ninguno	5 minutos
Cierre de la sesión	Ninguno	10 minutos
Duración aproximada de la sesión		2 Horas

Referencias.

- 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.
- 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.

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.

Sesión Grupal No. 5: Apoyo Social

Objetivo.

Ofrecer un espacio reflexivo desde el que se resignifique de forma más adecuada el apoyo social percibido para favorecer el bienestar psicológico y físico de los participantes.

Justificación.

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, 1986, citados por López y Sánchez, 2001). Esta percepción de ser amado o estimado promueve la salud (Cobb, 1976, 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). Por esta razón se hace necesario resignificar el apoyo percibido por los participantes de este programa, desde la discusión acerca de cómo los efectos negativos de la AR afectan no sólo al paciente sino también a su

familia y personas más cercanas de su contexto, promoviendo la comprensión empática para una mejora en la convivencia y en el apoyo social percibido.

Metodología.

Una vez presentado el objetivo y actividades a realizarse en la sesión, se presentó el concepto de apoyo social, contextualizándolo, en primera instancia, desde la relevancia de esta variable en la salud mental de los pacientes con enfermedades crónicas. La devolución de los resultados correspondientes a la evaluación de esta variable en la línea de base fue hecha en este momento inicial, de tal forma que los participantes pudieran identificar sus propias necesidades con respecto a la variable apoyo social.

A manera de conversatorio, se trabajó con los asistentes en el reconocimiento de la importancia de expresar sus ideas, sentimientos y necesidades de forma clara, sin caer en la pasividad o en la agresividad, para una comunicación asertiva. En relación con esto, se retomaron elementos manejados en sesiones anteriores y que tenían que ver con los errores en la comunicación debidos a inferencias o conclusiones hechas sin contar con evidencias suficientes, por lo que su interpretación puede llegar a estar distorsionada o sesgada. Como factor también relacionado con el apoyo percibido, se analizó la forma en que ánimo depresivo puede llegar a generar la sensación de no empatía, así como el no reconocimiento de otros elementos positivos del entorno.

Por otro lado, se incluyó dentro del conversatorio un espacio de sensibilización en el que se evidenció la forma en que la enfermedad no sólo produce estrés en el paciente, sino también en los miembros de su entorno social (familia y amigos, especialmente), buscando que los pacientes identificaran las posibles dificultades que dichos miembros pueden también llegar a vivenciar a partir del proceso de enfermedad, posibilitando en los participantes de la sesión una lectura más acorde de las situaciones cotidianas en las que la interacción con otros puede llegar a ser considerada como estresante.

La reflexión acerca del bajo nivel de conocimiento acerca de la enfermedad por parte de los mismos pacientes fue utilizado para cuestionar a los participantes acerca del conocimiento que sus familiares pueden manejar al respecto, mostrando cómo esta variable puede reflejarse en consecuentes problemas de información y comunicación que afectan sus relaciones bidireccionalmente, incluyendo actitudes, consejos inadecuados o incorrectos por parte de familiares o amigos.

Finalmente, se presentó la posibilidad del uso de las redes sociales como Facebook y Twitter, como recurso para la construcción y consolidación de espacios alternativos para el favorecimiento del apoyo social en pacientes con AR, no sólo desde el soporte social sino también desde las múltiples posibilidades de educación y acompañamiento por parte de diferentes profesionales. Desde esta propuesta se buscó el que los pacientes asumieran una actitud más activa frente al manejo de su enfermedad; propuesta que generó gran interés entre los participantes.

Actividades.

Descripción	Materiales	Duración Aproximada
Presentación de las diferentes actividades a realizarse durante la sesión, así como su duración.	Computador Portátil / Proyector	5 minutos
Aplicación (pre) de escala “VAS Dolor”.	Copias de la escala para cada participante	10 minutos
Revisión de la tarea asignada en la sesión anterior.	Ninguno	15 minutos
Presentación: “Apoyo social y salud integral”.	Computador Portátil / Proyector	15 minutos
Ejercicio de identificación de redes de apoyo	Hojas blancas, lapiceros.	10 minutos
Ejercicio: Redes sociales como recurso de apoyo social.	Hojas blancas,	10 minutos

	lapiceros.	
Sensibilización: Cómo puede la enfermedad crónica no sólo afectar al paciente?	Computador Portátil / Proyector	15 minutos
Discusión	Ninguno	30 minutos
Asignación tarea	Formatos	5 minutos
Aplicación (pos) de escala “VAS Dolor”	Copias de cada escala por participante	5 minutos
Cierre de la sesión	Ninguno	10 minutos
Duración aproximada de la sesión		2 Horas y 10 minutos

Referencias

- 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.
- 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.

Sesión Grupal No. 6: Solución de Problemas

Objetivo.

Promover en los participantes la búsqueda de soluciones alternativas ante sus problemas cotidianos para que puedan ver panoramas de acción diferentes y contruoidos secuencialmente.

Justificación.

La solución de problemas es una estrategia de afrontamiento adaptativa a través de la cual se buscan alternativas de solución secuencialmente organizadas, para resolver de forma efectiva y oportuna un problema (Londoño et al, 2006). Además, la solución de problemas es también un técnica cognitivo-conductual, que puede utilizarse en el tratamiento de la depresión, condición clínica que se ha asociado a la ausencia de esta estrategia (Vázquez, 2002) y que frecuentemente afecta a los pacientes con Artritis Reumatoide (Cadena et al, 2002).

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), ha mostrado efectos beneficiosos a corto plazo en el estatus psicológico, tales como reducción de los síntomas depresivos (Riemsma et al, 2002), por lo que se considera un recurso metodológico útil para la intervención psicológica para el trabajo grupal en el entrenamiento en solución de problemas, desde la enseñanza de un método sistemático, con el que se busca promover la búsqueda de posibilidades diferentes a las que viene manejando los participantes del programa sin resultados positivos y de adaptación a las diferentes circunstancias relacionadas con su enfermedad

La terapia de solución de problemas se centra en contrarrestar la impulsividad, definir el problema, generando soluciones y promocionando el pensamiento consecuencial, desarrollando la acción de planificación de medios-fines (D'Zurilla y Nezu, 2002). La solución de problemas permite enfrentarse a los acontecimientos presentes en la vida cotidiana, dándoles una respuesta adecuada y contextualizada, por lo que se constituye en una estrategia relevante para la

adecuada adaptación de cualquier persona a su contexto y circunstancias y, especialmente, a los pacientes con AR, quienes deben afrontar muchos cambios a lo largo de su vida.

Metodología.

Antes de iniciar la sesión se aplicó la escala “VAS Dolor”.

Una vez presentado el objetivo y actividades a realizarse en la sesión, se presentó el concepto de solución de problema como estrategia de afrontamiento, para posteriormente hacerlo como técnica. Para hacerlo aún más significativo para los participantes, se revisaron los puntajes obtenidos en esta estrategia en particular en la evaluación pre-test, demostrando la necesidad de implementarla.

Desde la discusión acerca de la forma en que los integrantes del programa se comportan frente a los diferentes sucesos diarios, especialmente frente a aquellos que les resultan más estresantes, se identificó la forma en que la impulsividad llega a interferir con la emisión de respuestas adecuadas ante las situaciones, revisando y reflexionando acerca de los diferentes tipos de consecuencias que su comportamiento puede acarrear.

Por otro lado, se ofreció un espacio de sensibilización en el que se evidenció la forma en que la enfermedad no sólo produce estrés en el paciente, sino también en los miembros de su entorno social (familia y amigos, especialmente), buscando que los pacientes identificaran las posibles dificultades que dichos miembros pueden también llegar a vivenciar a partir del proceso de enfermedad, posibilitando en los participantes de la sesión una lectura más acorde de las situaciones cotidianas en las que la interacción con otros puede llegar a ser considerada como estresante. El resolver los problemas de forma efectiva y oportuna se planteó como un objetivo que requiere de acciones organizadas y sistemáticas desde las que se llegue a una meta más elaborada, planteando y construyendo desde los aportes de los diferentes miembros del grupo las acciones que podrían hacer parte de este proceso.

Actividades.

Descripción	Materiales	Duración aproximada
Presentación de las diferentes actividades a realizarse durante la sesión, así como su duración.	Computador Portátil / Proyector	5 minutos
Aplicación (pre) de escala “VAS Dolor”.	Copias de la escala para cada participante	10 minutos
Revisión de la tarea asignada en la sesión anterior.	Ninguno	15 minutos
Presentación: “Solución de problemas como estrategia y técnica”.	Computador Portátil / Proyector	20 minutos
Ejercicio reflexivo: Eventos problemáticos cotidianos en pacientes con AR y posibilidades de solución.	Hojas blancas, lapiceros.	20 minutos
Discusión grupal del ejercicio anterior.	Hojas blancas, lapiceros.	20 minutos
Discusión: Consecuencias y resultados del afrontamiento inadecuado de problemas.	Computador Portátil / Proyector	20 minutos
Asignación tarea	Formatos	5 minutos
Aplicación (pos) de escala “VAS Dolor”	Copias de cada escala por participante	5 minutos
Cierre de la sesión	Ninguno	10 minutos
Duración aproximada de la sesión		2 Horas y 10 minutos

Referencias

- 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.
- D’Zurilla, T. J.; Nezu, A. M.; Maydeu-Olivares, A. (2002). Manual for the Social Problem-Solving Inventory–Revised. New York, Multi-Health Systems.

- 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.
- Vázquez, F. (2002). La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. *Psicothema*, 14(3), 516-522.

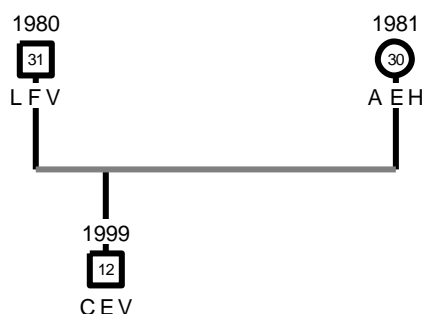
Anexo 3: Formulación de Casos.

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

INICIALES:	AEH	FECHA:	08 Agosto 2011
EDAD:	29 años	FECHA NACIMIENTO:	10 Agosto 1981
OCUPACIÓN:	Ama de Casa		
ESTADO CIVIL:	Unión libre		
DOMICILIO:	Confidencial		
TELÉFONO:	Confidencial		

2. GENOGRAMA



3. MOTIVO DE CONSULTA.

Paciente con diagnóstico de Artritis Reumatoide desde diciembre de 2003, interesada en participar del proyecto “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”, con la expectativa de “ver a otras personas de su edad,... saber que no es ella sola”.

4. HISTORIA DEL PROBLEMA.

ANTECEDENTES Y CONSECUENTES.

Los síntomas de su AR empezaron mucho antes de su diagnóstico, manifestándose por dolor en sus manos, principalmente. Sin embargo, el papá de AEH no prestaba atención a su queja, diciendo que ésta era sólo una excusa de la paciente para no colaborar con las labores del hogar.

En diciembre del 2003, cuando su enfermedad fue diagnosticada, AEH no pudo iniciar su tratamiento, debido a la presencia de varios nódulos reumáticos infectados que requerían tratamiento con antibióticos, los cuales debió tomar durante 6 meses, tiempo tras el cual podría empezar el tratamiento farmacológico para la AR.

En el 2004 la exacerbación de la enfermedad, manifiesta en dolor severo e inflamación poliarticular, le produjo, además del malestar físico, afectación en su estado de ánimo, según recuerda.

AEH inicia su tratamiento farmacológico con Metotrexate, Cloroquina, Prednisolona, Sulfazalacina y Naproxeno en el 2005; tratamiento que suspende en febrero del 2006, cuando a su madre le es diagnosticado Cáncer de Cérvix, pues AEH asume sus cuidados y acompañamiento. Debido a esto, AEH dejó de asistir a los controles por reumatología. El proceso de enfermedad de su madre, como evento altamente estresante, afectó a AEH en su estado de ánimo. AEH dirigió su tiempo y energía al cuidado de su madre como única cuidadora, pues los compromisos laborales de sus hermanas no les permitía dedicarse a esta actividad. Teniendo como único objetivo el bienestar de su madre, AEH no tenía el ánimo ni la energía para ocuparse de sí misma, de su propio bienestar, dejando de un lado su tratamiento para la AR y seguimiento clínico.

Tras la muerte de su madre, en noviembre de 2006, AEH pasa alrededor de 5 meses más sin tratamiento farmacológico ni control médico de la AR. Este año y medio de no adherencia al tratamiento y, por lo tanto, de la presencia de efectos negativos sobre su salud, por lo tanto, de la presencia de efectos negativos sobre su salud, a la vez que, la enfermedad avanza produciendo deformidad severa en sus manos, principalmente; pero otras articulaciones como hombros, codos, caderas, rodillas, tobillos y dedo uno de los dos pies empezaron a tener problemas de movilidad y dolor, dificultando la realización de algunas actividades cotidianas, entre ellas algunas tareas domésticas, y de cuidado personal. Las distancias que podía recorrer caminando también se vieron disminuidas debido al dolor, al igual que su capacidad para subir escaleras.

AEH trabajaba anteriormente como vendedora de ropa en un almacén. Sin embargo, cuando recibió su diagnóstico de AR decidió dejar de trabajar como empleada dependiente, pues prefiere no comprometerse laboralmente, teniendo en cuenta el requerimiento del cumplimiento de horarios, aspecto que considera no podría cumplir dada la imprevisibilidad de las crisis de su AR.

DESCRIPCIÓN SITUACIÓN ACTUAL.

Durante la entrevista AEH se muestra tranquila, orientada e interesada en participar del proyecto. Su interés radica, principalmente, en el deseo de conocer a otras personas de su edad con la misma enfermedad, pues en las ocasiones en que ha asistido a los controles con su especialista sólo ha visto adultos mayores con AR.

Debido a la evolución de su condición clínica, el desenvolvimiento autónomo en ciertas tareas y actividades se ha visto limitado, por lo que AEH requiere de la ayuda de otros para su realización. Dada su dificultad para desplazarse, AEH dejó de visitar amigos, ya no le gusta salir; ahora sólo lo hace cuando es realmente necesario.

Al hablar de sus planes futuros, AEH llora espontáneamente al expresar su temor por la evolución de la enfermedad, lo que podría interferir con sus planes de matrimonio y de crecimiento del taller.

5. HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR RELEVANTE.

AEH vive con su esposo (28 años) y su único hijo (12 años), con quienes tiene una buena relación. El apoyo permanente de su esposo ha sido reconfortante en medio de las crisis propias de su AR. No obstante, también su hijo y hermanas son muy cercanos y colaboradores.

AEH y su esposo tiene un taller de estampados en su mismo lugar de vivienda, por lo que AEH puede colaborar en algunas tareas.

6. ANÁLISIS DEL CONTEXTO.

El apoyo percibido desde su grupo familiar primario aparece como un factor protector para AEH. Además del apoyo emocional, AEH con el apoyo económico de su familia, gracias al cual cuenta con los recursos para cubrir sus necesidades básicas. Por otro lado, AEH tiene cobertura en salud, necesaria para el acceso a los controles por reumatología, a la vez que para la consecución de su tratamiento farmacológico.

7. DIAGNÓSTICO.

7.1 RESULTADOS EVALUACIÓN

Instrumentos.

- **DUKE-UNK.** Este cuestionario evalúa dos tipos de apoyo percibido: El apoyo Social de Confianza (posibilidad de contar con personas para comunicarse) y el Apoyo Social Afectivo (demostraciones de amor, cariño y empatía).

En el caso de AEH, el Apoyo Confidencial tuvo una alta puntuación: 28; y una puntuación de 23 en Apoyo Afectivo, resultado en un Apoyo Total Percibido con una puntuación de 51. Esto indica una valoración bastante favorable de la disponibilidad de las personas significativas de su contexto para comunicarse de forma empática y afectiva.

- **ESCALA DE ESTRATEGIAS DE COPING – MODIFICADA (EEC-M).** La EEC-M 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.

COMPONENTE	010-AEH
	PUNT*
Factor 1. Solución de Problemas.	85
Factor 2. Búsqueda de Apoyo Social.	50
Factor 3. Espera.	45
Factor 4. Religión.	70

Factor 5. Evitación emocional.	30
Factor 6. Búsqueda de Apoyo Profesional.	35
Factor 7. Reacción agresiva.	25
Factor 8. Evitación cognitiva.	20
Factor 9. Reevaluación Positiva.	3
Factor 10. Expresión de la dificultad de afrontamiento.	25
Factor 11. Negación.	35
Factor 12. Autonomía.	5

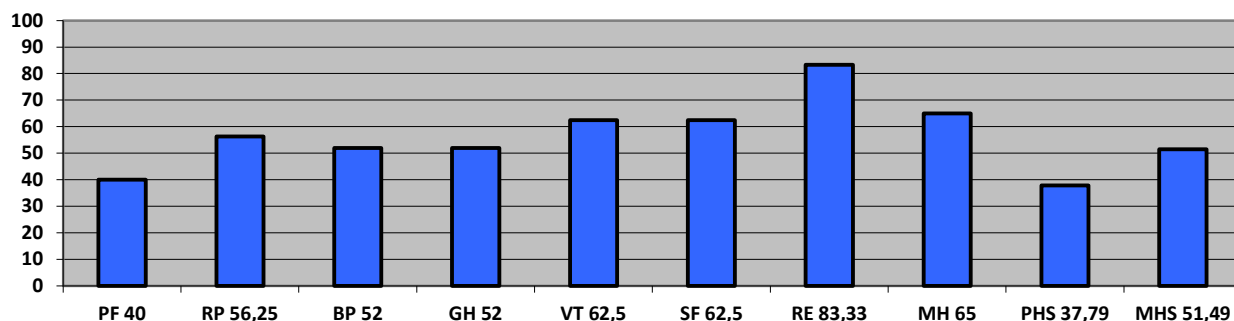
*Los recuadros en verde indican los percentiles por debajo o por encima de la media, según sean ≤ 25 o ≥ 75 , respectivamente.

En la anterior tabla se observa que AEH utiliza con gran frecuencia la estrategia “Solución de Problemas”, desde la cual busca alternativas de solución a las diferentes situaciones estresantes desde acciones secuenciales y oportunas. Sin embargo, según la baja puntuación de la estrategia “Reevaluación Positiva”, dichas situaciones no representarían para AEH una oportunidad de aprendizaje, ni son evaluadas para la identificación de los posibles aspectos positivos del problema. Adicionalmente, su afrontamiento de los problemas suele implicar la ayuda de otras personas (familiares, amigos o profesionales), de acuerdo a la puntuación de “Autonomía” (5), sin que esto signifique que la paciente tienda a reconocer y expresar su dificultad emocional y frente al problema mismo ante otros; esto en consideración de la puntuación obtenida en “Expresión de la dificultad de afrontamiento” (25), la cual se encuentra en el límite.

De lo anterior se puede decir que AEH utiliza un estilo activo, haciendo uso de estrategias adecuadas, principalmente. Sin embargo, a pesar de su búsqueda activa de soluciones, requiere de la ayuda de otros, ante quienes se le dificulta expresar su necesidad de apoyo emocional y/o instrumental.

SF36V2. Este cuestionario de salud mide la salud funcional y el bienestar desde el punto de vista del paciente, proporcionando una medida de su salud física y mental a partir de 8 subescalas o dominios diferentes.

A continuación se grafican y describen los resultados más relevantes de AEH en esta escala de salud.



Los resultados presentados en la gráfica muestran que el puntaje de salud física de AEH está muy por debajo del promedio; su salud limita la realización de ciertas actividades físicas (por ejemplo, autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos), así como otras que requieran esfuerzos moderados e intensos. Sin embargo, las dificultades emocionales que llega a experimentar no interfieren en la realización de diferentes tareas, en las cuales AEH llega al alcanzar un rendimiento acorde con sus expectativas, afrontándolas con energía y vitalidad.

Su desarrollo social se encuentra un poco por encima de la media. AEH maneja un afecto positivo en general.

Integrando los resultados de los tres instrumentos pre-test presentados anteriormente, se encuentra que, a pesar de que el deterioro en la salud física de AEH le ha limitado en la realización de ciertas actividades que requieren de un esfuerzo moderado o severo, su estilo activo y efectivo en el afrontamiento de las diferentes situaciones problemáticas ha favorecido su salud emocional, en la cual, el apoyo percibido (tanto afectivo como de confianza), ha sido también altamente relevante para el bienestar evidenciado en su salud mental. Sin embargo, a pesar de la disponibilidad del apoyo familiar como recurso con el que cuenta AEH, su dificultad para solicitar ayuda le produce malestar emocional al sentirse incapaz de ejecutar algunas actividades cotidianas.

7.2 EVALUACIÓN MULTIAXIAL.

Eje 1. Síntomas depresivos (Tristeza, llanto espontáneo).

Eje 2. No aplica.

Eje 3. (M00-M99) Artritis Reumatoide.

Eje 4. No aplica.

Eje 5. 80.

7.3 IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

La evidente deformidad articular por la evolución de la AR de AEH le ha limitado funcionalmente en diversas actividades que requieren un esfuerzo más que leve, por lo que requiere de ayuda para la realización de algunas de ellas, entre las que se incluyen actividades de autocuidado. Sin embargo, a AEH no le gusta pedir ayuda, por lo que se esfuerza por desarrollar todas sus tareas sin tener que recurrir al apoyo de otras personas, lo que le ha producido frustración en varias ocasiones ante la imposibilidad de desenvolverse de forma independiente. No obstante, el constante apoyo familiar, tanto afectivo como instrumental, aparece como un factor protector: Su familia (esposo, hijo y hermanas) es altamente empática ante sus necesidades y le ofrece colaboración permanente a AEH en aquellas tareas en las que AEH se ve restringida por su limitada movilidad.

La mayor preocupación de la paciente es el que su AR continúe produciendo deformidad articular, trayendo consigo mayor limitación funcional. Esto le produce tristeza al pensar en tener que depender aún más de la ayuda de otros, y que esto interfiera con sus planes de matrimonio y de ampliación del taller de estampados. Su estilo de afrontamiento activo es un recurso personal que le favorece y protege ante el malestar físico y emocional presentes como consecuencia de los efectos negativos que le ha traído su AR. Sin embargo, su dificultad para pedir ayuda le produce malestar emocional por la incongruencia entre sus expectativas y su capacidad real para desarrollar algunas tareas de forma independiente.

8. IDENTIFICACIÓN DE CONDUCTAS PROBLEMA

- Preocupación y tristeza por la posibilidad de un pronóstico adverso de su AR que interfiera con sus planes de matrimonio y de ampliación del taller.
- Dificultad para solicitar ayuda.

9. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

- Desvirtuar desde la evidencia de sus propias vivencias la interferencia de su limitación funcional con su relación de pareja y su desempeño en el taller.
- Dar información a AEH acerca de la importancia de su estado emocional y su adherencia terapéutica para el control de su AR.
- Entrenar a AEH en el reconocimiento del apoyo social como un recurso al cual puede acceder al enfrentar situaciones problemáticas.

10. PLAN DE INTERVENCIÓN.

CONDUCTA PROBLEMA	OBJETIVO	TÉCNICA DE INTERVENCIÓN
<ul style="list-style-type: none">• Preocupación y tristeza por la posibilidad de un pronóstico adverso de su AR que interfiera con sus planes de matrimonio y de ampliación del taller.	<ul style="list-style-type: none">• Desvirtuar desde la evidencia de sus propias vivencias la interferencia de su limitación funcional con su relación de pareja y su desempeño en el taller.• Concientizar a AEH acerca de la importancia de su estado emocional y su adherencia terapéutica para el control de su	<ul style="list-style-type: none">• Psicoeducación.• Reestructuración cognitiva.

<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para solicitar ayuda. 	<p>AR.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que AEH reconozca el apoyo social como un recurso al cual puede acceder al enfrentar situaciones problemáticas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades de afrontamiento.
--	--	---

11. RESULTADOS

Una vez finalizadas las sesiones, los resultados pos-test obtenidos fueron:

- **DUKE-UNK.**

El Apoyo Confidencial pos-test mantuvo una alta puntuación: 28; y una puntuación de 24 en Apoyo Afectivo, resultando en un Apoyo Total Percibido con una puntuación de 52. Esto muestra nuevamente, una valoración bastante favorable de la disponibilidad de las personas significativas de su contexto para comunicarse de forma empática y afectiva.

- **ESCALA DE ESTRATEGIAS DE COPING – MODIFICADA (EEC-M).**

COMPONENTE	010-AEH
	PUNT

Factor 1. Solución de Problemas.	80
Factor 2. Búsqueda de Apoyo Social.	85
Factor 3. Espera.	25
Factor 4. Religión.	80
Factor 5. Evitación emocional.	15
Factor 6. Búsqueda de Apoyo Profesional.	70
Factor 7. Reacción agresiva.	10
Factor 8. Evitación cognitiva.	35
Factor 9. Reevaluación Positiva.	20
Factor 10. Expresión de la dificultad de afrontamiento.	15
Factor 11. Negación.	25
Factor 12. Autonomía.	5

La búsqueda de soluciones oportunas y estructuradas secuencialmente para hacer frente a las diferentes situaciones problemáticas continúa mostrándose como una estrategia de afrontamiento frecuente en AEH. La puntuación de la estrategia “Reevaluación Positiva” se mantiene como baja, aunque sí evidencia un cambio significativo, lo que podría indicar que, si bien es cierto que no es una estrategia de uso frecuente, empieza a tender hacia la frecuencia normal. Por otro lado, la falta de autonomía en la realización de diferentes actividades y tareas se mantiene, en contraposición al reconocimiento y expresión de su dificultad de afrontamiento, estrategia que puntúa más bajo en la valoración pos-test. La expresión impulsiva de la ira como estrategia para la reducción de la carga emocional, que había obtenido una puntuación baja en el pre-test, disminuyó aún más en la segunda evaluación (pos-test).

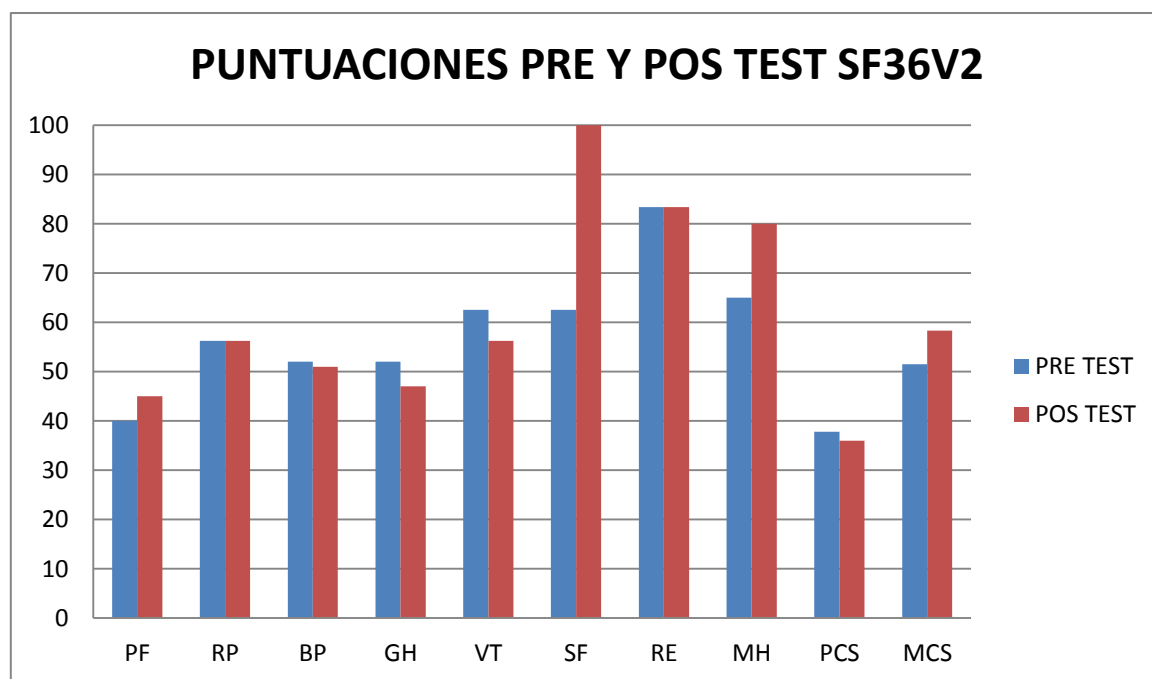
A diferencia de la primera evaluación, los resultados del pos-test muestran la aparición de otras estrategias de afrontamiento: La búsqueda de apoyo social, que inicialmente se mostró dentro de los rangos normales, aparece ahora con una alta puntuación, indicando una mayor disposición a recibir afecto, así como apoyo emocional o instrumental al afrontar una situación problema. La religión como estrategia se hace más frecuente, utilizando la oración como recurso a través del cual se tolera mejor el problema, a la vez que se obtienen soluciones al mismo.

Los recursos comportamentales identificados en AEH en esta evaluación muestran un estilo prevalentemente activo, a pesar de la alta puntuación obtenida por la estrategia “Religión”, la cual se considera pasiva.

- **SF36V2.**

Físicamente su funcionamiento continúa siendo peor, comparado con el punto de corte (50), lo cual se mantiene con respecto a los resultados de la evaluación pre-test de este componente, al igual que la variable dolor (Pre test 52 / Pos test 51).

Sin embargo, se observa un cambio significativo en la medida resumen de su salud mental. Su participación en actividades sociales, a la vez que su desempeño en actividades de trabajo y del hogar se encuentra menos limitado; a la vez que su nivel de energía es mayor al punto de corte, mostrando una significativa mejoría a nivel de su salud emocional.



El análisis global de los resultados obtenidos en las tres escalas aplicadas pos-test permite mostrar que la funcionalidad física se mantiene como el factor que más afecta la salud física de AEH, produciendo un impacto en la percepción de su

salud general. Sin embargo, las estrategias de afrontamiento utilizadas muestran ser efectivas para AEH en el manejo del estrés, pues a nivel emocional, social y mental, en general, se evidencia una mejoría significativa. En este punto es especialmente relevante la utilización del Apoyo Social como estrategia de afrontamiento, mostrando la disposición de AEH para recibir el apoyo afectivo y emocional con el que cuenta.

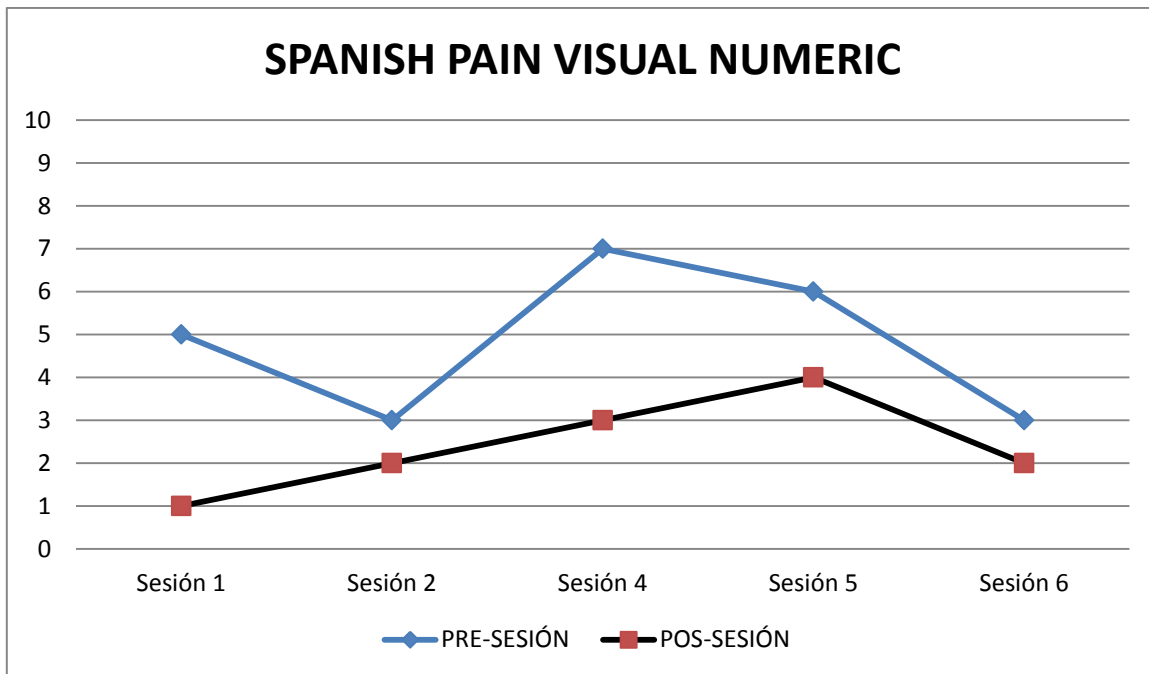
Otros instrumentos, utilizados durante las diferentes sesiones, fueron:

Encuesta de Conocimientos acerca de la Artritis Reumatoide. Este cuestionario indaga acerca del conocimiento de los pacientes acerca de su enfermedad reumática en una escala de 1 a 10.

La puntuación alcanzada por AEH en el cuestionario aplicado previo a la sesión de psicoeducación fue de 5, indicando un bajo nivel de conocimiento por parte de la paciente con respecto al origen, síntomas, tratamiento y pronóstico de la AR. Sin embargo, esta puntuación mejoró en dos puntos tras la sesión psicoeducativa, respondiendo en forma correcta a 7 de las 10 preguntas contenidas en la encuesta.

La intervención a este nivel (psicoeducativo) es importante en el manejo de su AR, al brindarle conocimiento sobre aspectos básicos de su enfermedad, incluyendo el pronóstico.

Spanish Pain Visual Numeric. Esta escala es una versión modificada de la escala visual análoga. Es utilizada para medir numéricamente la intensidad de dolor experimentada por el (la) paciente.



En la anterior grafica se refleja una reducción significativa en la intensidad de dolor percibido por la paciente a lo largo de las diferentes sesiones. Esto se evidencia, principalmente, en las sesiones número 1 (psicoeducación) y en la número 4, en las que se pasa de un dolor moderado a un dolor leve. No se registra ningún dato de la sesión número 3 dado que la paciente no pudo asistir, por causa de una crisis de dolor e inflamación por exacerbación de su AR. Sin embargo, AEH retoma las sesiones en la número 4, a pesar de que aún experimentaba dolor (7 puntos en la escala pre-sesión). El reporte de un dolor menos intenso al final de cada sesión presenta la distracción como técnica efectiva a este nivel. A pesar de que no hubo mejorías en su salud física de AEH, en la que el dolor aparece como variable constante, sí las hubo en su salud mental y emocional. AEH mostró interés de manera permanente durante el proceso de intervención implementado, lo que se refleja no sólo en su receptividad y participación, sino también en su asistencia a las sesiones (con un porcentaje de asistencia del 83,33%), a pesar de la presencia de dolor por crisis de su AR. Al final, sus verbalizaciones, así como los resultados de las pruebas aplicadas, muestran una mayor disposición de la paciente a pedir y recibir ayuda, accediendo al apoyo social con el que cuenta como recurso permanente.

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

12. DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

INICIALES: AMV

FECHA: 27 Julio 2011

EDAD: 28 años
1983

FECHA NACIMIENTO: 02-Mar-

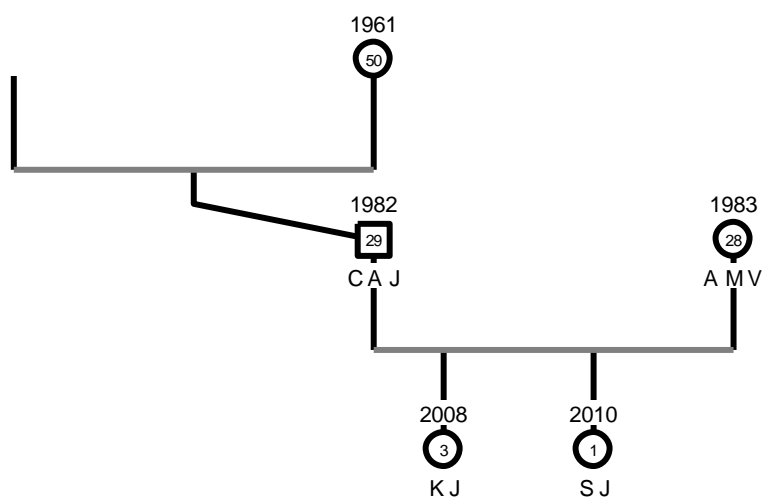
OCUPACIÓN: Ventas informales

ESTADO CIVIL: Casada

DOMICILIO: Confidencial.

TELÉFONO: Confidencial.

13. GENOGRAMA.



14. MOTIVO DE CONSULTA.

Paciente con diagnóstico de Artritis Reumatoide desde hace 8 años, interesada en participar del proyecto “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”. Espera “que las cosas me afecten menos, dejar tanta depresión. Quiero volver a ser alegre”.

15. HISTORIA DEL PROBLEMA.

ANTECEDENTES Y CONSECUENTES.

AMV recibió diagnóstico de Artritis Reumatoide (AR) hace 8 años. Sin embargo, dos años antes de su diagnóstico actual (AR), su reumatólogo tratante en ese momento le había diagnosticado con Lupus Erimotoso Sistémico (LES), a la vez que le comunicó a la paciente que sólo le quedaban 6 meses de vida, lo cual generó un alto impacto emocional y crisis no sólo en la paciente, sino también a nivel familiar. Sin embargo, después de 6 meses de dicho diagnóstico inicial (LES), éste fue descartado, estableciéndose que la condición clínica de la paciente es AR.

DESCRIPCIÓN SITUACIÓN ACTUAL.

Al inicio de la entrevista AMV se muestra tranquila, orientada, colaboradora y muy interesada en participar del proyecto. Sin embargo, en algunos momentos, al hablar acerca del apoyo recibido por parte de su familia durante las crisis propias de su AR, expresa su sensación de no ser comprendida, presentando algunos momentos de llanto espontáneo.

A pesar del tiempo de diagnóstico de su AR (8 años), su condición clínica no le ha dificultado el desenvolvimiento autónomo, aunque sí le ha dificultado la realización de algunas tareas cotidianas. Sin embargo, AMV se desenvuelve en diferentes actividades, como lo son la venta de desayunos diariamente, atención en la tienda de su madre y venta de chance. Además, AMV asiste regularmente al gimnasio, dedicándole tiempo a la actividad física. No obstante, cuando las crisis de su AR aparecen (dolor e inflamación articular) su desempeño en las diferentes actividades ya mencionadas se ve afectado. Los episodios de dolor son intensos y frecuentes, exacerbándose de forma sistemática con la llegada de su periodo menstrual.

16.HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR RELEVANTE.

AMV es casada hace 4 años y tiene dos hijas de 3 y 1 años, respectivamente, con quienes vive actualmente; además de su suegra, quien trabaja como enfermera independiente. AMV manifiesta que su relación con estos miembros de su familia es buena, especialmente con su suegra, de quien percibe mayor comprensión en los momentos de crisis de su AR. Sin embargo, paradójicamente, AMV habla de conflictos frecuentes con su esposo debido a que éste prioriza su relación con sus amigos frente a la relación con su esposa e hijas, según AMV, a quien le ha expresado abiertamente que “sus amigos fueron primero y siempre lo serán”, dedicando gran parte de su tiempo libre a actividades sociales que involucran a su grupo de amigos y que, en ocasiones, excluyen a AMV y sus hijas. Debido a esta situación, inicialmente, AMV confrontó directamente a los amigos de su esposo, expresando su malestar y llegando incluso a separarse de su pareja, a quien dejó por un corto periodo (hace más o menos 3 años). Después de volver a su casa, el conflicto tanto con su esposo como con sus amigos ha continuado, aunque ha disminuido la frecuencia, así como también ha cambiado la forma en que AMV afronta la situación, pues a pesar de las emociones negativas que continúa experimentando (ira y tristeza), no ha vuelto a confrontar a los amigos de su esposo. Por otro lado, la relación con su hermana menor (14 años), quien vive con su mamá, es bastante conflictiva, lo que afecta a AMV en su estado de ánimo. Muchas de sus discusiones son en torno a la funcionalidad de AMV en los momentos de dolor por su AR, cuando su hermana y otros miembros de su familia (esposo y madre) le expresan su duda acerca del malestar referido por la paciente, produciendo en AMV una sensación de no ser comprendida ni amada.

Su madre fue diagnosticada con púrpura trombocitopénica varios años atrás, enfermedad de la que dice haberse recuperado satisfactoriamente.

Con base en esta experiencia, la madre de AMV le reprocha con frases como: “si yo pude recuperarme, usted también”.

17. ANÁLISIS DEL CONTEXTO.

La falta de acuerdos y/o reglas al interior de la dinámica de relación de AMV con su esposo ha generado conflictos no resueltos que se extienden hacia su grupo de amigos. El choque de la no concordancia entre las expectativas de pertenencia familia de AMV frente a la idea de su esposo de una relación familiar abierta ha generado inconvenientes familiares que han llegado a amenazar la estabilidad de la relación matrimonial. Sin embargo, aunque la confrontación directa ha disminuido, el malestar emocional de AMV se ha mantenido. De modo que, aún cuando el empleo de su esposo, así como los ingresos producto de las diferentes ventas informales en las que AMV trabaja, les brinda seguridad económica, AMV no percibe seguridad afectiva. Además, la no percepción de empatía por parte de su madre y hermana, como figuras significativas cercanas, da origen a sentimientos de tristeza en AMV, así como a situaciones conflictivas, especialmente con su hermana.

En cuanto a las redes de apoyo formales, AMV cuenta con cobertura en salud.

18. DIAGNÓSTICO.

18.1 RESULTADOS EVALUACIÓN

Instrumentos.

- **DUKE-INK.** Este cuestionario evalúa dos tipos de apoyo percibido: El apoyo Social de Confianza (posibilidad de contar con personas para comunicarse) y el Apoyo Social Afectivo (demostraciones de amor, cariño y empatía).

En el caso de AMV, el Apoyo Confidencial tuvo una puntuación de 6, como puntuación mínima posible, a la vez que una puntuación también baja en Apoyo

Afectivo (17 puntos); esto resulta en un Apoyo Total Percibido con una puntuación de 23. Esta última puntuación está 9 puntos por debajo del punto de corte (32 puntos), indicando una percepción de muy poca disponibilidad de las personas significativas para brindar amor, cariño o empatía (Apoyo Afectivo), así como también la percepción de una limitada posibilidad de contar con recursos de apoyo psicológico por parte de dichas personas en situaciones de estrés (Apoyo Confidencial).

- **ESCALA DE ESTRATEGIAS DE COPING – MODIFICADA (EEC-M).** La EEC-M 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.

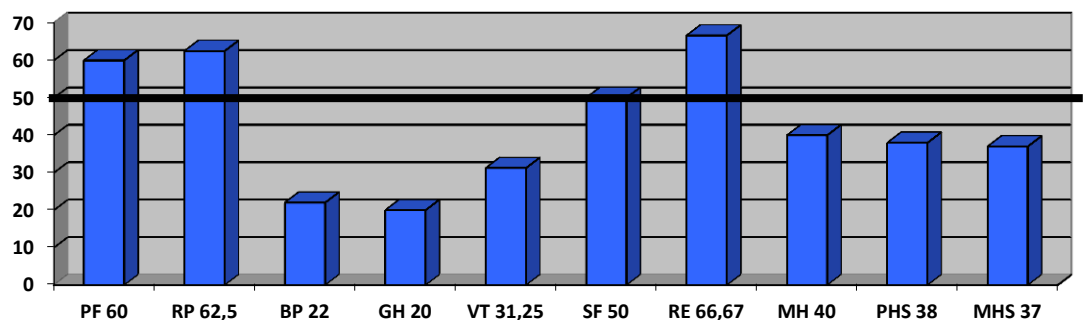
COMPONENTE	PRE-TEST*
Factor 1. Solución de Problemas.	10
Factor 2. Búsqueda de Apoyo Social.	5
Factor 3. Espera.	95
Factor 4. Religión.	75
Factor 5. Evitación emocional.	98
Factor 6. Búsqueda de Apoyo Profesional.	35
Factor 7. Reacción agresiva.	80
Factor 8. Evitación cognitiva.	5
Factor 9. Reevaluación Positiva.	2

Factor 10. Expresión de la dificultad de afrontamiento.	65
Factor 11. Negación.	15
Factor 12. Autonomía.	45

En la anterior tabla se observa que las estrategias de afrontamiento utilizadas con mayor frecuencia por AMV son la Espera, la Evitación emocional, Reacción Agresiva y Religión; mientras que las menos utilizadas son: Solución de Problemas, Búsqueda de Apoyo Social, Evitación Cognitiva, Reevaluación Positiva y Negación. Estos resultados reflejan un estilo pasivo en el afrontamiento de situaciones de estrés, en el que prevalece el uso de estrategias de afrontamiento inadecuadas focalizadas en la respuesta emocional.

- **SF36V2.** Este cuestionario de salud mide la salud funcional y el bienestar desde el punto de vista del paciente, proporcionando una medida de su salud física y mental a partir de 8 subescalas o dominios diferentes.

A continuación se presentan la puntuación de AMV en la aplicación pre-test de esta escala:



La Medida Resumen del Componente Físico (PCS= 38) de AMV está muy por debajo de la media (50); puntuación que se ve considerablemente disminuida por la obtenida en la escala Dolor Corporal (BP=22), la cual indica una percepción de

dolor intenso, afectando su percepción de Salud General (GH=20), lo que se refleja en la valoración hecha por AMV acerca de su salud, no sólo actual, sino también la futura, a la vez que su resistencia a la enfermedad. Por otro lado, también su Salud Mental General (MH) tiene una puntuación por debajo de la media (MH=40), lo que se relaciona con síntomas depresivos identificados en la paciente.

En resumen, los resultados de los instrumentos pre-test aplicados muestran el dolor como la variable que más compromete la salud física de AMV, a la vez que produce malestar emocional evidenciado en síntomas depresivos que afectan su salud mental. Ante esto, sus estrategias de afrontamiento inadecuadas, sumadas a su baja percepción de apoyo social, pueden llegar a incrementar su grado de dolor, manteniendo su malestar tanto físico como emocional e incidiendo, consecuentemente, en el pronóstico adverso de la enfermedad.

18.2 EVALUACIÓN MULTIAXIAL.

Eje 1. Síntomas depresivos (tristeza, llanto).

Eje 2. No aplica.

Eje 3. (M00-M99) Artritis Reumatoide (Dolor intenso y frecuente).

Eje 4. Problemas relativos al ambiente social.

Eje 5. 70.

18.3 IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Aunque AMV no ha sufrido deformación articular, la frecuencia e intensidad del dolor e inflamación producidos durante las crisis de su AR, le producen limitación en la movilidad para la realización de ciertas tareas cotidianas. Esto, sumado al bajo apoyo social percibido por la paciente, le genera malestar emocional, el cual se traduce en un estado de ánimo negativo recurrente que puede llegar no sólo a interferir con sus relaciones familiares y su desempeño cotidiano, sino también con su percepción de dolor. La percepción de no empatía por parte de las

personas que le son significativas aparece como una queja clara de AMV, la cual aumenta su sensación de tristeza.

Adicionalmente, el uso de estrategias de afrontamiento inadecuadas no favorece su adaptación a la enfermedad, evento estresante ante el cual se comporta de forma pasiva; situación que contribuye al mantenimiento de su malestar emocional y físico.

19. IDENTIFICACIÓN DE CONDUCTAS PROBLEMA

- Percepción de dolor intenso y frecuente.
- Síntomas depresivos
- Dificultad para manejar el conflicto interpersonal.
- Afrontamiento focalizado en la respuesta emocional.

20. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

- Disminuir la intensidad y frecuencia del dolor producido por su AR, a través del entrenamiento en técnicas psicológicas.
- Incrementar las estrategias de afrontamiento centradas en el problema.
- Favorecer estrategias de solución de problemas que le ayuden a manejar el conflicto en sus relaciones interpersonales.

21. PLAN DE INTERVENCIÓN.

Con el objetivo de mejorar la percepción de calidad de vida de AMV, se desarrolla un plan de intervención psicológico, a partir de la evaluación de las variables apoyo social, estrategias de afrontamiento y calidad de vida.

CONDUCTA	OBJETIVO	TÉCNICA	DE
----------	----------	---------	----

PROBLEMA		INTERVENCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de dolor intenso y frecuente. • Síntomas depresivos • Afrontamiento inefectivo de las situaciones estresantes, marcado por un estilo pasivo focalizado en la respuesta emocional. • Bajo apoyo social percibido. • Dificultad para manejar el conflicto interpersonal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la tolerancia al dolor. • Favorecer la reevaluación positiva como forma alternativa adecuada para el afrontamiento de los eventos estresantes. • Incrementar las estrategias de afrontamiento centradas en el problema. • Fomentar creencias de competencia y control sobre el ambiente. • Favorecer estrategias de solución de problemas que le 	<ul style="list-style-type: none"> • Distracción • Solución de Problemas • Reestructuración cognitiva. • Solución de problemas. • Técnica de columnas. • Reestructuración cognitiva. • Solución de

	ayuden a manejar el conflicto en sus relaciones interpersonales.	problemas <ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva
--	--	--

22.RESULTADOS

Una vez finalizadas las sesiones, los resultados pos-test obtenidos fueron:

- **DUKE-UNK.**

La puntuación del Apoyo Confidencial pos-test presenta un cambio significativo, pasando de 6 a 17 puntos. En cuanto al Apoyo Afectivo, éste mantuvo una puntuación ligeramente por debajo del punto de corte de 18 puntos, al sumar 16 puntos. La sumatoria de estos dos puntajes resulta en un Apoyo Total Percibido con una puntuación de 33. Esto muestra cambio favorable en la valoración hecha por AMV acerca de la disponibilidad de las personas significativas de su contexto para comunicarse, aunque se mantiene la percepción de no empatía.

- **ESCALA DE ESTRATEGIAS DE COPING – MODIFICADA (EEC-M).**

COMPONENTE	002-AMV	
	PRE	POS
	Percen	Percen*
Factor 1. Solución de Problemas.	10	40
Factor 2. Búsqueda de Apoyo Social.	5	55
Factor 3. Espera.	95	80
Factor 4. Religión.	75	70

Factor 5. Evitación emocional.	98	75
Factor 6. Búsqueda de Apoyo Profesional.	35	55
Factor 7. Reacción agresiva.	80	75
Factor 8. Evitación cognitiva.	5	75
Factor 9. Reevaluación Positiva.	2	35
Factor 10. Expresión de la dificultad de afrontamiento.	65	25
Factor 11. Negación.	15	50
Factor 12. Autonomía.	45	45

*Los recuadros en rojo y verde indican los percentiles por debajo o por encima de la media, según sean ≤ 25 o ≥ 75 , respectivamente.

Los anteriores resultados muestran que el estilo de afrontamiento de AMV continúa siendo prevalentemente pasivo e inadecuado, centrado en la emoción, haciendo uso frecuente de la espera, la evitación emocional, la reacción agresiva y la evitación cognitiva como recursos de afrontamiento. Sin embargo, se observa un cambio positivo en la inclusión de estrategias adecuadas como lo son la solución de problemas, la búsqueda de apoyo social y la reevaluación positiva, estrategias que tuvieron una baja puntuación pre-test y que ahora se encuentran dentro del rango normal. Otro de los cambios encontrados en esta valoración post-test es la aparición de la expresión de la dificultad de afrontamiento como una estrategia menos recurrente, comparado con los resultados pre-test.

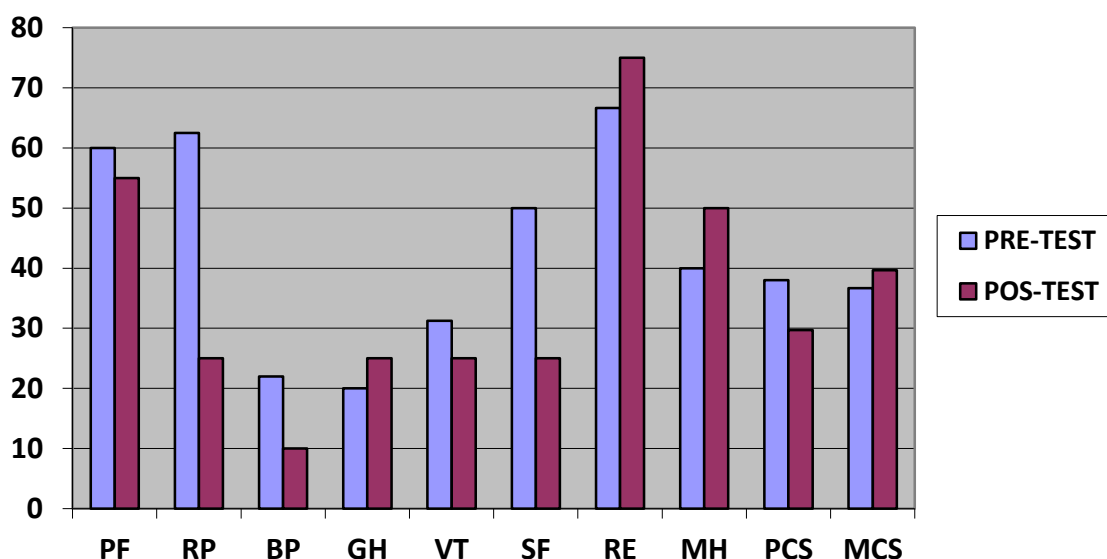
Con base en lo anterior puede decirse que, a pesar del mantenimiento de un estilo inadecuado de afrontamiento, AMV empieza a movilizar estrategias cognitivas analíticas y racionales desde las que visualiza soluciones alternativas a sus problemas, a la vez que empieza a reconocer otros recursos, entre ellos el apoyo social, como elemento protector en la prevención y reducción del estrés. Adicionalmente, la reevaluación de sus problemáticas modifica positivamente sus pensamientos en torno a ellas, permitiéndole una mayor percepción de autoeficacia.

- **SF36V2.**

Físicamente, el funcionamiento de AMV puntúa no sólo peor, comparado con el punto de corte (50), sino que también empeoró significativamente en comparación

con la puntuación obtenida en la valoración pre-test. Este resultado pos-test se ve afectado por una crisis de dolor experimentada por AMV durante los días inmediatamente anteriores a esta valoración, lo que influye noblemente sobre su energía y rendimiento en sus actividades cotidianas, incluyendo su autocuidado y otras tareas que requieran un esfuerzo moderado y/o intenso.

El resumen de la salud mental de AMV como medida general, continúa por debajo del promedio. Sus problemas de salud afectan su funcionamiento social, el cual se muestra evidentemente limitado, empeorando su desenvolvimiento a este nivel con respecto a la valoración inicial (pre-test). Sin embargo, los resultados muestran también que la realización de sus tareas cotidianas no se ve afectada por sus problemas emocionales.



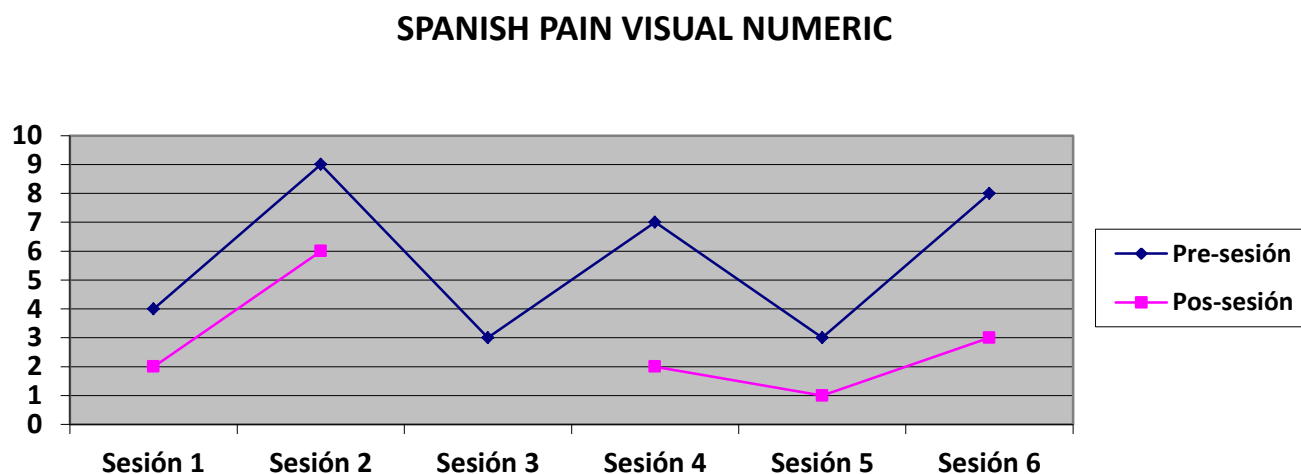
Encuesta de Conocimientos acerca de la Artritis Reumatoide. Este cuestionario indaga acerca del conocimiento de los pacientes acerca de su enfermedad reumática en una escala de 1 a 10.

La puntuación alcanzada por AMV en el cuestionario aplicado previo a la sesión de psicoeducación fue de 5, indicando un bajo nivel de conocimiento por parte de la paciente con respecto al origen, síntomas, tratamiento y pronóstico de la AR.

Sin embargo, esta puntuación mejoró en 4 puntos tras la sesión psicoeducativa, respondiendo en forma correcta a 9 de las 10 preguntas contenidas en la encuesta.

La intervención a este nivel (psicoeducativo) es importante en el manejo de su AR, al brindarle conocimiento sobre aspectos básicos de su enfermedad, incluyendo el pronóstico.

Spanish Pain Visual Numeric. Esta escala es una versión modificada de la escala visual análoga. Es utilizada para medir numéricamente la intensidad de dolor experimentada por el (la) paciente.



En la anterior grafica se refleja una reducción significativa en la intensidad de dolor percibido por la paciente a lo largo todas las sesiones, en las que pasa de un percepción de dolor moderado a leve (Sesiones 1 y 4), de un dolor severo a uno moderado (Sesión 2) e, incluso, de un dolor severo a uno leve (sesión 6). No se registra ningún dato pos en la sesión número 3 dado que, debido a un olvido involuntario, esta medida no fue tomada. El reporte de un dolor menos intenso al final de cada sesión presenta la distracción como técnica efectiva a este nivel.

En general, se considera que el nivel de estrés, producido por las circunstancias físicas y emocionales de AMV, disminuyó, a pesar de que el nivel de afectación física se mantiene. Esto se atribuye a la inclusión de estrategias de afrontamiento más adecuadas desde las que AMV percibe y se comporta frente a su enfermedad, lo que se espera le permita mejorar su calidad de vida. Esto sumado a una percepción más positiva del apoyo social con el que cuenta la paciente.

Anexo 4. Cuadernillos Instrumentos

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.

Cuestionario sobre el conocimiento de la Artritis Reumatoide (AR)

A continuación usted encontrará 10 preguntas acerca de diferentes aspectos de la Artritis Reumatoide. Por favor responda a cada una de ellas, marcando con una X la que usted considere es la respuesta correcta, de acuerdo a las 3 opciones de respuesta: “ Verdadero”, “Falso” o “No sé”. Gracias por contestar este cuestionario.

PREGUNTA	VERDADERO	FALSO	NO SÉ
1. Existe un tratamiento único para los pacientes con artritis reumatoide.			
2. Todos los pacientes con artritis reumatoide tienen un mal pronóstico.			
3. El cuello es la parte de la columna que se afecta más comúnmente en los pacientes con artritis reumatoide.			
4. La artritis reumatoide es causada por la mala alimentación, el frío y el clima húmedo.			
5. Los pacientes con artritis reumatoide no deben asumir un papel muy activo en su proceso de recuperación porque el médico es el encargado principal.			
6. Artritis y osteoporosis son la misma enfermedad.			
7. La artritis reumatoide puede causar sequedad en los ojos y en la boca.			
8. Los pacientes con artritis reumatoide deben incluir en su dieta alimentos variados pero no deben comer carnes rojas.			
9. La artritis reumatoide nunca afecta los pulmones.			
10. Para confirmar el diagnóstico de artritis reumatoide es necesario hacer algunos exámenes de sangre.			

ESCALA DE ESTRATEGIAS DE COPING – MODIFICADA (EEC-M)

Instrucciones: A continuación se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se le presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando con una X en la columna que le señala la flecha (↓), el número que mejor indique que tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes.

1	2	3	4	5	6
NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE	SIEMPRE

1.	Trato de comportarme como si nada hubiera pasado	1 2 3 4 5 6
2.	Me alejo del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descansando, etc.)	1 2 3 4 5 6
3.	Procuro no pensar en el problema	1 2 3 4 5 6
4.	Descargo mi mal humor con los demás	1 2 3 4 5 6
5.	Intento ver los aspectos positivos del problema	1 2 3 4 5 6
6.	Le cuento a familiares o amigos cómo me siento	1 2 3 4 5 6
7.	Procuro conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional	1 2 3 4 5 6
8.	Asisto a la iglesia	1 2 3 4 5 6
9.	Espero que la solución llegue sola	1 2 3 4 5 6
10.	Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados	1 2 3 4 5 6

11.	Procuro guardar para mí los sentimientos	1 2 3 4 5 6
12.	Me comporto de forma hostil con los demás	1 2 3 4 5 6
13.	Intento sacar algo positivo del problema	1 2 3 4 5 6
14.	Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema	1 2 3 4 5 6
15.	Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten	1 2 3 4 5 6
16.	Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro	
17.	Espero el momento oportuno para resolver el problema	1 2 3 4 5 6
18.	Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona	1 2 3 4 5 6
19.	Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo	1 2 3 4 5 6
20.	Procuro que los otros no se den cuenta de lo que siento	1 2 3 4 5 6
21.	Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema	1 2 3 4 5 6
22.	Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias	1 2 3 4 5 6
23.	Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema	1 2 3 4 5 6
24.	Procuro hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema	1 2 3 4 5 6
25.	Tengo fe en que Dios remedie la situación	1 2 3 4 5 6
26.	Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación	1 2 3 4 5 6
27.	No hago nada porque el tiempo todo lo dice	1 2 3 4 5 6
28.	Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones	1 2 3 4 5 6

29.	Dejo que las cosas sigan su curso	1 2 3 4 5 6
30.	Trato de ocultar mi malestar	1 2 3 4 5 6
31.	Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema	1 2 3 4 5 6
32.	Evito pensar en el problema	1 2 3 4 5 6
33.	Me dejo llevar por mi mal humor	1 2 3 4 5 6
34.	Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal	1 2 3 4 5 6
35.	Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar	1 2 3 4 5 6
36.	Rezo	1 2 3 4 5 6
37.	Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas	1 2 3 4 5 6
38.	Pienso que lo mejor es esperar a ver que puede pasar	1 2 3 4 5 6
39.	Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al Problema	1 2 3 4 5 6
40.	Me resigno y dejo que las cosas pasen	1 2 3 4 5 6
41.	Inhibo mis propias emociones	1 2 3 4 5 6
42.	Busco actividades que me distraigan	1 2 3 4 5 6
43.	Niego que tengo problemas	1 2 3 4 5 6
44.	Me salgo de casillas	1 2 3 4 5 6
45.	Por mas que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento	1 2 3 4 5 6

46.	A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo	1 2 3 4 5 6
47.	Pido a algún amigo o familiar que me indiquen cuál sería el mejor camino a seguir	1 2 3 4 5 6
48.	Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión	1 2 3 4 5 6
49.	Acudo a la iglesia para poner velas o rezar	1 2 3 4 5 6
50.	Considero que las cosas por sí solas se solucionan	1 2 3 4 5 6
51.	Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas	1 2 3 4 5 6
52.	Me es difícil relajarme	1 2 3 4 5 6
53.	Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros	1 2 3 4 5 6
54.	Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema	1 2 3 4 5 6

55.	Así lo quiera, no soy capaz de llorar	1 2 3 4 5 6
56.	Tengo muy presente el dicho “al mal tiempo buena cara”	1 2 3 4 5 6
57.	Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos	1 2 3 4 5 6
58.	Intento conseguir mas información sobre el problema acudiendo a profesionales	1 2 3 4 5 6
59.	Dejo todo en manos de Dios	1 2 3 4 5 6
60.	Espero que las cosas se vayan dando	1 2 3 4 5 6
61.	Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas	1 2 3 4 5 6
62.	Trato de evitar mis emociones	1 2 3 4 5 6
63.	Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas	1 2 3 4 5 6
64.	Trato de identificar las ventajas del problema	1 2 3 4 5 6
65.	Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás	1 2 3 4 5 6
66.	Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional	1 2 3 4 5 6
67.	Busco tranquilizarme a través de la oración	1 2 3 4 5 6
68.	Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar	1 2 3 4 5 6
69.	Dejo que pase el tiempo	1 2 3 4 5 6

