



Autoeficacia, desesperanza aprendida e incapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide

Stefano Vinaccia¹ (*Universidad de San Buenaventura de Medellín, Colombia*),
Francoise Contreras (*Universidad Santo Tomás de Bogotá, Colombia*),
Lina Marcela Restrepo Londoño (*Universidad de San Buenaventura de Medellín, Colombia*), José Cadena (*Corporación para las Investigaciones Biológicas de Medellín y Clínica Universitaria Bolivariana, Colombia*) y
Juan Manuel Anaya (*Corporación para las Investigaciones Biológicas de Medellín y Clínica Universitaria Bolivariana, Colombia*)

(Recibido 15 de enero 2004 / Received January 15, 2004)

(Aceptado 12 de mayo 2004 / Accepted May 12, 2004)

RESUMEN. El objetivo de este estudio descriptivo fue estudiar la relación entre autoeficacia, desesperanza aprendida e incapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide y así determinar el papel de los factores psicológicos en la adaptación del paciente a la enfermedad. Se aplicó el Cuestionario de Actividades de la Vida Diaria, el Índice de Actitudes Reumatoides y la Escala de Autoeficacia para la Artritis a 79 pacientes en tratamiento en la unidad de reumatología de la Clínica Bolivariana de Medellín (Colombia). Se encontró que la autoeficacia percibida se asocia negativamente con la desesperanza, el dolor y la incapacidad funcional. A su vez, estas tres variables se relacionaron entre sí de forma positiva. De lo anterior se puede concluir que una adecuada autoeficacia permitiría asumir de manera más favorable la enfermedad y adaptarse a los cambios que ella conlleva. La desesperanza se asoció de manera significativa con el dolor, y éste con la incapacidad, por lo que se puede inferir, una relación indirecta con la desesperanza. Los resultados confirman el peso significativo que tienen las variables psicológicas estudiadas sobre la artritis reumatoide y que tenerlas en cuenta podría modificar potencialmente la experiencia de la enfermedad.

¹ Correspondencia: Apartado Aéreo 81240. Envigado. Antioquia (Colombia). E-Mail: Vinalpi47@hotmail.com

PALABRAS CLAVE. Artritis reumatoide. Autoeficacia. Desesperanza aprendida. Dolor. Incapacidad funcional. Estudio descriptivo.

ABSTRACT. The purpose of this descriptive study was to study the relation between self efficacy and learned helplessness, and the levels of functional incapacity in patients diagnosed with rheumatoid arthritis and thus determine the role of psychological factors in the patient's adaptation to this illness. The investigation involved 79 patients in treatment for rheumatoid arthritis, ages 41 to 60 years. The Activities of Daily Living was applied. Also the index of RAI and the Scale of Self-efficacy for Arthritis. It was found that perceived self efficacy has a negative correlation with helplessness, pain and functional incapacity. At the same time, these three variables relate in a positive form. From the preceding it can be concluded that adequate self efficacy permits a more favorable attitude toward the illness and an adaptation to the lifestyle changes brought on by it. Helplessness, for its part, relates to pain, and pain relates with incapacity, from which one can infer an indirect relation to helplessness. The results of this investigation confirm the significant weight of psychological variables concerning adaptation to rheumatoid arthritis. Taking these variables into account, it may be potentially possible to modify the experience at this illness.

KEYWORDS. Rheumatoid arthritis. Self-efficacy. Learned helplessness. Pain. Functional incapacity. Descriptive study.

RESUMO. O objectivo deste estudo descritivo foi estudar a relação entre auto-eficácia, desânimo aprendido e incapacidade funcional em pacientes com diagnóstico de artrite reumatóide e assim determinar o papel dos factores psicológicos na adaptação do paciente à doença. Aplicou-se o Questionário de Actividades de Vida Diária, o Índice de Atitudes Reumatóides e a Escala de Auto-eficácia para a artrite a 79 pacientes em tratamento na unidade de reumatologia da Clínica Bolivariana de Medellín (Colômbia). Verificou-se que a auto-eficácia percebida se associa negativamente com o desânimo, a dor e a incapacidade funcional. Por sua vez, estas três variáveis relacionam-se entre si de forma positiva. Pode-se concluir que uma adequada auto-eficácia permitiria assumir de maneira mais favorável a doença e uma adaptação a mudanças que ela acarreta. O desânimo aprendido associou-se de forma significativa com a dor, e esta com a incapacidade, pelo que se pode inferir, uma relação indirecta com o desânimo aprendido. Os resultados confirmam o peso significativo que têm as variáveis psicológicas estudadas sobre a artrite reumatóide. Tomar estas variáveis em conta poderia modificar potencialmente a experiência da doença.

PALAVRAS CHAVE. Artrite reumatóide. Auto-eficácia. Desânimo aprendido. Dor. Incapacidade funcional. Estudo descriptivo.

Introducción

La artritis reumatoide es una alteración crónica autoinmune caracterizada por la inflamación persistente de la membrana sinovial que afecta habitualmente a las articulaciones periféricas (metacarpofalángicas, metatarsofalángicas, rodillas y codos, generalmente).

La progresión de la enfermedad va produciendo una degeneración de los cartílagos y un debilitamiento en los tendones, lo cual produce fuertes dolores y una reducción progresiva de la movilidad. La evolución de la artritis reumatoide puede ser muy variable, desde sólo un proceso oligoarticular (pocas articulaciones) de breve duración y con lesiones articulares mínimas hasta una poliartritis (múltiples articulaciones) progresiva que evoluciona hasta deformar de manera importante las articulaciones. La mayoría de los pacientes presenta una evolución intermedia entre estos dos extremos (Anaya, 1999). La artritis reumatoide afecta aproximadamente al 1% de la población (oscila entre el 0,3% y el 2,1%); las mujeres se ven afectadas con una frecuencia tres veces superior a la de los varones, la prevalencia aumenta con la edad y las diferencias entre los sexos disminuyen en el grupo de población de edad avanzada. El inicio de la enfermedad es más frecuente durante el cuarto y quinto decenios de la vida, de forma que el 80% de todos los pacientes desarrolla la enfermedad entre los 35 y 50 años de edad (Ramos, 1999). Quienes padecen esta enfermedad deben someterse a tratamientos médicos que implican cambios significativos en la rutina diaria, dieta y ejercicio físico, de acuerdo con el grado de discapacidad; el paciente se ve obligado a reevaluar y reacomodar parcial o totalmente su cotidianidad, lo que puede afectar severamente a su calidad de vida. En ocasiones, incluso, el individuo no está en capacidad de mantener su empleo (la incapacidad laboral entre los 5 y 10 años desde el inicio de la enfermedad en diferentes países es del 43 al 50%); en muchos casos no vuelve a trabajar o cuando lo hace se encuentra con que debe ocupar un puesto de menor responsabilidad (Cadena, Cadavid, Ocampo, Vélez y Anaya, 2002).

Evidentemente no sólo es el paciente quien padece las consecuencias de esta enfermedad crónica sino también su familia, pues por ser ésta un sistema, el cambio en uno de sus integrantes, modifica su dinámica interna. Uno de los cambios más significativos es la dependencia del paciente hacia los otros miembros de la familia; algo similar ocurre en el ámbito social mas amplio, ya que después del diagnóstico estas personas presentan ciertas dificultades para mantener las relaciones interpersonales ya establecidas, incluso suelen aislarse del grupo social al que pertenecían (Cadena, Vinaccia, Pérez, Rico, Hinojosa y Anaya, 2003).

La artritis reumatoide afecta al individuo a nivel cognitivo, emocional y comportamental desde el momento en que recibe el diagnóstico. El paciente generalmente experimenta un fuerte impacto emocional que trae consigo desorientación, negación y miedo probablemente por la incertidumbre del curso de la enfermedad y por la certeza del giro que ésta dará a su vida. Lazarus y Folkman (1986) sostienen que, aunque la negación en un primer momento puede tener una función protectora que reduce los niveles de estrés generados por el diagnóstico, si persiste puede alterar de alguna forma el tratamiento a seguir, pues al no reconocer su enfermedad no se reconocerá su tratamiento. Otras reacciones emocionales asociadas son el miedo, depresión, indefensión, desesperanza e ira. No obstante, cada paciente tiene distintas formas de afrontar la enfermedad y de adaptarse a ella; por ello, las reacciones emocionales se manifiestan con cierta particularidad. Comprender el tipo de reacciones emocionales, en que momentos ocurren y qué factores determinan su aparición es útil para determinar si éstas constituyen un obstáculo o, por el contrario, favorecen los procesos del tratamiento y

la recuperación (Latorre y Beneit, 1994). Cabe aclarar que las reacciones emocionales son completamente normales y la ausencia de ellas se asocia con una recuperación más lenta y problemática (Lazarus y Folkman, 1986).

Las reacciones emocionales a su vez están acompañadas de un sistema de creencias que determinan la actitud del paciente frente a su enfermedad. Algunas investigaciones han demostrado que las representaciones cognitivas influyen en la adaptación a la enfermedad (Leventhal y Nerenz, 1985). Uno de los factores cognitivos que juega un papel importante en la adaptación del paciente a la enfermedad es la opinión que éste tenga sobre su eficacia personal para hacer frente a ella. La autoeficacia percibida se define como los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, con base en las cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permita alcanzar el rendimiento deseado. El concepto de autoeficacia no hace referencia a los recursos de que se disponga sino a la opinión que se tenga sobre lo que puede hacer con ellos. La autoeficacia influye directamente en la determinación personal para la acción, implica la certeza de disponer de la eficacia para actuar (Bandura, 1987). La eficacia en el comportamiento requiere una continua improvisación de habilidades que permitan dominar las circunstancias continuamente cambiantes del entorno, la mayoría de las cuales están constituidas por elementos ambiguos, impredecibles y muchas veces percibidos como estresantes. Por ello, se presume que los juicios sobre la eficacia pueden llegar a determinar la cantidad de esfuerzo que empleará la persona y su persistencia, cuando se vea enfrentada a obstáculos y a experiencias adversas, como consecuencia de padecer una enfermedad crónica como la artritis reumatoide, que le implica cambios casi radicales en la rutina diaria y debe aprender nuevas conductas para adaptarse a su situación. Los resultados obtenidos de la acción retroalimentan al individuo y fortalecen la percepción de autoeficacia; por ello, la forma de actuar determina en gran parte el resultado que se obtiene. O'Learly, Shorr, Lorig y Holman (1988) (citados por Brannon y Feist, 2001) han encontrado relaciones significativas entre el nivel de autoeficacia percibida y el estado general de salud; de igual forma, incrementos en la autoeficacia se han asociado con mejorías en la percepción de dolor, estado psicológico y estado general de salud (Parker *et al.*, 1988, citados por Brannon y Feist, 2001). La autoeficacia comprende las expectativas de los individuos concernientes a sus propias capacidades para realizar tareas, mientras mayor sea la percepción de autoeficacia, mejor tiende a ser el desempeño del individuo; este éxito puede llevar a sentimientos positivos más generalizados acerca de sí mismo. De esta forma, la autoeficacia interviene en la determinación personal para la acción e influye en la motivación y en la cantidad de esfuerzo empleados por el individuo para afrontar situaciones nuevas en las cuales se presentan obstáculos. Algunos estudios han hallado que cuando los pacientes con enfermedad crónica tienen la creencia de que pueden ejercer cierto control sobre su enfermedad, se adaptan mejor a la misma que aquellos en los que predominan los sentimientos de incontrolabilidad (Bandura, 1987). Una percepción inadecuada sobre la enfermedad podría generar sentimientos de indefensión, es decir, sentir que a pesar de los esfuerzos realizados para adaptarse a esta nueva rutina no va a funcionar.

Lo anterior conduce a estudiar otro factor cognitivo importante relacionado con la percepción de control sobre la situación y que puede estar relacionado con la adapta-

ción a la artritis reumatoide como es la desesperanza aprendida. Los individuos que la presentan no perciben claramente la relación entre su comportamiento y las consecuencias que éste produce, lo que lleva al paciente a emitir conductas de pasividad y a creer que nada de lo que haga puede mejorar su situación. La desesperanza aprendida es el estado psicológico que se produce cuando los acontecimientos son percibidos como incontrolables y que no se puede hacer nada por cambiarlos; para Seligman (1975) lo incontrolable es justamente lo que produce la desesperanza. La baja motivación ocasionada por la desesperanza aprendida ocurre por la relación entre la percepción del control y el control real. La desesperanza aprendida produce un rápido deterioro que impide responder de forma adaptativa a una situación traumática o iniciar respuestas voluntarias para ejercer control sobre los acontecimientos. Inclusive, dificulta a la persona aprender que su respuesta ha sido eficaz, aún cuando realmente lo haya sido; por ello, la percepción de incontrolabilidad se caracteriza por una marcada distorsión de la percepción de control (Vinaccia, Cadena, Contreras, Juárez y Anaya, 2004). De esta forma, la desesperanza aprendida podría suponer un verdadero obstáculo para la adaptación a la enfermedad; el paciente ha aprendido que se encuentra indefenso, lo que disminuye su motivación para actuar, bloquea su capacidad cognitiva para percibir sucesos e incrementa su emotividad. El paciente al no ver mejorías en su condición de salud, en algunos casos por el contrario, debe soportar retrocesos, le hace percibir una falta de control sobre la situación y resignarse de manera exagerada, reafirmando de esta forma que nada ni nadie será capaz de cambiar su situación, aunque se le presenten alternativas viables. Lo anterior lleva al paciente a perder la confianza en sí mismo y al debilitamiento progresivo de su autoestima, lo que a su vez podría influenciar su percepción de autoeficacia y reforzará la desesperanza ante su enfermedad.

La incapacidad funcional es otro factor importante en el estudio de la artritis reumatoide, pues esta enfermedad implica deformidad, dolor y pérdida de funciones de la vida diaria que pueden afectar en mayor o menor medida el desplazamiento, el cuidado personal, el trabajo y otras actividades básicas. Sin embargo, la incapacidad funcional no depende solamente de la limitación física del paciente, sino que se ve influida también por factores psicológicos; de acuerdo con Escalante y Del Rincón (1999) en un 26%, mientras que el 33% se atribuye directamente a la enfermedad. De igual forma, la experiencia de dolor crónico, asociado a la incapacidad funcional que se caracteriza por ser permanente o recurrente, no ceder a los tratamientos médicos convencionales y generar importante disfunción y sufrimiento en el individuo, es considerada como algo subjetivo, una experiencia perceptual compleja que se asocia con estados emocionales y atribucionales por parte del paciente (Melzack, 1983). La percepción de que la enfermedad es crónica y el dolor es persistente causa depresión y ansiedad en los pacientes y esto conduce a que refieran más dolor y temor hacia la movilización, lo que complica aún más la situación del paciente crónico. Como la etiología por lo general no es fácil de explicar, o es desconocida, el enfermo cataloga su problema como grave, sin solución y todo ello lo hace caer en desesperanza.

Por todo lo descrito se asume que la artritis reumatoide es una enfermedad multisistémica, en donde cambios en una parte del sistema pueden producir modificaciones en la otra y viceversa. El incremento en la severidad de los síntomas de la

enfermedad (cambio biológico) puede producir incrementos en la ansiedad, depresión y desesperanza (cambios psicológicos), y decrementos en la habilidad para trabajar o realizar las tareas domésticas (cambios sociales) pueden incrementar el dolor y la incapacidad (Keefe, Smith, Buffington, Gibsoon, Studts y Calwell, 2002). Por ello, incidir sobre éstas y otras variables psicológicas puede favorecer el afrontamiento a la enfermedad y permitir una mejor adaptación a los cambios en el estilo de vida que ella conlleva. Lo anterior permite comprender la importancia de identificar cuales son esas variables y entender bajo que mecanismos operan con el fin de lograr un abordaje integral de la enfermedad e incidir sobre el bienestar físico, psicológico y social de los pacientes con artritis reumatoide, que por ser una enfermedad crónica, su trastorno orgánico funcional puede persistir largo tiempo y obligar a modificar el estilo de vida del paciente (Brannon y Feist, 2001). El objetivo de este estudio descriptivo mediante encuestas de tipo transversal (Montero y León, 2005) fue estudiar las relaciones entre autoeficacia, desesperanza aprendida y incapacidad funcional en una muestra de pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. En la redacción del artículo se siguieron las pautas propuestas por Ramos-Alvarez y Catena (2004).

Método

Participantes

La investigación se realizó con 79 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide según el criterio del Colegio Americano de Reumatología (Arnett, 1988), con edades comprendidas entre los 41 y 60 años (70 mujeres y 9 hombres) en tratamiento médico en la Unidad de Reumatología de la Clínica Universitaria Bolivariana de la ciudad de Medellín (Colombia). La participación de los pacientes fue voluntaria y se les trató de acuerdo con los principios éticos de los psicólogos cuando se trabaja con seres humanos.

Instrumentos

Se emplearon tres pruebas de autoinforme para evaluar cada una de las variables a estudiar: incapacidad funcional, desesperanza aprendida y autoeficacia. El Cuestionario de Actividades de la Vida Diaria (versión española de Escalante, Galarza y Beardmore, 1996) incluye ocho ítems que se califican en una escala de 4 puntos, donde 1 es «Sin dificultad» y 4 «No puedo hacerlo»; la calificación final es el promedio de las ocho respuestas. Este cuestionario permite evaluar, además de la incapacidad funcional, la presencia y duración de la rigidez matutina en minutos y horas, así como la presencia de dolor mediante una escala visual análoga que se califica desde «Ningún dolor» (0) al «Peor dolor que pueda tener» (10). El índice de confiabilidad alfa de Cronbach de la versión en español fue de 0,89. El Índice de Actitudes Reumatoides (versión española de Escalante, Cardiel, Del Rincón y Suárez, 1999) está compuesto por 5 ítems que evalúan desesperanza aprendida con cinco posibilidades de respuesta que van desde «Totalmente de acuerdo» (5) hasta «Totalmente en desacuerdo» (1). El índice de confiabilidad alfa de Cronbach de la versión en español fue de 0,87. Por último, la

Escala de Autoeficacia para la Artritis (versión española de González, Ritter y Loring, 1995) está compuesta por ocho ítems con respuestas Likert que van desde 1 «Muy inseguro» hasta 10 «Muy seguro». El índice de confiabilidad alfa de Cronbach de la versión española fue de 0,92.

Procedimiento

Las pruebas se aplicaron de forma colectiva a los 79 pacientes. Para ello se realizó una jornada lúdica y educativa en la que una vez contestados los cuestionarios se les brindó información sobre su enfermedad y su tratamiento. Antes de aplicar las pruebas se les explicó en que consistía la evaluación y el uso que se iba a hacer de los resultados. Una vez que se contó con el consentimiento informado de los pacientes se procedió a la aplicación de los cuestionarios, brindando la asesoría y colaboración necesarias.

Resultados

En los análisis de resultados se utilizó el programa estadístico SPSS versión 10.1. En la Tabla 1 se presenta un resumen de las variables sociodemográficas evaluadas en el estudio. La edad predominante de los participantes estaba entre los 41-50 y 51-60 años, siendo esta última la edad en la que se encontraba la mayoría de personas. La edad mínima fue de 27 años y la máxima superaba los 61 años; el 58,2% estaban casados, seguidos por un porcentaje reducido de solteros (15,2%). Los participantes pertenecían a diferentes capas sociales, manifestándose esto mediante el lugar de resi-

TABLA 1. Resumen de las variables sociodemográficas de la muestra.

EDAD	De 27 a 30 años	3 (3,8%)	ESTRATO	Muy bajo	2 (2,5%)
	De 31 a 40 años	12 (15,4%)		Bajo	25 (31,6%)
	De 41 a 50 años	20 (25,6%)		Medio-Bajo	39 (49,4%)
	De 51 a 60 años	25 (31,6%)		Medio-Medio	6 (7,6%)
	61 años o más	18 (22,8%)		Medio-Alto	4 (5,1%)
ESTADO CIVIL	Soltero	12 (15,2%)	NIVEL EDUCATIVO	Ninguno	3 (3,8%)
	Casado	46 (58,2%)		Primaria	31 (39,2%)
	Separado	6 (7,6%)		Secundaria	31 (39,2%)
	Viudo	10 (2,7%)		Universitaria	14 (17,2%)
	Unión libre	5 (6,3%)			

dencia, el cual constituye una forma de identificar los diferentes estratos. Como se puede observar en la Tabla 1, casi la mitad de los participantes están ubicados en el estrato medio-bajo, (49,4%), seguido del estrato bajo con un porcentaje importante (31,6%); se aprecia, en general, una tendencia hacia los estratos de nivel socioeconómico menos favorecidos. Con relación al nivel educativo alcanzado, tal y como se observa en la misma tabla, los participantes muestran una tendencia al agrupamiento en los niveles de Primaria y Secundaria (cada uno con un 39,2%); también se encontró que un número importante de pacientes, aunque más reducido, había culminado sus estudios universitarios (17,2).

En la Tabla 2 se describe la frecuencia con que los pacientes manifestaron tener algún familiar con artritis reumatoide. Se encontró que la mayoría de las personas de esta muestra (74,7%) manifestó no tener familiares con este diagnóstico, observándose la escasa cantidad de pacientes con antecedentes familiares de la enfermedad.

TABLA 2. Antecedentes familiares de artritis reumatoide de los 79 participantes.

<i>Familiares con artritis</i>	<i>Frecuencia y porcentaje</i>
Ninguno	59 (74,7%)
Hermanos	10 (12,7%)
Padre	2 (2,5%)
Abuelos	2 (2,5%)
Madre	4 (5,1%)
TOTAL	79 (100%)

Como puede observarse en la Tabla 3, es escaso el número de participantes que actualmente ejerce una labor remunerada. Solo el 22,8% de los pacientes tiene un trabajo a tiempo completo y el 2,5% de media jornada. Casi la mitad de los pacientes (49,4%) se dedica a las labores domésticas y otros no trabajan por diversas circunstancias.

TABLA 3. Actividad laboral de los participantes.

<i>Actividad laboral</i>	<i>Frecuencia y porcentaje</i>
Ama de casa	39 (49,4%)
Trabajo medio tiempo	2 (2,5%)
Trabajo tiempo completo	18 (22,8%)
Jubilado	9 (11,4%)
Incapacidad permanente	5 (6,3%)
Desempleado	2 (2,5%)
Trabajo ocasional	4 (5,1%)
TOTAL	79 (100%)

En cuanto a las personas con quienes viven estos pacientes, tal como se observa en la Tabla 4, el 45,6% (36 personas) tiene un núcleo familiar conformado por hijos - esposo/compañero.

TABLA 4. Personas con quien vive el paciente.

<i>Convivencia</i>	<i>Frecuencia y porcentaje</i>
Hijos	13 (16,5 %)
Esposo/compañero	8 (10,1 %)
Madre-hijos-hermanos	2 (2,5 %)
Hermanos	4 (5,1 %)
Hijos-esposo/compañero	36 (45,6 %)
Padre-madre-hermanos	1 (1,3 %)
Solo	4 (5,1 %)
Hermanos-esposo/compañero	1 (1,3 %)
Hermanos-hijos	3 (3,8 %)
Hijos-hermanos-esposo/compañero	1 (1,3 %)
Abuelos	1 (1,3 %)
Madre-hijos-esposo/compañero	1 (1,3 %)
Ns/Nr	1 (1,3 %)
TOTALES	79 (100 %)

En la Tabla 5 se presentan los datos descriptivos de las medias y desviaciones típicas en desesperanza aprendida y autoeficacia, mostrándose unos altos niveles de autoeficacia en la población estudiada, lo que contribuiría a la adaptación de los pacientes frente a su enfermedad. La Tabla 6 muestra las puntuaciones en incapacidad funcional, tiempo de aflojamiento, rigidez y dolor.

TABLA 5. Medias y desviaciones típicas en desesperanza aprendida y autoeficacia.

	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>	<i>Rango</i>
Desesperanza aprendida	13,17	4,89	5-25
Autoeficacia	62,79	18,29	8-80

TABLA 6. Medias y desviaciones típicas en incapacidad funcional, tiempo de aflojamiento, rigidez y dolor.

	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>	<i>Rango</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Minuto</i>
Incapacidad funcional	13,12	5,40	8-32		
Tiempo de aflojamiento					50,02
Rigidez				50	
Dolor	4,61	3,05	1-10		

Estos resultados fueron comparados con los obtenidos en población hispana con artritis reumatoide que reside en Estados Unidos utilizando los mismos instrumentos. En la Tabla 7 pueden apreciarse las diferencias en las dos muestras, observándose que en la colombiana se encontraron mayores niveles de autoeficacia y menor percepción del dolor contribuyendo a una menor discapacidad funcional y menor desesperanza aprendida.

TABLA 7. Comparación de las medias obtenidas en las muestras estadounidense y colombiana en las distintas variables.

	<i>Estados Unidos</i>	<i>Colombia</i>
Desesperanza aprendida	14,45	13,17
Autoeficacia	47,2	62,79
Incapacidad funcional	16,72	13,12
Rigidez	70/80	50,00
Dolor	6,0	4,61

Análisis correlacional

La Tabla 8 muestra las correlaciones encontradas mediante el coeficiente de Spearman entre las diferentes variables evaluadas. Como se puede observar, la autoeficacia percibida está asociada de forma negativa y significativa con la desesperanza, el dolor y la incapacidad funcional; a su vez, estas tres variables se relacionaron entre sí de forma positiva. La desesperanza, por su parte, correlacionó de forma positiva con incapacidad, pero no mostró una asociación significativa con dolor; no obstante, el dolor sí se relacionó positivamente con la incapacidad. Finalmente, la falta de control de la movilidad (incapacidad) estuvo asociada con la rigidez, hecho frecuente en este tipo de pacientes.

TABLA 8. Correlaciones entre las diferentes variables.

	Autoeficacia	Desesperanza	Dolor	Incapacidad
Autoeficacia	-	-	-	-
Desesperanza	-0,51**	-	-	-
Dolor	-0,44*	-	-	-
Incapacidad	-0,50**	0,42*	0,56**	-
Rigidez	-	-	-	0,43*

Discusión

El estudio reveló que cuando el paciente posee altos niveles de autoeficacia disminuye el dolor experimentado, la desesperanza y la incapacidad funcional. Estos resultados están acordes con lo planteado por Abraido-Lanza (2004), Lefebvre, Keefe y Affleck (2000), y Keefe *et al.* (2002), quienes afirman que las personas con artritis reumatoide que poseen un alto nivel de autoeficacia confían en su habilidad para afrontar el dolor y los demás síntomas de la artritis, mientras que las personas con bajo nivel de autoeficacia tienen mayores sentimientos de incapacidad funcional, más quejas de dolor y mayor desesperanza aprendida. Lo anterior evidencia que tener una adecuada autoeficacia permite asumir de manera más favorable la enfermedad y adaptarse a los cambios en el estilo de vida, que ella conlleva. Además, la autoeficacia se ha encontrado asociada con las creencias de que se es capaz de realizar conductas que mejoren la salud, el dolor y las funciones articulares (Loring, Chastain, Ung, Shoor y Holman, 1989). La asociación entre autoeficacia y dolor encontrada en este estudio ha sido también hallada en estudios longitudinales y transversales (Cadena *et al.*, 2003), llegando a señalarse que este constructo puede constituir un predictor de índices de dolor y de discapacidad en personas con artritis reumatoide; incluso, existe evidencia de que la autoeficacia se relaciona con la percepción de un estímulo doloroso aún en un ambiente controlado de laboratorio. Se ha propuesto también que la autoeficacia puede ejercer un efecto mediador y moderador del dolor y, por tanto, del estado de salud psicosocial de los pacientes con artritis reumatoide (Keefe *et al.*, 2002), y la evaluación subjetiva de dicho estado de salud permite predecir el bienestar psicológico (Neugebauer, Katz y Pasch, 2003). Esto tiene importantes implicaciones en cuanto a que el bienestar psicosocial en pacientes con incapacidad funcional se ve afectado por las creencias de autoeficacia, lo cual ha sido corroborado por el seguimiento hasta por un año después del diagnóstico de artritis reumatoide (Loring *et al.*, 1989). Bajos niveles de autoeficacia se asocian a estados depresivos, ansiedad e indefensión, lo cual se relaciona con baja autoestima y una opinión negativa acerca de las capacidades que se poseen. Por el contrario, altos niveles de autoeficacia disminuyen los índices de desesperanza y estos a su vez influyen en la disminución del dolor y la invalidez. Por ello, la desesperanza se asocia a una baja calidad de vida y es un factor predictor de la mortalidad (Nicassio *et al.*, 1985; Nicasio *et al.*, 1993; Callahan *et al.*, 1996; citados por Vinaccia, Ramírez y Toro, 2001).

Los resultados evidenciaron también una relación positiva entre desesperanza, dolor e incapacidad funcional, lo que pone de manifiesto nuevamente que estas variables psicológicas son importantes para entender las diferencias de como las personas con artritis responden a su enfermedad (Keefe *et al.*, 2002). La desesperanza, por su parte, correlacionó de forma positiva únicamente con incapacidad, pero no mostró una asociación significativa con dolor, por lo que se podría concluir que el problema de la desesperanza es la carencia de control y no el dolor experimentado. No obstante, el dolor sí se relacionó positivamente con la incapacidad, por lo que se puede inferir, una relación indirecta con la desesperanza. Estos resultados están de acuerdo con Seligman (1975), quien encontró que cuando el dolor se hace muy severo y prolongado para el paciente, sus niveles de desesperanza aumentan debido a que siente que por más que se esfuerce no va a lograr que el dolor disminuya (percepción de carencia del control sobre el dolor experimentado), y es así como se adoptan conductas de pasividad, caracterizando uno de los síntomas de desesperanza aprendida que a su vez se relaciona con estados depresivos según estudios longitudinales (Smith, Christensen, Peck y Ward, 1994). Lo anterior evidencia que la desesperanza y la autoeficacia emergen como importantes factores para entender el dolor y la incapacidad en personas con artritis reumatoide (Keefe *et al.*, 2002). La incapacidad funcional por su parte viene acompañada de desesperanza y mayores reacciones frente al dolor, lo cual imposibilita al paciente adecuarse a las nuevas rutinas (desplazamiento, cuidado personal y otras actividades básicas), así como a participar de actividades sociales, lo que afecta la independencia económica y el rol social de la persona. Está ampliamente demostrado que decrementos en la satisfacción con las habilidades pueden conducir a percepciones de pobre afrontamiento, lo que explica en parte el desarrollo de síntomas depresivos (Neugebauer *et al.*, 2003), que a su vez se relacionan con el dolor percibido según una extensa literatura.

Los resultados de esta investigación confirman el peso significativo que tienen las variables psicológicas sobre la adaptación a la artritis reumatoide. Escalante y Del Rincón (1999) categorizaron las causas del 59% de la discapacidad en pacientes con esta enfermedad, basándose en el modelo según el cual la patología lleva al impedimento, a la incapacidad funcional y, finalmente, a la discapacidad. Se encontró que la discapacidad en pacientes con artritis reumatoide podía atribuirse en un 26% a factores psicológicos (síntomas depresivos y a otros modificadores externos), mientras que el 33% podía atribuirse directamente a la enfermedad. Lo anterior evidencia que la efectividad de las fuentes de afrontamiento personal son relativamente independientes de una situación individual específica (padecer artritis) y que, en general, un juicio más positivo de la habilidad para afrontar los eventos reduce el estrés psicológico que puede ocasionar la enfermedad (Penninx, Tilburg, Boeke, DEG, Kriegsman y Van Eijk, 1998). En el abordaje de la enfermedad es fundamental entender e incluir aquellos aspectos que se ven afectados por el dolor, la incapacidad y demás síntomas de la enfermedad, como es el apoyo social. Penninx *et al.* (1998) sostienen que el apoyo social y las fuentes personales de afrontamiento pueden contribuir a la variabilidad en el impacto de las enfermedades crónicas sobre la salud psicosocial, pues han hallado que pacientes crónicamente enfermos que reciben un considerable apoyo social y tienen

fuertes creencias de autoeficacia y autoestima tienen menor riesgo de una subsecuente depresión que, como ya se señaló, se asocia a la percepción de dolor.

Los resultados de esta investigación evidencian la importancia de la disciplina psicológica para el abordaje de la artritis reumatoide y la necesidad de un trabajo inter y transdisciplinario en su tratamiento. Se pone de manifiesto la necesidad de asumir esta enfermedad desde una perspectiva biopsicosocial, como un sistema en donde la modificación de una dimensión puede producir alteraciones en la otra. En este sentido, la severidad en el curso de la enfermedad, puede producir incrementos en la desesperanza, dolor e incapacidad (directamente relacionados) y decrementos en la habilidad para trabajar, realizar tareas cotidianas y participar de actividades sociales. La perspectiva biopsicosocial de la artritis reumatoide tiene importantes implicaciones para el tratamiento integral de la enfermedad. Mejorar la autoeficacia en el paciente sobre el control de los síntomas de la artritis podría disminuir la percepción de dolor, incapacidad y desesperanza, lo cual incidiría favorablemente en la percepción de apoyo social al incrementarse la interacción con amigos y familiares. El modelo biopsicosocial entonces puede ser útil para comprender la artritis y la incapacidad y su uso puede servir como guía para la intervención. Tener en cuenta los factores psicológicos y/o sociales en el tratamiento puede modificar potencialmente la experiencia de la artritis (Keefe *et al.*, 2002).

Referencias

- Abraido-Lanza, A. (2004). Social support and psychological adjustment among Latinas With Arthritis: A test a theoretical Model. *Annals of Behavioral Medicine*, 27, 162-171.
- Anaya, J.M. (1999). Genes y Artritis. *Revista Colombiana de Reumatología*, 6, 240-250.
- Arnett, F.C. (1988). The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 31, 315-324.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y Acción. Fundamentos sociales*. Madrid: Martínez Roca.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo.
- Cadena, J., Cadavid, M., Ocampo, M., Vélez, M.E. y Anaya, J.M. (2002). Depresión y familia en pacientes con artritis reumatoide. *Revista Colombiana de Reumatología*, 9, 184-191.
- Cadena, J., Vinaccia S., Pérez, A., Rico, M., Hinojosa, H. y Anaya, J.M. (2003). The impact of disease activity on the quality of life and mental health status in Colombian patient with arthritis rheumatoid. *Journal of Clinical Rheumatology*, 9, 142-150.
- Escalante, A., Cardiel, M., Del Rincón, I. y Suárez, A. (1999). Cross-cultural equivalent of a brief helplessness scale for Spanish-speaking rheumatology patients in the United States. *Arthritis Care & Research*, 12, 341-350.
- Escalante, A. y Del Rincón, I. (1999). How much disability in rheumatoid arthritis is explained by rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 42, 1712-1721.
- Escalante, A., Galarza, D. y Beardmore, T. (1996). Cross-cultural adoption of a brief outcome questionnaire. *Arthritis & Rheumatism*, 39, 93-100.
- González, S.A., Ritter, P. y Loring, K. (1995). Translation and validation of arthritis outcome measures into Spanish. *Arthritis & Rheumatism*, 38, 1429-1446.
- Keefe, F.J., Smith, S.J., Buffington, A.L., Gibson, J., Studts J.L. y Caldwell D.S. (2002). Recent advances and future directions in the biopsychosocial assessment and treatment of arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 640-655.

- Latorre, P. y Beneit, J.M. (1994). *Psicología de la salud: Aportaciones para los profesionales de la salud*. Buenos Aires: Lumen.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Lefebvre, J.C., Keefe, F.J. y Affleck, G. (2000). The relationship of arthritis self-efficacy to daily pain, daily mood, and daily pain coping in rheumatoid arthritis patients. *Pain*, 80, 425-435.
- Leventhal, H. y Nerenz, D. (1985). The assessment of illness cognition. En P. Koreley (Ed.), *Measurement strategies in health psychology* (pp. 50-85). Nueva York: Wiley.
- Loring, K., Chastain, R., Ung, E., Shoor, S. y Holman, H. (1989). Development and evaluation scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 32, 37-43.
- Melzack, R. (1983). *Pain measurement and assessment*. Nueva York: Raven Press.
- Montero, I. y León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Neugebauer A., Katz, P.P. y Pasch, L.A. (2003). Effect of valued activity disability, social comparisons, and satisfaction with ability on depressive symptoms in rheumatoid arthritis. *Health Psychology*, 22, 253-262.
- Penninx B.W., Tilburg, T., Boeke, A.J., Deeg, D.J., Kriegsman, D.M. y Van Eijk, J.Th. (1998). Effects of social support and personal coping resources on depressive symptoms: Different for various chronic diseases? *Health Psychology*, 17, 551- 558.
- Ramos, F. (1999). *Enfermedades Reumáticas*. México: Mc Graw-Hill.
- Ramos-Alvarez, M. y Catena, A. (2004). Normas para la elaboración y revisión de artículos originales experimentales en ciencias del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 173-189.
- Seligman, M. (1975). *Indefensión*. Madrid: Debate.
- Smith, T.W., Christensen, A.J., Peck, J.R. y Ward, J.R. (1994). Cognitive distortion, helplessness, and depressed mood in rheumatoid arthritis: A four-year longitudinal analysis. *Health Psychology*, 13, 213-217.
- Vinaccia, S., Ramírez, A. y Toro, F. (2001). Desesperanza aprendida en pacientes con artritis reumatoide: análisis y evolución de un constructo. *Revista Colombiana de Reumatología*, 8, 443-447.
- Vinaccia, S., Cadena, J., Contreras, F., Juárez, F. y Anaya, J.M. (2004). Relaciones entre variables sociodemográficas, incapacidad funcional, dolor y desesperanza aprendida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 91-103.