

**EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y AFRONTAMIENTO
EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ARTRITIS REUMATOIDE DE UNA
INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD EN NEIVA**

TRABAJO DE GRADO

SILVIA LEONOR OLIVERA PLAZA

Asesora, Magíster en Terapia de Conducta

ANTONY FABIAN CORDOBA PATIÑO

IVONNE LORENA GOMEZ GUTIERREZ

VICTORIA FERNANDA GORDILLO FORERO

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

PROGRAMA DE PSICOLOGIA

Neiva., Octubre de 2013

Nota de aceptación

Firma del Presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Estudia siempre.

Incorpora a tus actividades el hábito de la buena lectura. Una
página por día, un trecho en los intervalos del servicio, una

Frase para meditación, se torna de la base fuerte de tu
construcción para el futuro.

El conocimiento es un bien que, por más que sea almacenado,
jamás ocupa cualquier espacio. Al contrario, faculta más
amplias facilidades para nuevas adquisiciones.

Las buenas lecturas enriquecen la mente, calman el corazón y estimulan el progreso.

El hombre que ignora, camina a ciegas.

Lee trechos poco a poco, sin embargo, hazlo constantemente.

Joanna de Angelis

AGRADECIMIENTOS

Mis más sinceros agradecimientos a Dios nuestro padre celestial que día a día nos brinda una oportunidad de vivir, de respirar, de seguir adelante en este camino lleno de tropiezos, que me guía en mi diario vivir, lo llevo siempre presente porque me fortalece y me ayuda en todas las situaciones adversas que se presentan.

Agradezco a mi familia, en especial a mis padres porque ellos son la razón de mis deseos de superación, por todo ese apoyo incondicional que me han brindado, el tiempo que me han dedicado, por todos sus consejos, esas cantaletas que me recuerdan que siempre debo pensar en mi progreso material, moral e intelectual.

Gracias a todos los docentes de la universidad que me han acompañado en el proceso de formación, por sus enseñanzas he ido aprendiendo de esta gran labor de psicólogo, en especial al profe Fabio Salazar porque siempre me ha brindado su ayuda cuando lo he necesitado, y a mis compañeros por estar ahí durante estos años de aprendizaje.

Antony Fabián Córdoba Patiño

En primer lugar a Dios quien ha sido mi amigo incondicional y a quien tanto agradezco por llenar mi vida de tantas bendiciones y sabiduría para el cumplimiento de mis sueños, en especial, la culminación de tan anhelada meta.

A mis padres, Nelly Gutiérrez y Alfonso Gómez por ser el motor de mi vida, mis grandes acompañantes y mis guías para continuar avanzando tanto personal como profesionalmente, enseñándome a ser una persona perseverante, paciente, dedicada y soñadora, brindándome todo su amor y comprensión para el cumplimiento de todos mis proyectos.

A mi hermana Erika por ser mi apoyo incondicional. A mi abuela Nelly Hernández por ser mi guía espiritual, mi mayor tesoro y mi incondicional amiga.

Finalmente agradezco a mis compañeros quienes de alguna manera hicieron que este sueño se hiciera realidad.

Ivonne Lorena Gómez Gutiérrez

Mis más sinceros agradecimientos:

A Dios por haberme dado la vida, y ayudarme a lograr mis objetivos propuestos y la familia que tengo.

A mi padre Víctor que desde el cielo siempre me ha guiado y que fue un hombre perseverante y luchador y sé que donde estés estarías muy orgulloso de mí.

A mi madre Martha que eres el ser más especial en mi vida ya que sin toda tu ayuda esto no hubiera podido ser posible, has sido incondicional, has sido mi bastón en los momentos difíciles y has compartido cada alegría conmigo y todo esto te lo debo a ti.

A mi hermana Alison que ha sido mi cómplice, mi amiga y mi gran ejemplo a seguir y a la cual le debo mucho de lo que soy.

Y a ti Juan que has sido un apoyo incondicional y que aunque estés lejos siempre te haces sentir cerca, y por todos tus consejos y valores que me has enseñado.

Victoria Fernanda Gordillo Forero

Finalmente nuestra gratitud para nuestra asesora y docente de la universidad, la profe Ps. Ms. Silvia Leonor Olivera Plaza, bajo su tutoría hemos aprendido cosas que van a servirnos en nuestra vida profesional y personal. Gracias por toda la paciencia que nos ha tenido y por compartirnos sus conocimientos.

También agradecemos a las demás personas que de una u otra forma nos permitieron poder desarrollar este trabajo, al PhD. Juan Carlos Arango Lasprilla, la Dra. Heather Lynn Rogers, al Md. Esp. Marvin Leonel Peña, a Ps, Mg. Diego Rivera y a todas las demás personas que hicieron que esto fuera posible.

Para todos y cada uno de ustedes gracias por esa gratitud y aprecio demostrado hacía nosotros y por el apoyo brindado durante el desarrollo de este gran proyecto.

**EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y AFRONTAMIENTO
EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ARTRITIS REUMATOIDE DE UNA
INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD EN NEIVA**

Córdoba A.* Gómez I. Gordillo V.******

Universidad Surcolombiana

RESUMEN

*La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria crónica de causas desconocidas, que implica cambios drásticos en la vida de la persona que la padece. El objetivo del estudio fue examinar la relación entre calidad de vida y afrontamiento en personas diagnosticadas con artritis reumatoide que asisten a una Institución Prestadora de Servicios de Salud en Neiva. Diseño: cuantitativo no experimental de tipo transversal correlacional, con muestreo no probabilístico de sujetos voluntarios por conveniencia; la muestra empleada es de 103 personas diagnosticadas con artritis reumatoide entre las edades de los 18 a 79 años, de los cuales 88 eran mujeres y 15 eran hombres. Los instrumentos de medida utilizados fueron el Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 y el Cuestionario Brief Cope Inventory versión en español. Los resultados arrojados muestran correlaciones significativas estadísticamente entre las siguientes dimensiones: Grado de **correlación negativa débil**, entre **afrontamiento activo y salud general**; lo que indica que pacientes con peor salud general, deben utilizar más estrategias de afrontamiento activo. Grado de **correlación positiva débil**, entre **afrontamiento activo y función social**; lo que indica que entre mayor afrontamiento activo en el paciente mayor es su funcionamiento social. Grado de **correlación negativa débil**, entre **apoyo instrumental y rol emocional**; lo que indica que el paciente con menor rol emocional debe aumentar estrategias de*

*apoyo instrumental. Grado de **correlación negativa débil**, entre **desconexión conductual; salud mental, vitalidad**; lo que quiere decir que el paciente con poca salud mental o vitalidad, debe buscar más estrategias de desconexión conductual. Grado de **correlación negativa débil**, entre **desahogo; salud general, salud mental, vitalidad**; esto quiere decir que pacientes con poca salud general o salud mental o vitalidad deben desahogarse más. Grado de **correlación positiva débil**, entre **reformulación positiva y función social**; esto quiere decir que entre mayor sea la reformulación positiva, mayor es la función social de la persona diagnosticada con artritis reumatoide. Grado de **correlación positiva débil**, entre **planeación y función social**; lo que indica que entre mayor planeación del paciente en cuanto al proceso que realiza para controlar su enfermedad, mayor es su funcionamiento social. Grado de **correlación positiva débil**, entre **aceptación y función social**; lo que indica que entre mayor aceptación por parte de la persona diagnosticada con artritis reumatoide de su enfermedad, mayor es su función social. Grado de **correlación negativa débil**, entre **auto-culpa; función física, rol físico, dolor corporal, salud mental, función social, rol emocional, vitalidad**; lo que indica que mayor auto-culpa peor funcionamiento físico, o rol físico, o dolor corporal, o salud mental, o función social, o rol emocional, o vitalidad del paciente. Grado de **correlación positiva débil**, entre **auto-distracción y función social**; lo que indica que a mayor auto-distracción en el paciente, mayor su funcionamiento social. Grado de **correlación negativa débil**, entre **auto-distracción y rol emocional**; indica que en el paciente con peor rol emocional debe aumentar estrategias de autodistracción.*

Palabras Claves: Artritis Reumatoide, Calidad de Vida, Afrontamiento.

ABSTRACT

*Rheumatoid arthritis is a chronic inflammatory disease of unknown cause which involves drastic changes in the life of the person who has it. The main objective of this research was to determine the relationship between quality of life and coping in a sample of patients diagnosed with Rheumatoid Arthritis attending a Health Care Institution in Neiva city. Design: non-experimental quantitative cross-correlational with non-probability sampling of volunteer subjects for convenience;, the sample used is 103 people diagnosed with rheumatoid arthritis between the ages of 18-79 years, of which 88 were women and 15 were men. The measuring instruments used were the Quality of Life Questionnaire SF-36 and the Brief Cope Inventory Questionnaire Spanish version. The result shows statistically significant correlations between the following dimensions: **weak negative correlation** grade, between **active coping and general health** indicating that patients with poorer general health, should use more active coping strategies. **Weak positive correlation** grade, between **active coping and social** indicating that the more active coping in the patient greater social functioning. **Weak negative correlation** grade, between **instrumental support and role emotional** indicating that patients with lower emotional role should increase instrumental support strategies. **Weak negative correlation** grade, between **behavioral disengagement; mental health, vitality** which means that the patient with mental health or vitality little to look for more off behavioral disengagement strategies. **Weak negative correlation** grade, between **venting; general health, mental health, vitality**, this means that patients with poor general health or mental health or vitality should vent more. **Weak positive correlation** grade between **positive reframing and social function** this means that the higher the positive reframing, the greater the social role of the person diagnosed with rheumatoid arthritis. **Weak positive correlation** grade between **planning and social function** indicating that the more*

*planning the patient about the process that performs to manage their disease, higher social functioning.. **Weak positive correlation** grade between **acceptance and social function** indicating that the greater acceptance by the person diagnosed with rheumatoid arthritis of the disease, the greater its social function. **Weak negative correlation** grade between **self-blame; physical function, physical role, pain, mental health, social function, emotional role, vitality**, indicating that greater self-blame lower physical functioning, or role physical or pain or mental health, or social function, or role emotional, and vitality of the patient. **Weak positive correlation** grade between **self-distraction and social function** indicating that a greater self-distraction to the patient, greater social function. **Weak negative correlation** grade between **self-distraction and emotional role** indicates that in patients with worse emotional role should increase self-distraction strategies.*

Keys words: *Rheumatoid Arthritis, Quality of Life, Coping.*

***Córdoba Patiño Antony Fabián. Estudiante Programa de Psicología.**

E-mail: *anfa2091@hotmail.com*

****Gómez Gutiérrez Ivonne Lorena. Estudiante Programa de Psicología.**

E-mail: *ivonnegomez91@hotmail.com*

*****Gordillo Forero Victoria Fernanda. Estudiante Programa de Psicología.**

E-mail: *vickyfer_297@hotmail.com*

TABLA DE CONTENIDO

1. MARCO TEÓRICO.....	6
1.1 Artritis Reumatoide	6
1.1.1 Definición	6
1.1.2 Etiología.....	6
1.1.3 Epidemiología.....	7
1.1.4 Manifestaciones Clínicas	8
1.1.5 Evolución y Pronóstico.....	9
1.1.6 Diagnóstico	9
1.1.7 Tratamiento.....	11
1.1.8 Aspectos Psicológicos en Personas Diagnosticadas con Artritis Reumatoide.....	14
1.2 Calidad de Vida	17
1.2.1 Calidad de Vida Relacionada con la Salud.....	18
1.2.2 Calidad de Vida en Pacientes con Artritis Reumatoide	19
1.3 Afrontamiento.....	21
2. METODOLOGÍA	24
2.1 Tipo de Estudio y Diseño	24
2.2 Población y Muestreo	25
2.3 Muestra	25
2.3.1 Tamaño de la Muestra.....	25
2.3.2 Medidas de Tendencia Central de la Muestra: Media, Mediana, Moda y dispersión (Desviación Típica) según la edad de los participantes del presente estudio.	26
2.3.3 Descripción de la Muestra según las Variables Sociodemográficas.....	27
2.3.4 Criterios de Inclusión.....	29
2.3.5 Criterios de Exclusión.....	29

2.4 Instrumentos	30
2.4.1 Ficha sociodemográfica	30
2.4.2 Cuestionario de calidad de vida SF-36	30
2.4.3 Cuestionario Brief Cope Inventory	31
2.4.4 Confiabilidad de los Instrumentos SF36 y Brief Cope Inventory.....	33
3. CONSIDERACIONES ÉTICAS	33
4. FASES DE LA INVESTIGACIÓN	36
4.1 Fase 1. Búsqueda de la Población	36
4.2 Fase 2. Recolección de la Información.....	37
4.3 Fase 3. Análisis de los resultados	37
4.4 Fase 4. Caracterización final	37
5. PLAN ESTADÍSTICO	38
6. ANALISIS DE LOS RESULTADOS	40
6.1 Exploración de los resultados según las variables calidad de vida y afrontamiento	40
6.1.1 Prueba de Normalidad y Homocedasticidad.....	40
6.2 Análisis Correlacional	41
7. DISCUSIÓN	50
8. REFERENCIAS.....	56

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Resultados de las medidas de tendencia central y dispersión según la edad	26
Tabla 2. Perfil de la población estudiada	27
Tabla 3. Prueba de Normalidad Kolmogorov-Smirnov para las variables Calidad de Vida y Afrontamiento	40
Tabla 4. Prueba de Levene para homogeneidad de varianzas con respecto a las variables Calidad de Vida y Afrontamiento	41
Tabla 5. Correlación de Pearson: Calidad de Vida y Afrontamiento	42

Las enfermedades reumatológicas están entre las causas más comunes de consultas hospitalarias, se caracterizan por causar dolor, alteración funcional, discapacidad laboral y afectación de la calidad de vida individual. Dentro de este grupo de patologías, uno de los trastornos músculo esqueléticos más frecuentes son la artritis reumatoide (AR) que se reconoce como una patología crónica que se encuentra dentro de los primeros lugares como generadores de discapacidad funcional y psicosocial, pérdida de años de vida productiva y deterioro general de la calidad de vida a nivel mundial.

La artritis reumatoide es la enfermedad inflamatoria crónica sistémica de etiología autoinmune más común alrededor del mundo. Afecta preferentemente las articulaciones sinoviales llevando a una destrucción articular progresiva y discapacidad funcional, lo cual conlleva a tomar un tratamiento adecuado y oportuno, de lo contrario el paciente presentará grandes limitaciones en la movilidad y el desempeño de las actividades cotidianas. A pesar de contar desde finales del siglo pasado con medicamentos modificadores de la enfermedad (DMARD por sus siglas en inglés) y de la terapia biológica, hasta ahora no existe un tratamiento curativo, por lo cual los pacientes con esta enfermedad se exponen a tratamientos prolongados con serios efectos secundarios que terminan en muchos casos en abandono del mismo, y por tanto, conllevan al recrudecimiento de los síntomas y a la aparición de las complicaciones a largo plazo.

En países en vía de desarrollo, existen grandes deficiencias en el acceso y prestación de los servicios de salud. Muchos pacientes con AR no acceden a la atención especializada y mucho menos a los tratamientos necesarios para el control de su enfermedad, lo cual lleva al deterioro de las articulaciones afectadas y a grandes limitaciones en su actividad cotidiana.

Las enfermedades reumáticas afectan significativamente distintos aspectos de la vida de los pacientes, incluyendo la calidad de la misma (Vinaccia S. F., 2005). La calidad de vida se afecta directa y significativamente por factores psicológicos como la depresión, no solo en pacientes que padecen enfermedades crónicas, sino población sana en general.

En los pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide, existe una alta prevalencia de trastornos psicológicos, principalmente ansiedad y depresión en estos pacientes, en comparación con la población general. El pronóstico a largo plazo de la artritis reumatoide es pobre, aproximadamente el 50% de los pacientes experimentan una discapacidad funcional significativa dentro de los 10 primeros años a partir del momento del diagnóstico (Mussano, 2002).

‘La Artritis Reumatoide afecta cerca del 1% de la población de todo el mundo. Los estudios estiman que la incidencia de nuevos casos, ocurren a partir del 5 a 50 por 100 000 adultos en países desarrollados’ (Mandal, 2013). ‘En Estados Unidos se estima que la artritis reumatoide afecta al 1.3 millones de adultos’ (Helmick, 2008). Hay pocos informes sobre la prevalencia de la artritis reumatoide en América Latina. ‘Informes recientes de Argentina muestran tasas de prevalencia que van entre el 0.2% en la provincia de Tucumán y 0.94% en la provincia de Luján’ (Spindler, 2002). ‘En Colombia se realizó un estudio sobre la prevalencia y severidad de la artritis reumatoide en la población afrocolombiana de Quibdó en donde la incidencia hospitalaria fue de 0.065% casos por 1000 personas’ (Anaya J. C., 1998).

Al realizar la revisión teórica de estudios que pudieran ilustrarnos sobre la temática a desarrollar, se llevó a cabo la búsqueda a partir de un rango de publicación entre los años 2005 a 2012, centrada en palabras claves como: Artritis reumatoide, calidad de vida y afrontamiento; en

múltiples bases de datos como East African Orthopaedic Journal, Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología, Redalyc, EduPsykhé, Clinical, Pubmed, Science Direct, Scopus, Dialnet, Psycodoc, Experimental Rheumatology, Scielo; también en revistas como Revista Colombiana de Reumatología, Acta Colombiana de Psicología, Acta Médica Colombiana, Revista Colombiana de Enfermería, Revista Luna Azul, Suma Psicológica, Universita Médica, Revista Facultad de Medicina, entre otras, y bibliotecas virtuales de diversas universidades del país y de la región Surcolombiana, en donde no se encontró evidencias de estudios referentes a la calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con artritis reumatoide.

A nivel internacional se encontró un estudio relacionado con la temática a investigar, se titula “Calidad de vida y estilos de afrontamiento en personas con patologías crónicas” realizado por Alfonso Urzúa Morales y Adolfo Jarne Esparcia en Chile. El objetivo de este estudio fue evaluar la relación existente entre el estilo de afrontamiento y la calidad de vida en una muestra de 440 participantes, 220 de las cuales viven con una patología física crónica y son usuarios de Servicios de Atención Primaria en Salud en España y Chile. Se concluye que se observan diferencias tanto a nivel de calidad de vida como en estilos de afrontamiento, siendo el nivel de la primera superior en España que en Chile y mayor en no crónicos que crónicos, predominando estilos de tipo activo en España y estilos de tipo evitativos en Chile. Existen diferencias culturales en la relación entre Calidad de Vida y afrontamiento, vinculándose los estilos conductuales en Chile a la Calidad de Vida, mientras que en los participantes españoles se relaciona con estilos de tipo cognitivo (Urzua, 2008).

A nivel nacional se encuentra el estudio que tiene relación con el tema tratado, titulado “Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual- religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos” por Stefano Vinaccia, Japcy Margarita Quiceno y Eduardo Remor en Colombia. El objetivo de este estudio fue relacionar la resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual- religioso sobre la calidad de vida relacionada con la salud en 121 pacientes de la ciudad de Medellín (Colombia) con diagnóstico de insuficiencia renal crónica, artritis reumatoide y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Se concluye que la calidad de vida relacionada con la salud se ve más afectada por las consecuencias, mientras que los años de estudios, el tener mayor tiempo de diagnóstico y más edad la favorecen. Finalmente las creencias/ prácticas y el afrontamiento espiritual- religioso no tienen un peso significativo sobre la calidad de vida relacionada con la salud (Vinaccia S. Q., 2012).

En la actualidad no existen estudios en la literatura que evalúen la calidad de vida y afrontamiento en pacientes con artritis reumatoide en población colombiana y en especial en la región Surcolombiana. Por tal motivo se desconocen las condiciones reales de salud física y psicológica de estos pacientes en Colombia y en la región Surcolombiana, así como los factores que están incidiendo mayormente en su deterioro. Conocer lo anterior podría ser de gran utilidad con el propósito de desarrollar estrategias encaminadas a mejorar sus condiciones de salud, implementando programas de primer nivel con el fin de prevenir la aparición de estas complicaciones irreversibles así como promover su rehabilitación y acompañamiento en problemas puntuales con el objetivo final de mejorar su desempeño social. A su vez, evaluar la relación entre la calidad de vida y el afrontamiento de estos pacientes, ayudará a establecer que

tanto impacto tienen sobre esta, y si la implementación de medidas de intervención farmacológicas y no farmacológicas para el tratamiento de estas patologías contribuirá o no a mejorar su calidad de vida.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, se logra evidenciar la importancia de realizar un proyecto de investigación que permita conocer la relación entre la calidad de vida y afrontamiento en pacientes con Artritis Reumatoide y aportar un mayor conocimiento científico en el área de la psicología sobre este tema.

El objetivo general del presente estudio es determinar la relación entre la calidad de vida y afrontamiento en personas diagnosticadas con artritis reumatoide de una muestra de pacientes que asisten a una Institución Prestadora de Salud en Neiva.

En concreto se pretende:

- a) Indicar el estado de la calidad de vida en los pacientes diagnosticados con artritis reumatoide.
- b) Identificar el afrontamiento de los pacientes diagnosticados con artritis reumatoide.
- c) Describir las relaciones existentes entre la calidad de vida y afrontamiento de las pacientes diagnosticadas con esta enfermedad.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Artritis Reumatoide

1.1.1 Definición

La artritis reumatoide (AR) es considerada una enfermedad crónica que se expande por el cuerpo y es de causa desconocida. Aunque existe una amplia gama de manifestaciones diseminadas, la alteración característica esta patología es una sinovitis recurrente que por lo general perjudica las articulaciones periféricas con distribución simétrica (Harrison, Principios de Medicina Interna, 2006).

Así mismo, esta enfermedad causa dolor, inflamación y rigidez; si ocurre en una mano o una rodilla, lo más probable es que la otra también; puede afectar más de una articulación y puede durar muchos años, inclusive toda la vida (Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculoesqueléticas y de la Piel, 2009).

1.1.2 Etiología

Es considerada como una enfermedad autoinmune sistémica, que en su origen se produce una alteración de la respuesta inmune que se manifiesta por inflamación crónica de la membrana sinovial con tendencia a la afectación de las articulaciones a tal punto de deformarlas y alterar su capacidad funcional (Lispky, 2005).

Aunque diversos rasgos genéticos predisponen la enfermedad pero ninguno se presenta en todos los pacientes, no existe asociación epidemiológica con un patógeno definido. Los anticuerpos que existen no son totalmente específicos para la enfermedad. Por tal razón, se considera como una enfermedad de etiología multifactorial que incluye factores genéticos, ambientales e inmunológicos (Quignón Santana, 2009).

En la patogenia se especifican muchos mecanismos en los cuales a una persona portadora de una carga genética específica se le otorga susceptibilidad, por lo que una respuesta inmune, frente al antígeno desconocido posiblemente infeccioso, da cabida a la pérdida parcial del cartílago y otras estructuras articulares (Álvaro-Gracia, 2005).

1.1.3 Epidemiología

En los países desarrollados esta enfermedad afecta 0.5 a 1% de los adultos, con 5-50 casos nuevos por 100 mil habitantes cada año; la edad característica de diagnóstico se encuentra entre los 35-50 años. La sobrevida reduce con relación a la población general por las complicaciones extraarticulares de manera exponencial luego de los 65 años (Scott, 2010).

Afecta 42.7 millones de personas, con un costo \$ 65 mil millones por año en los Estados Unidos. La enfermedad es tres veces más común en mujeres que en hombres y tiene un pico incidencia de aparición en la cuarta y quinta décadas de vida. La artritis reumatoide afecta a todas las edades, razas y grupos sociales y étnicos. La enfermedad puede comenzar en cualquier

edad y afecta incluso a los niños. La prevalencia de la AR en la población indígena adulta es de 0.75%, que prevé que toda la población, daría un total de cerca de siete millones de pacientes en la India (Lalitha, 2011).

En países hispanos como Cuba, México y España, la prevalencia se calcula entre el 0.03% y el 0.05%. En Colombia no se tiene un cifra real de la prevalencia, a excepción de lo reportado en la población afroamericana de la Región Pacífica, medida en el 0.01% (Londoño J. F., 2009).

1.1.4 Manifestaciones Clínicas

La poliartritis sistémica es la manifestación clínica primaria de la AR, entre la principal sintomatología se encuentra la inflamación y el enrojecimiento de la membrana sinovial de las articulaciones que por lo general se da en ambas extremidades y produce una incapacidad física moderada del 80% en quien la padece (Torres, 2008).

Para (Lipsky, 2006):

La manifestación reiterada de la artritis reumatoide es el dolor en las articulaciones implicadas que se complica con el movimiento, además de la rigidez generalizada, que se presenta con mayor frecuencia tras periodos de inactividad. Desde el punto de vista clínico, la inflamación sinovial conlleva a edemas, hipersensibilidad y limitación de movimientos; cuando la inflamación persiste genera deformidad en manos, muñecas, dedos, pérdida de movilidad del pulgar y de los pies, lo que produce la reducción de la función física. (p.2169).

1.1.5 Evolución y Pronóstico

El desarrollo de la enfermedad es variable y difícil de predecir. Gran parte de los pacientes tienen una actividad constante pero de carácter variable, acompañado de cierto grado de deformidad. La expectativa de vida para ellos puede reducirse de 3 a 18 años. El aumento en la tasa de mortalidad puede limitarse a los pacientes con una afectación articular más grave (García Vargas, 2004).

La actividad inflamatoria de la enfermedad puede progresar con complicaciones y remisiones parciales que con el tiempo tiende a equilibrarse. La enfermedad en general, se complica cuando existen manifestaciones extrarticulares, erosiones articulares tempranas y factor reumatoide positivo. El inicio agudo con fiebre y las remisiones constantes implican un mejor pronóstico.

De esta manera, determinados pacientes enfermos de artritis reumatoide se remiten; esto ocurre en el primer año. La mejoría comienza en el primer trimestre, pero el resultado es más notorio en el tercero. Aunque estos pueden llegar a una edad avanzada, la expectativa de vida disminuye en comparación con la población (Martinez, 2009).

1.1.6 Diagnóstico

Las claves del diagnóstico clínico son la simetría en los procesos inflamatorios articulares, el envaramiento matinal y la evolución por empujes. A ello se asocia la radiología, el laboratorio, síntomas presentes por más de 6 semanas en pacientes de 16 años o más, los anticuerpos anticitrulina (Barreto, 2006) y anticuerpos antiitrulina (O'Dell, 2004).

Además, el médico especialista examinará al paciente en busca de los signos característicos de la enfermedad como hinchazón, calor, movimiento limitado en las articulaciones, nódulos o bultos bajo la piel, sensación de rigidez y fatiga en especial al levantarse. Al principio no es fácil el diagnóstico, porque puede confundirse con otras enfermedades reumáticas de sintomatología similar. Un diagnóstico temprano, no es fácil y requiere la valoración del médico reumatólogo.

El Colegio Americano de Reumatología dispone de una serie de criterios para el diagnóstico clasificando al paciente de artritis reumatoide si cumple 4 de los 7 parámetros que se proponen a continuación durante un mínimo de 6 semanas:

- a) Rigidez temprana mayor a 1 hora de duración.
- b) Artritis que aparezca en forma repetitiva en tres o más articulaciones valoradas por el médico.
- c) Artritis en las articulaciones de las manos,
- d) Afectación simétrica: articulaciones inflamadas de forma simultánea tanto lado derecho como izquierdo.
- e) Presencia de nódulos reumatoides, es indispensable la revisión médica.
- f) Existencia de factor reumatoide en la sangre determinado por análisis.
- g) Presencia de cambios radiológicos típicos: existencia de erosiones u osteoporosis regional en la radiografía.

Existen otros exámenes adicionales que ayudan al pronóstico como son: la determinación de los anticuerpos anti-CCP, la ecografía y la Resonancia Magnética Nuclear (RMN) (Abbvie Farmacéutica S.L.U, 2013).

1.1.7 Tratamiento

Los fines del tratamiento son minimizar la actividad de la enfermedad, para aminorar una posible lesión articular, aliviar el dolor, sostener el mejor grado funcional y de calidad de vida posibles y finalmente, conseguir una remisión completa. Por desgracia, este último objetivo raramente se consigue porque actualmente la artritis reumatoide no tiene tratamiento curativo.

Así mismo, la artritis reumatoide es una patología que representa un alto impacto económico (Klareskog, 2009); en nuestro país, constituyó un costo elevado para el sistema de salud para los años 2003 y 2005 ya que representó el sexto diagnóstico más reiterado y el quinto de mayor costo de los recobros totales del FOSYGA (Fondo de Solidaridad y Garantía) representando casi trece mil millones de pesos (Cubillos, s.f.).

Una de las causas que incide en el aumento de los costos directos para los pagadores del sistema es el uso de la terapia biológica (TB), que se utiliza en pacientes con pobre respuesta al manejo convencional con metotrexato, o contraindicación para su uso (Mora, 2009).

Un dato que sí es inobjetable es el precio del tratamiento, determinado en Colombia por medio de norma gubernamental. Basado en esto, se determina que la opción más económica es el etanercept. Si su efectividad es equiparable a la del adalimumab, se podría concluir que también

es la más costosa. El infliximab no resulta muy favorable en nuestro modelo, debido a su costo, la necesidad de ajustar la dosis, el incremento de deserción de los pacientes que lo consumen y su perfil de seguridad, con mayor proporción de efectos secundarios (Quintana, 2011).

En cuanto al tratamiento no farmacológico, se requiere estrecha colaboración de un grupo interdisciplinario compuesto por el médico familiar, el reumatólogo, fisioterapeuta y ortopedista. Según (Burgos, 2006) dentro de este tratamiento se tiene:

Educación al paciente y familia: El paciente y su familia deben conocer la enfermedad y lo más importante comprender que no tiene cura; y la necesidad de incorporar cambios en los estilos de vida y medidas de protección articular, con el fin de mantener una razonable calidad de vida del paciente.

Fisioterapia: Reducir al máximo el grado de incapacidad, la limitación articular con masajes, modificar la postura o la termoterapia; el propósito de la terapia física es recuperar la fuerza, resistencia y el arco de movimiento articular, permitiendo con ello mejoría en las actividades cotidianas y de la vida de la persona.

Dieta: Conservar una dieta adecuada y controlar la obesidad.

Respecto al tratamiento farmacológico, los pacientes tienen que medicarse con Fármacos Modificadores de la Enfermedad (FME) tan pronto la enfermedad sea diagnosticada, si la persona no ha sido tratada con este tipo de medicamento, se recomienda el uso del metrotexato como primer escalón, se aconseja el uso de otros fármacos como la leflunomida o sulfasalazina en caso tal que el metrotexato no de la respuesta adecuada (Tercero, 2010).

También se usan las drogas modificadoras de la artritis reumatoide (DMAR), que se dividen en químicas y biológicas. Las drogas químicas comprenden un grupo heterogéneo de moléculas de síntesis química con diferentes propiedades farmacocinéticas y con blancos terapéuticos. Las drogas biológicas son producidas a partir de cultivos celulares, actúan como antagonistas específicos en diversos pasos de la inmunopatogenia de la enfermedad (Díaz-Coto, 2011).

En cuanto al campo psicológico, el tratamiento ha demostrado ser eficaz en distintos aspectos de las enfermedades reumáticas, por ejemplo, mejorando la calidad de vida, la capacidad funcional, el manejo del dolor, tanto en las de curso crónico como en los procesos musculoesqueléticos de duración puntual, tomando como alternativa realizar el tratamiento de forma individual, grupal, e incluso por Internet para pacientes con dificultades para asistir de forma presencial (Lorig, 2008).

Según (León, 2008), el tratamiento psicológico ayuda a comprimir los costos en el uso de servicios de salud, tanto directos como indirectos que estas enfermedades implican. El psicólogo, en compañía de los demás profesionales, puede ayudar a convertir al paciente reumático en un mejor gestor de su salud.

Para la (Agrupación Española de Profesionales de la Salud para el Estudio de Enfermedades Reumáticas [AEPROSER], s.f.), la intervención psicológica está dirigida a reducir el dolor y/o discapacidad y a optimizar la calidad de vida del paciente, iniciando un afrontamiento activo y eficaz, con una terapia que se adaptada a las necesidades del paciente. A manera general, el

tratamiento psicológico sirve para informar de manera adecuada el diagnóstico y promover el afrontamiento activo de la enfermedad.

1.1.8 Aspectos Psicológicos en Personas Diagnosticadas con Artritis Reumatoide

Cuando el paciente experimenta la sintomatología de la enfermedad, debe afrontar situaciones estresantes tales como la novedad, impredecibilidad e incontrolabilidad de la enfermedad, el dolor causado por la misma, la discapacidad, y otras que afectan a su familia como lo son los problemas con su pareja, alteración de los roles familiares y problemas de índole económicos (Redondo, s.f.).

Para (Gonzales, 2004; Isik, 2007) citado por (Quiceno, 2011):

La AR afecta al individuo a nivel cognitivo, emocional y comportamental desde el momento que recibe el diagnóstico. El paciente se ve enfrentado a varios procesos interactuantes desde los factores fisiológicos asociados que llevan de un gran número de funciones de la vida diaria, que afectan en mayor o menor grado el desplazamiento, el cuidado personal, el trabajo y otras actividades básicas, alterando directa o indirectamente la independencia económica y los roles sociales de la persona, hasta los factores psicoemocionales que también se ven implicados. (p.30).

A nivel psicológico y emocional, en el paciente se inician sentimientos de frustración e impotencia, que son causantes de ciertos estados psicoemocionales entre ellos la depresión. Otro aspecto innato al impacto emocional es el miedo relacionado con la incertidumbre acerca del

futuro, de no poder continuar con el mismo trabajo sabiendo el perjuicio que esto trae para su carrera profesional (Fundació Josep Laporte, 2010).

La AR también tiene consecuencias en el bienestar psicológico del paciente, entre estas, es común encontrar la falta de sueño y sentimientos de culpa que obstaculizan el tratamiento y la salud mental de quien la padece (Arthritis Foundation, 2013).

Desde el ámbito de la psicología, la AR se muestra como un proceso continuo de estrés, adaptación y superación en el que influyen varios factores simultáneos. Esta patología produce sentimientos de inseguridad hacia el futuro, pérdida de confianza en sí mismo y un debilitamiento progresivo en la autopercepción del Yo, reduciendo la autoestima (Rincón, 1996).

Según (Álvarez, 2003), “la artritis reumatoide origina al paciente estrés, ansiedad, angustia o depresión. Los mejores factores para predecir un cuadro depresivo son la falta de confianza en sí mismo para enfrentar la enfermedad, el grado de incapacidad física y el número de factores estresantes en la vida diaria” (p. 191).

La amplitud de las manifestaciones depresivas de la AR va del desánimo y la tristeza hasta una depresión profunda. La percepción del control sobre la situación es un importante factor cognitivo, que podría relacionarse como una manera de adaptación de la AR como es el caso de la desesperanza aprendida; los sujetos que la presentan no observan con claridad la relación existente entre su comportamiento y las consecuencias de estos, lo que los lleva a realizar conductas pasivas y a creer que hagan lo que hagan no puede mejorar su situación (Yesca, 2008).

La relevancia de estas manifestaciones depresivas en la enfermedad se origina primordialmente en la asociación con el dolor, la duración y en la relación con la discapacidad, puesto que ésta constituye una de las razones primarias de ausentismo laboral y la pérdida tanto económica como social que esto conlleva (Abdel-Nasser, 1998; Ruiz-Doblado, 1999).

En la artritis reumatoide, se desarrollan distintos niveles de incapacidad funcional, que permite el desarrollo de consecuencias emocionales negativas como ansiedad, ira, tristeza y depresión que aumenta el dolor; además existen, factores psicológicos como el afrontamiento, la autoeficacia, la indefensión, las distorsiones cognitivas y las características de la personalidad, con el dolor o la discapacidad en la AR, que se relacionan de manera positiva con variables afectivas y emocionales, principalmente con la depresión (Pérez-Nieto, 2001).

Por ende, en el momento de realizar la intervención psicológica de la AR, en varias ocasiones el dolor se convierte en el factor primordial del tratamiento, si se tiene en cuenta que, éste podría ser la consecuencia de mayor relevancia e impacto en pacientes con enfermedades reumáticas (Katz, 1998).

1.2 Calidad de Vida

El estudio del concepto de calidad de vida (CV) es complejo, debido a que existen muchas maneras en las que dicho concepto es utilizado en el lenguaje acostumbrado. Este es uno de los tantos motivos por los cuales en el mundo de la ciencia, hasta hace poco, se dejaba este término de lado (Eiser, 2001).

Hacia los años 50 este concepto se incluye en el área de la Medicina, luego en la Psicología; el término se refería a la protección de la salud personal; más adelante hace referencia a los derechos humanos, laborales y ciudadanos; posteriormente a la capacidad de acceso a bienes económicos y por último se convierte en la inquietud por lo que acontece en la vida social del sujeto, la actividad cotidiana y de la propia salud (Rodriguez- Marin, 1995).

De esta manera, la calidad de vida se ha determinado como un sentimiento de bienestar personal ligado con indicadores objetivos biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales, de esta manera la calidad de vida puede definirse en términos de bienestar subjetivo: felicidad, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo; y en términos de indicadores objetivos: alude a la noción de estado de bienestar (Schwartzmann, 2003).

En un informe publicado sobre medición de la calidad de vida (World Health Organization Quality of Life Group [WHOQOL], 1997) define calidad de vida como:

La percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de los sistemas culturales y de valores en los cuales él vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y dudas. Es un concepto con rangos muy amplios que puede ser afectado de

una forma compleja por la salud física de la persona, el estado psicosocial, el nivel de independencia, las relaciones sociales y su interrelación con las características más importantes del medio ambiente. (p.1).

Como se puede observar, existen varios teóricos que han estudiado el concepto de Calidad de Vida. Para efectos de esta investigación, la Calidad de Vida se define como la percepción que tiene el paciente acerca de su salud y cómo ésta influye en su calidad de vida teniendo en cuenta las siguientes dimensiones: Función física, rol físico, dolor corporal, salud general, salud mental, función social, rol emocional y vitalidad (Ware J. K., 1994).

1.2.1 Calidad de Vida Relacionada con la Salud

En los estudios de (Steineck, 2002; McMahon, 2000; Union for International Cancer Control, 1982) citados por (Cataño, 2009) refiere que “la salud dentro de la calidad de vida tiene un amplio rango de experiencia humana, incluyendo las necesidades diarias de la vida, tales como la alimentación, las relaciones interpersonales, la respuesta a las enfermedades y las actividades asociadas con el estado funcional”. (p.5).

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es el componente de la calidad de vida debido a las condiciones de salud de las personas y referido a partir de las experiencias subjetivas de ellas sobre su salud global (O'Connor, 1995).

Es un concepto que incluye componentes físicos, emocionales y sociales asociados con la enfermedad. Los aspectos de la calidad de vida que deben evaluarse son controvertidos, ya que para algunos debe ser solo las condiciones físicas, para otros solo la percepción de los pacientes y para otras ambas (Spilker, 1996).

1.2.2 Calidad de Vida en Pacientes con Artritis Reumatoide

Entre las diferentes enfermedades que afectan la calidad de vida merecen destacarse las autoinmunes, como la artritis reumatoide, que genera diversas discapacidades y conduce al déficit funcional articular, a las deformidades o las contracturas poco reductibles o progresivas y a las parestias o déficits neurológicos, morbilidades que van a generar algún grado de discapacidad en el paciente que exige la implementación de un tratamiento rehabilitador (Hernandez, 2003).

La artritis reumatoide se ha convertido en un flagelo que afecta la población mundial y, a pesar de su alta presentación, las causas que la generan aún son desconocidas: la falta de detección, diagnóstico y tratamiento oportuno acarrea problemas funcionales que afectan el desarrollo físico, psicológico y social de los pacientes, es decir, su calidad de vida (Rosales, 2012).

Esta enfermedad implica un cambio importante en la vida de las personas puesto que induce al paciente a varios procesos interactuantes: por un lado, el dolor, la inflamación, la limitación en el movimiento articular y la deformidad; por el otro, se producen cambios en las funciones de la vida cotidiana, lo que afecta el cuidado personal, el trabajo y otras actividades básicas; todo esto

inducen al paciente a una serie de emociones negativas producto de la discapacidad ocasionada por la enfermedad (Capriotti, 2008).

Según (García, 2008):

El diagnóstico precoz es muy importante ya que es conveniente empezar a tratar la enfermedad lo antes posible con fármacos que detengan el progresivo deterioro de las articulaciones. Dentro de los consejos posibles para mitigar la enfermedad podemos resaltar el control del peso y hacer ejercicio con regularidad, así como no agotarse al realizar actividades, pedir ayuda cuando se necesite y no forzar las articulaciones, vestir con ropa cómoda habitualmente y mantener una actitud positiva de la enfermedad. (parr. 15).

Su valoración es considerada como una nueva estrategia introducida para el análisis de los resultados de los programas terapéuticos reforzando el consenso de indicadores del área de la salud, tales como; control de los síntomas, índices de mortalidad y expectativa de vida, no bastan por sí solos como estimaciones de la eficacia y efectividad de los programas e intervenciones introducidas para evaluar la salud (Ramirez, 2007).

De hecho, entre las variables que mayor afectación tiene en la calidad de vida de los pacientes que padecen AR se encuentran la incapacidad física y funcional, el dolor y el nivel de afectación, siendo a su vez las que generan más costos médicos (Tobon, 2004).

1.3 Afrontamiento

Por afrontamiento se entiende ‘aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas que son valoradas como situaciones que exceden o desbordan los recursos de una persona’ (Lazarus R. S., 1986). Así su función está en consonancia con las estrategias que los individuos llevan a cabo, para la consecución de objetivos particulares (Nava, 2010).

Los mecanismos de afrontamiento, que a la vez sirven para manipular el problema en sí, son esenciales para regular las respuestas emocionales que pueden aparecer ante circunstancias estresantes (Vera, 2005).

Para (González, 2006) existen factores personales y situacionales que intervienen en la valoración cognitiva del sujeto, los factores situacionales son los referentes a la novedad e inseguridad del suceso. La novedad puede ser estresante si se agrupa con anterioridad con algún elemento de la situación dañina o peligrosa, o por el contrario cuando la novedad es ambigua si a la persona se le dificulta encontrarle un significado exacto y su respectiva importancia.

Por tal razón, el afrontamiento es un proceso psicológico que se activa cuando en el entorno se producen cambios no deseados o estresantes, acompañados de emociones negativas, tales como ansiedad, miedo, ira, hostilidad, desagrado, tristeza, desprecio, desesperación, vergüenza, culpa, aburrimiento, entre otros (Fernandez-Abascal, 1998).

Por lo tanto, se considera como un factor estabilizador, de manera que favorece el ajuste individual y la adaptación cuando se presentan situaciones estresantes (Moran, 2010).

El afrontamiento juega un papel mediador entre las situaciones estresantes y la salud; las estrategias focalizadas en el problema se vinculan con resultados más positivos, mientras las centradas en la emoción parecen enlazarse con la ansiedad y la depresión. La evitación se asocia negativamente con las formas de afrontamiento centradas en el problema. La confrontación y el distanciamiento en general parecen inducir a resultados negativos, mientras el autocontrol y la búsqueda de apoyo social son menos discriminativos (Lopez, s.f.) .

Por ello, podemos afirmar que el afrontamiento se constituye en catalizador de las demandas a las que se expone el individuo y depende de la manera como este se despliegue, puede moderar o acentuar las consecuencias negativas de determinadas situaciones que han sido percibidas como amenazas para el bienestar físico, psicológico o social (Bahamon, 2012).

Según los estudios que han venido realizándose sobre afrontamiento han llevado a conceptualizar tipos y dimensiones de la personalidad que han pasado a denominarse estilos y estrategias (Solis, 2006).

Los estilos son considerados como la predisposición personal para enfrentar los contextos estresantes y de estos se desprende el uso de ciertas estrategias de afrontamiento, que se definen como los procesos definidos que se emplean en cada situación y que son modificables; en otras palabras son un conjunto de recursos cognitivos y comportamentales guiados a la solución del

problema, suprimir la respuesta emocional o transformar la valoración inicial de la situación (Londoño N. H., 2005).

Las estrategias de afrontamiento pueden tener dos propósitos que se muestran de manera independiente o en conjunto dependiendo de la situación: controlar la respuesta emocional que se produce en la situación estresante o generar un cambio en el problema que es la causa de perturbación (Gaviria A. V., 2007).

Es por ello que las estrategias de afrontamiento tienen un papel determinante, ya que influyen sobre la valoración que el sujeto hace de la situación y sobre la respuesta de estrés, siendo mediadoras y determinantes de la misma (Fernandez, 2009).

En pacientes que padecen artritis reumatoide la adaptación depende de la variación de los factores y de la interrelación entre ellos, tales como: género, nivel educativo y social; y a nivel psicológico como patrones de personalidad, el apoyo social percibido, habilidades sociales, las creencias religiosas, los estilos de afrontamiento y los autoesquemas (Gaviria A. V., 2006).

Hay que aclarar que el uso de estrategias de afrontamiento no siempre son positivas incluso aunque se tenga éxito en eliminar estresor. Si el afrontamiento es un esfuerzo cognitivo y/o conductual, independientemente de que la estrategia de afrontamiento seleccionada tenga éxito o no en eliminar el estresor, el proceso en sí mismo conlleva una fatiga, la cual puede llegar a tener las mismas consecuencias negativas que el propio estresor, agotando la capacidad psicológica y los recursos de la persona (Crespo, 2003).

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, ésta investigación se basó en el afrontamiento definido como “la representación de las acciones que la gente realiza habitualmente en situaciones estresantes” (Carver C. S., 1989). Dicho autor, también realiza una distinción para el afrontamiento, distinguiendo un afrontamiento centrado en el problema, afrontamiento centrado en la emoción y evitación al afrontamiento. El primero referido a la resolución del problema o “hacer algo” para cambiar el curso de la situación estresante, el segundo consiste en reducir o manejar el estrés emocional causado por la situación y la evitación, referida a las conductas de evasión del afrontamiento.

A partir de esta distinción, se asocian las siguientes técnicas de afrontamiento: Afrontamiento activo, negación, abuso de sustancias, apoyo emocional, apoyo instrumental, desconexión conductual, desahogo, reformulación positiva, planificación, humor, aceptación, religión, autocolpa y autodistracción.

2. METODOLOGÍA

2.1 Tipo de Estudio y Diseño

La presente investigación se enmarca dentro del enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, ya que la investigación se realizó sin manipular deliberadamente las variables (Fernández C. B., 2008). El diseño que se empleó es transversal correlacional, en razón a que describieron la relaciones entre variables en un momento determinado.

Los estudios correlacionales permiten medir cada variable para ver si existe o no relación entre ellas, a la vez intentan predecir el valor aproximado que tiene un grupo de individuos o fenómenos en una variable, a partir del valor que tienen en la (s) variable(s) relacionada(s) (Hernández, 2010). Para este estudio se relacionaron las variables Calidad de Vida y Afrontamiento.

2.2 Población y Muestreo

A partir de la búsqueda en la base de pacientes de la Institución Prestadora de Salud de Neiva, se encontraron 148 pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide que asistieron a consulta externa especializada en el primer semestre del 2013.

El muestreo fue no probabilístico de sujetos voluntarios, en donde se empleó el método de muestreo por conveniencia (Polit D.F., 2003).

2.3 Muestra

2.3.1 Tamaño de la Muestra

La muestra se compone de 103 personas diagnosticadas con Artritis Reumatoide que asistieron de forma ambulatoria a la consulta externa de Medicina Interna y Reumatología a una Institución Prestadora de Salud en Neiva (Huila) en el año 2013.

2.3.2 Medidas de Tendencia Central de la Muestra: Media, Mediana, Moda y dispersión**(Desviación Típica) según la edad de los participantes del presente estudio.****Tabla 1.** Resultados de las medidas de tendencia central y dispersión según la edad.

N	Válidos	103
	Perdidos	0
Media		53,85
Mediana		53,00
Moda		57,00
Desv. Típ.		12,70
Mínimo		24
Máximo		85

Fuente. Datos-Investigadores

En la tabla 1, se observa que la edad promedio del total de la muestra es de 54 años, siendo la edad de 57 años la que más se presenta. La edad intermedia de distribución es de 53 años; es decir, que el 50% de los participantes están por encima de los 53 años y el 50% restante está por debajo de este valor (Mediana). La edad de la muestra se desvía 13 años en promedio con respecto al valor de la Media.

2.3.3 Descripción de la Muestra según las Variables Sociodemográficas**Tabla 2.** Perfil de la población estudiada

Variables	<i>f</i>	%
Sociodemográficas		
Sexo		
Hombre	15	14.6
Mujer	88	85.4
Estrato Socioeconómico		
Estrato 1 y 2	88	85.4
Estrato 3 y 4	14	13.6
Estrato 5 y 6	1	1.0
Estado Civil		
Soltero/a	13	12.6
Separado/a	13	12.7
Casado/a	45	43.6
Viudo/a	12	11.7
Unión libre	20	19.4
Nivel Educativo		
Ninguno	5	4.9
Primaria	36	35.0
Bachillerato	44	42.7
Estudios Superiores	18	17.4
TOTALES	103	100
		<i>n=103</i>

Fuente. Datos-Investigadores

En la tabla 2 se observa la distribución de la muestra de 103 sujetos diagnosticados con Artritis Reumatoide según las variables sociodemográficas. Con relación al **sexo**. Quince (15) del total de los participantes del estudio pertenecen al sexo masculino, representando el 14.66%; y ochenta y ocho (88) participantes corresponde al sexo femenino con una representación del 85.4%.

Respecto al **estrato socioeconómico**, ochenta y ocho (88) del total de los participantes, se encuentran entre los estratos 1 y 2, representando el 85.4%; catorce (14) pertenecen a los estratos 3 y 4, representando el 13.6%; uno (1) pertenece a los estratos 5 y 6, representando el 1% del total de la muestra.

Según el **estado civil**, trece (13) del total de los participantes son solteros, representando el 12.6%; trece (13) participantes están separados, representando el 12.7%; cuarenta y cinco (45) participantes son casados, representando el 43.6%; doce (12) participantes están viudos, representando el 11.7%; y 20 participantes viven en unión libre, para una representación del 19.4% del total de la muestra.

También, se aprecia la distribución de la muestra según el **nivel educativo**. Treinta y seis participantes (36) pertenecen al nivel de primaria, representando el 35%; cuarenta y cuatro (44) pertenecen al nivel bachillerato, representando el 42.7%; dieciocho (18) participantes pertenece al nivel de educación superior, representando el 17.4%; y cinco (5) participantes que representan el 4.9% de la muestra, no tienen ningún nivel educativo.

2.3.4 Criterios de Inclusión

- a) Pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide hecho por un reumatólogo o médico internista, con experiencia acreditada en AR utilizando los criterios ACR – EULAR 2010 para artritis reumatoide que asistan de forma ambulatoria a la consulta externa de Medicina Interna o reumatología de una Institución Prestadora de Salud de la ciudad de Neiva (Huila) en el año 2013.
- b) Personas entre 18 y 85 años de edad.
- c) Saber leer y escribir.
- d) Que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

2.3.5 Criterios de Exclusión

- a) Que padezcan enfermedades terminales con pronóstico < 6 meses de vida.
- b) Tener historia de antecedentes neurológicos o psiquiátricos antes de tener el diagnóstico de AR.
- c) Que se encuentren hospitalizados al momento de la encuesta.
- d) Tener historia de retardo mental.
- e) Ser menor de 18 años
- f) Ser mayor de 85 años

2.4 Instrumentos

Los instrumentos de evaluación son:

2.4.1 Ficha sociodemográfica

Usada principalmente para la recolección de datos descriptivos de los participantes.

2.4.2 Cuestionario de calidad de vida SF-36

El cuestionario SF-36 es una escala de salud basada en la percepción que tiene el paciente acerca de su salud, y es uno de los instrumentos más extensamente utilizados para valorar la calidad de vida relacionada con la salud (Ware J. E., 1992). Este instrumento consta de 36 ítems. Las respuestas se puntúan en una de 0-100, donde los puntajes más altos representan una mayor calidad de vida. Las ocho escalas individuales pueden ser consolidadas en 2 escalas generales que representan salud general, física y mental. El SF-36 ha sido traducido a muchos idiomas, especialmente al español (Vilagut G, 2005). Se centra en ocho dimensiones diferentes de la salud, incluyendo (SuperIntendencia de Isapres, 2005):

- a) **Función física:** Limitaciones para realizar todo tipo de actividad física, tales como bañarse, vestirse, caminar, agacharse, subir escaleras, levantar objetos pesados y realizar esfuerzos moderados e intensos.
- b) **Rol físico:** Problemas en el trabajo y otras actividades diarias como resultado de la salud física.
- c) **Dolor corporal:** Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual dentro de la casa como fuera de ella.

- d) Salud general: Valoración personal de la salud que incluye, la salud actual y las perspectivas que se tienen de la salud en el futuro.
- e) Salud mental: Salud mental general, incluyendo, depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general.
- f) Función social: La interferencia en la vida social habitual debido a los problemas físicos o emocionales.
- g) Rol emocional: Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como consecuencias de los problemas emocionales.
- h) Vitalidad: Sensación de energía y vitalidad en contraposición a la sensación de cansancio y agotamiento.

2.4.3 Cuestionario Brief Cope Inventory

Es un instrumento de autoinforme que evalúa las estrategias de afrontamiento empleadas, y que consta de 28 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos que va de 1 “no hice esto en lo absoluto” a 4 “hice esto con mucha frecuencia” (González-Santos, 2007). El alfa de Cronbach global de la escala fue de 0.84 (Reich, 2011). La versión en español está compuesta por las siguientes escalas (Vargas, 2010):

- a) Afrontamiento activo: Todas aquellas acciones que el individuo realiza para resolver el problema.
- b) Negación: Es cuando el paciente se niega a creer lo que le está sucediendo y vive en un mundo de fantasía con el fin de no hacerle frente al problema.
- c) Abuso de sustancias: Intentar olvidar, resolver o apartar el problema mediante el uso de drogas o consumo de alcohol.

- d) Apoyo emocional: Es la búsqueda de comprensión y afecto en otras personas que permitan darle solución al problema.
- e) Apoyo instrumental: Encontrar apoyo de manera tangible con el uso de materiales o guías de ayuda que describen la situación problema por la que se atraviesa
- f) Desconexión conductual: No hace parte del problema ni asumirlo, lo único que se pretende es dejar que las cosas pasen de manera normal sin hacerle frente a la situación ni comprometerse.
- g) Desahogo: Expresar todos los sentimientos que la situación produjo y de esta manera eliminar las emociones negativas.
- h) Reformulación positiva: Es la manera como se reevalúa el problema tratando de encontrarle un nuevo sentido y una nueva solución mediante el aprendizaje de la experiencia vivida.
- i) Planificación: Incluye la formulación de un proceso de paso a paso con el fin de controlar la situación.
- j) Humor: Utilizar el sentido del humor con el fin de no pensar en el problema de manera negativa y de esta manera no darle importancia.
- k) Aceptación: El individuo reconoce el problema por el que atraviesa y así puede actuar buscándole una solución del mismo.
- l) Religión: Es buscar refugio espiritual y depositar la esperanza de una solución del problema en las creencias religiosas.
- m) Autoculpa: Criticarse y culpabilizarse por lo sucedido.
- n) Autodistracción: Centrarse en actividades que impidan pensar en el problema con el fin de olvidarlo.

2.4.4 Confiabilidad de los Instrumentos SF36 y Brief Cope Inventory

Con relación a este punto, la confiabilidad de las dos escalas se evidencia por medio de su consistencia interna. El Cuestionario de Calidad de Vida en Salud SF36 para este estudio, muestra un Alpha de Cronbach de 0.962 (IC 95%; 0.955: 0.969) con un total de 36 ítems; lo que indica que el 95% de la población se encuentra dentro de este intervalo de confianza.

En cuanto al Cuestionario Brief Cope Inventory versión en español, se presenta un Alpha de Cronbach de 0.910 (IC 95%; 0.883: 0.933) con un total de 28 ítems; lo que indica que el 95% de la población se encuentra dentro de este intervalo de confianza.

3. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El trabajo ejecutado se acogió cabalmente a la normatividad y legislación establecida para el desarrollo de estudios en el ámbito de la Psicología, que a nivel nacional se rige por la Ley 1090 del 6 de Septiembre de 2006, por la cual se reglamenta el ejercicio de la Profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones, entre ellas las dispuestas en el Título II. Capítulo 2. Numeral 9, de la investigación con humanos, la cual reza: “El psicólogo aborda la investigación respetando la dignidad y el bienestar de las personas que participan y con pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación con participantes humanos”. Además, tal Ley establece en el Título VII. Capítulo VII. Artículos 49-56, los lineamientos referentes a la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones. Conforme lo estipula esta Ley, el estudio aquí

propuesto, garantizó que durante su realización se aplicaran con total rigurosidad los lineamientos exigidos por el Ministerio de la Protección Social, quienes el 4 de Octubre de 1993, siendo Ministerio de la Salud, expidieron la Resolución 008430, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

De acuerdo a lo anterior, la dignidad, el bienestar, la integridad y los derechos humanos de la población evaluada fueron respetados como es indicado en el Título II. Capítulo I y III. Artículos 5 y 23, que orientan los principios éticos de la investigación con humanos, en los menores de edad o discapacitados.

Atendiendo la Resolución No. 008430, Título II. Capítulo I. Artículo 11, la investigación fue categorizada en un NIVEL SIN RIESGO, de tipo transversal correlacional que requiere de la aplicación de Pruebas Psicológicas y del análisis de las mismas, en tanto que empleó un cuestionario que no trata elementos sensitivos de la conducta, ni modifica variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de quienes aceptaron voluntariamente formar parte de ésta investigación. Por consiguiente, no implicó ningún tipo de alteración de la integridad física o psíquica del evaluado.

Por otra parte, es importante mencionar que los datos obtenidos de la medición a la que fueron expuestos los participantes, están custodiados por los investigadores para garantizar su confidencialidad y proteger de tal modo la privacidad de los mismos, respetándose con ello su privacidad y otorgándoseles el merecido trato dignificante, a lo que hace alusión la Resolución 008430 de 1993, en el Artículo 8.

No existirá ningún riesgo potencial para los participantes del estudio. El estudio incluirá pruebas psicológicas de papel y lápiz que se utilizan de manera rutinaria en la práctica clínica psicológica, no se incluyen situaciones embarazosas ni de riesgo físico para los participantes. El riesgo Psicológico es mínimo aunque es posible que las pruebas produzcan fatiga o frustración en algunos de los participantes. Para reducir este riesgo, el evaluador deberá identificar los signos de fatiga, ansiedad o frustración y realizará descansos para esperar la recuperación del paciente.

Para proteger la confidencialidad de los datos, se asignarán números para identificar a los participantes en el proyecto y los protocolos serán guardados en un archivador con llave en la oficina del investigador principal del estudio.

A los participantes del presente estudio se les pedirá que firmen un consentimiento informado en el cual: 1) se describe el propósito del estudio y los procedimientos a utilizar, 2) se informa que la participación en el estudio será absolutamente voluntaria y sin ningún costo para la persona, 3) se deja claro que la persona podrá negarse a participar en el estudio o retirarse en cualquier momento sin tener que dar explicaciones, 4) Se establece que la investigación no representa ningún riesgo físico para la persona, 5) que la persona seleccionada no recibirá ningún beneficio económico por participar en el estudio, 6) La información personal será confidencial y únicamente los investigadores del presente estudio serán las personas que puedan tener acceso a ella.

Una vez se obtengan los resultados del estudio, estos serán publicados en revistas especializadas de alto impacto a nivel Nacional e Internacional y se garantizará que ningún tipo de información personal que pueda identificar a los pacientes (nombre, fecha de nacimiento etc.) salga como parte de la publicación. En caso de que se presente algún evento adverso durante la realización del estudio que involucre a alguno de los participantes, el investigador principal se pondrá en contacto directo con el director del comité de ética de la universidad y le hará saber lo sucedido para que se tomen las medidas necesarias. Si durante el transcurso de la evaluación se encuentra que alguno de los participantes requiere ayuda psicológica este será remitido a un profesional que lo pueda ayudar.

4. FASES DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Fase 1. Búsqueda de la Población

Se emprendió la revisión de bases de datos de la población diagnosticada con artritis reumatoide que asistían de forma ambulatoria a la consulta externa y medicina interna y reumatología de una Institución Prestado de Servicios de Salud en Neiva con el fin de identificar las edades de los pacientes e historia clínica de cada uno de ellos.

Con apoyo del Médico Internista de la Institución Prestado de Salud y el Aval ético por parte de ésta, se seleccionaron 148 pacientes con el diagnóstico de AR, con sus direcciones y teléfonos para su respectiva ubicación, e invitación a participar en el estudio mediante llamada telefónica y en consulta externa especializada, por diversas razones de los pacientes y por cambios de teléfonos y dirección se localizaron 103 pacientes los cuales conforman la muestra.

4.2 Fase 2. Recolección de la Información

Se aplicaron los respectivos instrumentos de evaluación en la medida que se iban ubicando los participantes.

4.3 Fase 3. Análisis de los resultados

Se elaboró la base de datos en el paquete de análisis estadístico SPSS versión 20.0, en donde se registraron las puntuaciones obtenidas por cada uno de los participantes evaluados, atendiendo los criterios de clasificación de los instrumentos.

Posteriormente, la información fue tabulada, y con el programa SPSS se realizaron los análisis pertinentes.

4.4 Fase 4. Caracterización final

Se llevó a cabo la correlación de las variables calidad de vida y estrategias de afrontamiento para posteriormente proceder a la discusión y a las recomendaciones respectivas. El estudio termina en esta fase con su socialización a los entes interesados y la Universidad Surcolombiana, quienes conforman las piezas claves de ejecución para el presente trabajo.

5. PLAN ESTADÍSTICO

En primer lugar se describió el análisis de confiabilidad de los instrumentos, utilizando el coeficiente de Alpha de Cronbach (Hernández, 2010). En segundo lugar, se describió la muestra de acuerdo a las variables sociodemográficas. En tercer lugar, se utilizó medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y dispersión (desviación típica), según la edad de los participantes del presente estudio.

Posteriormente se hizo la comparación de la muestra con el fin de verificar si cumplen o no los supuestos de normalidad y homocedasticidad teniendo en cuenta las variables Calidad de Vida y Afrontamiento.

Para el supuesto de normalidad, se tuvo en cuenta la significancia de la prueba Kolmogorov – Smirnov. Se realizó el planteamiento de la hipótesis nula (**H₀**) y la hipótesis alternativa (**H₁**) para la variable calidad de vida.

H₀. Los datos provenientes de los pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide, respecto a la Calidad de Vida, *no difiere* de la distribución normal.

H₁. Los datos provenientes de los pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide, respecto a la Calidad de Vida, *difiere* de la distribución normal.

Se realizó el planteamiento de la hipótesis nula (**H₀**) y la hipótesis alternativa (**H₁**) para la variable de afrontamiento.

H₀. Los datos provenientes de los pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide, respecto a la variable de Afrontamiento, *no difiere* de la distribución normal.

H1. Los datos provenientes de los pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide, respecto a la variable de Afrontamiento, *difiere* de la distribución normal.

Para ambos casos, si la significancia es $p < 0.05$ entonces se rechaza la **H₀**; si la significancia es $p > 0.05$ entonces **no se rechaza H₀**.

Para la homocedasticidad, se hizo el planteamiento tanto de la hipótesis nula como de la hipótesis alterna para las variables Calidad de Vida y Afrontamiento respectivamente.

H₀. Las varianzas de la muestra de pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide con respecto a la variable Calidad de Vida, **no son diferentes**.

H1. Las varianzas de la muestra de pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide con respecto a la variable de Afrontamiento, **son diferentes**.

Finalizando, se describieron los resultados de los Test aplicados según las subescalas correspondientes y luego se realizó el análisis correlacional con los resultados obtenidos de las variables Calidad de Vida y Afrontamiento. Por último se utilizó el Coeficiente de Correlación de Pearson y se determinó la relación existente entre las variables a estudiar según su significancia estadística.

6. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

6.1 Exploración de los resultados según las variables calidad de vida y afrontamiento

6.1.1 Prueba de Normalidad y Homocedasticidad

Tabla 3. Prueba de Normalidad Kolmogorov-Smirnov para las variables Calidad de Vida y Afrontamiento

	N	Kolmogorov-Smirnov	
		Estadístico	Sig.
Calidad de Vida	103	.830	.496
Afrontamiento	103	1.367	.048

Fuente. Datos-Investigadores

Como se puede observar, para la variable Calidad de Vida, la prueba de normalidad muestra una significancia de $p > 0.05$; por lo tanto se rechaza H1 y se acepta Ho; por ende se concluye que los datos provenientes de los pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide respecto a la Calidad de Vida, presentan una distribución normal.

Con relación a la variable afrontamiento, la prueba de normalidad muestra una significancia de $p < 0.05$; por lo tanto se rechaza Ho y se acepta H1; por lo tanto se concluye que los datos provenientes de los pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide respecto al Afrontamiento, no presenta una distribución normal.

Tabla 4. Prueba de Levene para homogeneidad de varianzas con respecto a las variables Calidad de Vida y Afrontamiento

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Calidad de Vida	0.011	1	101	0.915
Afrontamiento	0.091	1	101	0.763

Fuente. Datos-Investigadores

Según la tabla 4, se concluye que las varianzas de la muestra de pacientes diagnosticados con artritis reumatoide con respecto a la variable Calidad de Vida, no son homogéneas; es decir que poseen *homocedasticidad*.

Por otra parte, las varianzas de la muestra de pacientes diagnosticados con artritis reumatoide con respecto a la variable Afrontamiento, son homogéneas; es decir que poseen *homocedasticidad*.

6.2 Análisis Correlacional

Para establecer la relación entre las variables Calidad de Vida y Afrontamiento en los pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. A continuación, se presentan los resultados.

Tabla 5. Correlación de Pearson: Calidad de Vida y Afrontamiento

		SF-36 QOL Función Física	SF-36 QOL Rol Físico	SF-36 QOL Dolor Corporal	SF-36 QOL Salud General	SF-36 QOL Salud Mental	SF-36 QOL Función Social	SF-36 QOL Rol Emocional	SF-36 QOL Vitalidad
COPE Afrontamiento Activo	Coeficiente de correlación	-.082	-.072	-.021	-.197*	.004	.208*	-.183	-.166
COPE Negación	Coeficiente de correlación	.046	.046	.013	.183	.015	-.143	-.139	.143
COPE Abuso de Sustancia	Coeficiente de correlación	.076	-.077	.019	-.081	.038	-.083	-.085	-.029
COPE Apoyo Emocional	Coeficiente de correlación	-.067	-.008	-.016	-.019	.154	.180	-.142	-.081
COPE Apoyo Instrumental	Coeficiente de correlación	-.129	-.086	-.049	-.131	.088	.146	-.245*	-.119
COPE Desconexión Conductual	Coeficiente de correlación	-.128	-.042	-.053	-.021	-.241*	-.019	-.148	-.229*
COPE Desahogo	Coeficiente de correlación	-.068	.066	-.091	-.293**	-.274**	-.137	-.119	-.328**
COPE Reformulación Positiva	Coeficiente de correlación	-.040	.005	.070	-.168	.069	.277**	-.120	-.095
COPE Planificación	Coeficiente de correlación	-.074	-.033	-.039	-.201	-.017	.223*	-.203	-.188
COPE Humor	Coeficiente de correlación	-.108	.109	.066	.081	-.115	-.059	-.029	-.048
COPE Aceptación	Coeficiente de correlación	.048	.015	.030	-.144	.114	.303**	-.021	-.125
COPE Religión	Coeficiente de correlación	-.024	-.167	-.140	-.043	-.102	-.035	-.053	-.163
COPE Auto – Culpa	Coeficiente de correlación	-.333**	-.251*	-.241*	-.149	-.205*	-.278**	-.265**	-.204*
COPE Auto – Distracción	Coeficiente de correlación	-.077	-.027	.015	-.130	.050	.234*	-.245*	-.144

***. La correlación es significativa al nivel 0,01 (Sig. bilateral).*

**. La correlación es significativa al nivel 0,05 (Sig. bilateral).*

En la tabla 5, se observan los resultados de la correlación entre las variables Calidad de Vida y Afrontamiento; es de importancia recalcar, que el análisis de la información mostró asociaciones estadísticamente significativas entre las siguientes dimensiones de las variables:

- a) Grado de *correlación negativa débil, estadísticamente significativa* ($n=103$; $r = -.197$); entre *afrontamiento activo y salud general*; lo que indica que pacientes con peor salud general, deben utilizar más estrategias de afrontamiento activo.
- b) Grado de *correlación positiva débil, estadísticamente significativa* ($n=103$; $r = .208$) entre *afrontamiento activo y función social*; lo que indica que entre mayor afrontamiento activo en el paciente mayor es su funcionamiento social.
- c) Grado de *correlación negativa débil, estadísticamente significativa* ($n=103$; $r = -.245$) entre *apoyo instrumental y rol emocional*; lo que indica que el paciente con menor rol emocional debe aumentar estrategias de apoyo instrumental.
- d) Grado de *correlación negativa débil, estadísticamente significativa* ($n=103$; $r = -.241$) entre *desconexión conductual y salud mental*; lo que quiere decir que el paciente con poca salud mental deben buscar más estrategias de desconexión conductual.
- e) Grado de *correlación negativa débil, estadísticamente significativa* ($n=103$; $r = -.229$) entre *desconexión conductual y vitalidad*; que indica que entre menor vitalidad tenga la persona que padece artritis reumatoide, debe optar por crear mayores estrategias de desconexión conductual.
- f) Grado de *correlación negativa débil, estadísticamente significativa* ($n=103$; $r = -.293$) entre *desahogo y salud general*; quiere decir que pacientes con poca salud general deben desahogarse más.

- g) Grado de *correlación negativa débil, estadísticamente significativa* ($n=103$; $r = -.274$) entre *desahogo y salud mental*; lo que indica que el paciente con peor salud mental, tiene que desarrollar mayores estrategias desahogo.
- h) Grado de *correlación negativa débil, estadísticamente significativa* ($n=013$; $r = -.328$) entre *desahogo y vitalidad*; que indica que cuando en el paciente la vitalidad es menor, debe desahogarse más para que pueda mejorar la situación de su enfermedad.
- i) Grado de *correlación positiva débil, estadísticamente significativa* ($n=103$; $r = .277$) entre *reformulación positiva y función social*; esto quiere decir que entre mayor sea la reformulación positiva, mayor es la función social de la persona diagnosticada con Artritis Reumatoide.
- j) Grado de *correlación positiva débil, estadísticamente significativa* ($n=103$; $r = .223$) entre *planeación y función social*; lo que indica que entre mayor planeación del paciente en cuanto al proceso que realiza para controlar su enfermedad, mayor es su funcionamiento social.
- k) Grado de *correlación positiva débil, estadísticamente significativa* ($n=103$; $r = .303$) entre *aceptación y función social*; lo que indica que entre mayor aceptación por parte de la persona diagnosticada con Artritis Reumatoide de su enfermedad, mayor es su función social.
- l) Grado de *correlación negativa débil, estadísticamente significativa* ($n=103$; $r = -.333$) entre *auto-culpa y función física*; esto señala que entre mayor auto-culpa menor funcionamiento físico del paciente.
- m) Grado de *correlación negativa débil, estadísticamente significativa* ($n=103$; $r = -.251$) entre *auto-culpa y rol físico*; es decir que cuando el paciente empeore su rol físico, tiene que incrementar estrategias de disminución de auto-culpa.

- n) Grado de *correlación negativa débil, estadísticamente significativa* ($n=103$; $r = -.241$) entre *auto-culpa y dolor corporal*; que indica a mayor auto-culpa, empeora el dolor corporal del paciente.
- o) Grado de *correlación negativa débil, estadísticamente significativa* ($n=103$; $r = -.205$) entre *auto-culpa y salud mental*; significa que a peor salud mental, mayor auto-culpa del el paciente.
- p) Grado de *correlación negativa débil, estadísticamente significativa* ($n=103$; $r = -.278$) entre *auto-culpa y función social*; lo que infiere que el paciente con peor función social, tiene aumento en su auto-culpa.
- q) Grado de *correlación negativa débil, estadísticamente significativa* ($n=103$; $r = -.265$) entre *auto-culpa y rol emocional*; lo que indica que si el paciente a mayor auto-culpa, menor es su rol emocional.
- r) Grado de *correlación negativa débil, estadísticamente significativa* ($n=103$; $r = -.204$) entre *auto-culpa y vitalidad*; lo que quiere decir que mayor auto-culpa menor vitalidad del paciente.
- s) Grado de *correlación positiva débil, estadísticamente significativa* ($n=103$; $r = .234$) entre *auto-distracción y función social*; lo que indica que a mayor auto-distracción en el paciente, mayor su funcionamiento social.
- t) Grado de *correlación negativa débil, estadísticamente significativa* ($n=103$; $r = -.245$) entre *auto-distracción y rol emocional*; indica que en el paciente con peor rol emocional debe aumentar estrategias de autodistracción.

De la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con artritis reumatoide podemos concluir que con relación a la salud física son personas que muestran limitaciones al realizar actividades físicas tales como caminar, inclinarse, subir escaleras, realizar esfuerzos moderados como el levantamiento de objetos pesados.

Son personas que la salud física interfiere de manera moderada en el trabajo y en otras actividades diarias. En cuanto al grado de intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual tanto dentro como fuera del hogar, también es leve, es decir que la persona a pesar de su dolor realiza sus labores cotidianas.

Con relación a la valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse, los pacientes son conscientes de las consecuencias de padecer artritis reumatoide, sin embargo consideran que existen personas en situaciones peores a las que ellos se encuentran.

En cuanto a la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con artritis reumatoide podemos concluir que con relación a la salud mental, son personas las cuales tiene interferencia en la vida social, en el trabajo u otras actividades diarias incluyendo reducción en el tiempo dedicado a la realización de las misma, menor rendimiento y disminución de la intensidad en las labores debido a problemas emocionales. Sin embargo la salud mental, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o el bienestar general de estas personas, a manera general es aceptable.

No se puede desconocer que la función social en los pacientes diagnosticados con artritis reumatoide se incrementa cuando el paciente realiza acciones que benefician la solución del

problema al igual que cuando formula un proceso que le permita ir paso a paso manejando la situación; también el paciente al desarrollar actividades que le permitan distraerse y pensar menos en el problema, le permite mejorar su vida social; pero cuando no se realiza la reevaluación del problema y no se adquiere un aprendizaje de la situación vivida, se obtiene que la persona disminuya su función social.

A manera general, según los resultados obtenidos, se observa que la artritis reumatoide es una enfermedad que afecta en mayor o menor grado la calidad de vida del paciente dependiendo del estado emocional. La salud física no es la mayor preocupación puesto que esto se puede manejar con el tratamiento médico y si la persona tiene disciplina en el mismo.

Con relación al afrontamiento, se identifica que en las personas diagnosticadas con artritis reumatoide tenemos:

- a) Afrontamiento activo: El paciente realiza acciones o actividades específicas para resolver el problema, como por ejemplo incrementar los propios esfuerzos para eliminar o reducir el estrés que le pueda ocasionar el padecer artritis reumatoide, lo adverso de esta situación es que cuando lo realiza se afecta sus relaciones sociales.
- b) Planeación: La persona diagnosticada con artritis reumatoide formula y planifica estrategias de acción como un proceso paso a paso para controlar la enfermedad, este proceso tiene implicaciones negativas en sus interacciones sociales.

- c) Apoyo instrumental: El paciente trata de encontrar apoyo de manera tangible con la utilización de material o guías de ayuda que describen la situación problema por la que está atravesando, lo complicado de esta situación es el no manejo de la misma por parte del paciente puesto que si se concentra mucho en realizar esta estrategia, puede afectar su estado emocional y esto conlleva al empeoramiento de su enfermedad.

- d) Auto-distracción: Se utiliza para escapar del problema y de la situación que se está viviendo, cuando la persona diagnosticada con artritis reumatoide realiza actividades para pensar menos en la enfermedad logra aumentar sus relaciones sociales, pero en caso contrario actúa de manera negativa afectando su salud emocional.

- e) Desahogo: Implica la expresión de todos los sentimientos que la situación produjo en el individuo y de esta manera eliminar las emociones negativas, el no manejo adecuado de esta estrategia le produce implicaciones en la salud general y la salud mental.

- f) Desconexión Conductual: No se hace parte del problema ni se asume por parte de la persona, lo único que se pretende es dejar que las cosas pasen de manera normal sin hacer frente a la situación, ni comprometerse; el paciente al centrarse mucho en esta estrategia logra disminución en aspectos de su salud como la vitalidad y salud mental, por eso es importante el buen manejo de esta estrategia.

- g) Reformulación positiva: Es la manera en la que se reevalúa el problema y se aprende de él, tratando de encontrarle un nuevo sentido y una nueva solución a través del aprendizaje

de la experiencia vivida, el paciente al tener el manejo adecuado de esta dimensión, logra mejoría en su función social.

- h) Aceptación: El paciente reconoce el problema por el que está atravesando y puede actuar de manera activa o pasiva, entre mayor sea la aceptación del paciente con relación a su enfermedad, mejor interacción social.

- i) Auto-culpa: El paciente se autocritica y se culpabiliza por lo sucedido, esta dimensión al no ser manejada correctamente puede afectar otros aspectos del paciente como es el caso de la función física, rol físico, dolor corporal, salud mental, función social, rol emocional y la vitalidad del paciente, los cuales disminuyen con el aumento de la autculpa; es decir, que cuando la persona diagnosticada con artritis reumatoide tiene sentimientos negativos sobre situaciones que le pudieron haber generado la enfermedad y de las cuales él considera ser el culpable, lo va a limitar a realizar cualquier tipo de actividad física, actividades cotidianas, problemas en el trabajo e incremento de los dolores físicos. En cuanto a la afectación a nivel psicológico, son personas que presentan estados depresivos y ansiosos, sensación de cansancio y agotamiento, involucrando así su vida social.

7. DISCUSIÓN

La calidad de vida es un tema que ha venido cobrando interés en población con artritis reumatoide en países desarrollados, debido a las implicaciones físicas, económicas, ocupacionales, académicas y el impacto psicológico y social que se generan en torno a esta enfermedad. Por esto y mucho más, se considera que las personas con esta condición, entran a un alto grado de vulnerabilidad Biopsicosocial; por tanto, necesitan de apoyo permanente de un equipo interdisciplinario, en donde por supuesto, cobra vital importancia el rol del profesional en Psicología.

El presente estudio proporcionó evidencia sobre el nivel de asociación entre la calidad de vida y afrontamiento en una muestra de 103 sujetos (hombres y mujeres) con edades entre los 18 y 79 años con artritis reumatoide.

Tras la revisión de la literatura a través de diversas bases de datos, se puede afirmar que no existe evidencia de estudios tanto a nivel nacional, regional y local; por lo tanto, solo se respaldarán estos resultados con los reportados en literatura internacional.

La presente investigación pretendió aportar evidencia referida a nuestro contexto, en torno a lo planteado en el objetivo general de este estudio: determinar la calidad de vida y el afrontamiento en personas diagnosticadas con artritis reumatoide de una muestra de pacientes que asisten a una Institución Prestadora de Salud en Neiva.

Con respecto a la asociación entre las variables estudiadas no se encontró estudios que relacionen la calidad de vida con afrontamiento en pacientes diagnosticados con artritis reumatoide a nivel internacional, nacional, regional y local.

En el contexto internacional, solamente existen estudios que evalúan la relación entre la actividad de la enfermedad, el estado de salud, la calidad de vida y la disfunción familiar (Cadena, 2003) lográndose evidenciar que la actividad de la artritis reumatoide afecta significativamente el estado de salud mental y la calidad de vida en esta población.

Es importante resaltar que esta investigación es consistente con estudios realizados en el contexto internacional sobre la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide. Por ejemplo, un estudio realizado en 366 pacientes con artritis reumatoide, se encontró que hubo mayor variabilidad en los puntajes para el rol físico y emocional, el dolor corporal y la función social, lo cual sugiere altibajos en el funcionamiento de estas áreas e invita a centrarse en aspectos afines a dichas dimensiones para viabilizar intervenciones (Escobar, 2013). Mientras que en este estudio se identificó que en las 103 personas diagnosticadas con artritis reumatoide se evidencia una afectación en la salud general, salud mental, función social, rol emocional y la vitalidad, esto se debe principalmente a problemas de tipo emocional que presentan estos pacientes.

Con relación al afrontamiento, algunos autores refieren que los sujetos con artritis reumatoide se sirven de las ilusiones y fantasías a la hora de afrontar el estrés producido por su enfermedad con mayor frecuencia que aquellos pacientes que sufren otras enfermedades crónicas (Felton, 1984). “Las estrategias que preferentemente usan los sujetos de artritis reumatoide son aquellas centradas en el problema” (Morgan, 1987). Un trabajo apunta que los pacientes con artritis

reumatoide presentan puntuaciones significativamente más altas que la población normal en la estrategia de afrontamiento de evitación, puntuaciones que son similares a la de los pacientes con otras enfermedades relacionadas con el dolor clínico, como la fibromialgia o el dolor crónico de espalda (Amir, 2000). Mientras que en esta investigación se encontró que estos pacientes centran el problema en estrategias negativas como la autculpa, la falta de expresión de sus sentimientos para lograr un mayor desahogo, la necesidad de hacerle frente a la situación por la que están pasando, la búsqueda de información que le permitan tener un mejor manejo de la enfermedad; y estrategias positivas como el afrontamiento activo y la autodistracción.

Debido a la inexistencia de estudios que den cuenta de la asociación entre la calidad de vida y el afrontamiento en pacientes diagnosticados con artritis reumatoide, surge la necesidad de investigar para generar evidencia científica que permita optimizar el ajuste de la calidad de vida y el afrontamiento de esta enfermedad.

Hasta la fecha, la mayoría de los estudios existentes, se han centrado en investigar bien sea la calidad de vida o las estrategias de afrontamiento pero no han relacionado tanto el uno como el otro en el contexto internacional, nacional, regional y local.

Teniendo en cuenta que la calidad de vida es un constructo que se mide desde la perspectiva del sujeto, no es sorprendente que las variables calidad de vida y afrontamiento jueguen un papel importante en términos del impacto sobre dicho constructo. Sin embargo, el presente estudio merece mucho más. Si constructos como la calidad de vida y el afrontamiento tienen un impacto considerable en la evaluación o funcionamiento de la calidad de vida o viceversa, esta evidencia nos alerta quizás la necesidad olvidada de centrar parte de nuestros esfuerzos como profesionales

de la Psicología en la atención e intervención en pacientes con artritis reumatoide , sin dejar a un lado sus familias y cuidadores principales, contribuyendo al restablecimiento de su bienestar biológico, psicológico, social y su satisfacción con la vida.

Por tal razón, es de vital importancia no olvidar que las personas que sufren de artritis reumatoide enfrentan gran cantidad de cambios que alteran su vida y la de sus familias. Todo lo que implica limitaciones a nivel físico y complicaciones médicas, no solo hace que paulatinamente se vaya perdiendo el bienestar laboral, sino también la independencia y el control de muchas situaciones de la vida diaria. A nivel psíquico, estos pacientes entran en el reto particular de aceptar o rechazar los cambios en su apariencia física que juegan un papel importante en la configuración de su propia identidad. Sin embargo estos innumerables retos se extienden a su contexto familiar y en particular a su cuidador inmediato, ya que estos se enfrentan a la necesidad urgente de modificar sus rutinas y reajustar los roles que hasta el momento venían desempeñando, pues surge la necesidad inmediata de aprender a manejar estas nuevas circunstancias.

Este tipo de trabajos nos permiten conocer la relación existente entre la calidad de vida y el afrontamiento en los pacientes con esta patología, lo que favorecería un mayor estudio del mismo, en caso de que lo hubiera, y perfilaría mejor el tratamiento de estos pacientes.

En cuanto a las limitaciones y recomendaciones se sugiere continuar con otras investigaciones las cuales trabajen otros aspectos psicológicos en pacientes diagnosticados con artritis reumatoide en la ciudad de Neiva, de manera que se empiece a generar evidencia científica con respecto a dicha enfermedad.

Teniendo en cuenta los hallazgos del presente estudio, la caracterización demográfica de la muestra y los escasos recursos con los que cuentan estos pacientes con deterioro físico y mental, sería necesario propender por el adelanto desde la salud pública, de estrategias de organización colectiva que mejoren las condiciones de vida de estos pacientes.

Desde nuestra perspectiva, sería atractivo iniciar estudios que además de lo anteriormente mencionado, den cuenta de características específicas que podrían proteger a los pacientes diagnosticados con artritis reumatoide, del desarrollo de problemas Psicológicos; factores tales como el afecto positivo, ansiedad, depresión y porque no, la presencia de creencias espirituales; ya que todos estos elementos están asociados con mayor satisfacción con la vida y un menor número de problemas de salud mental.

En el contexto de la salud, tanto el psicólogo y otros profesionales, deben procurar por hacer efectivo el trabajo interdisciplinario en pro no solo de la promoción, sino el logro del bienestar y la independencia de las personas con enfermedades crónicas, especialmente de artritis reumatoide.

Además, es necesario que los profesionales de la Psicología por ser parte fundamental del equipo de salud y a partir de la exploración de la calidad de vida, visualicen sobre cuál debería ser su contribución en población de pacientes diagnosticadas con artritis reumatoide y así, mejorar sus condiciones de salud.

Es necesario mencionar que la presente investigación cuenta con algunas limitaciones que deben considerarse al momento de tomar los resultados de la misma como aporte para el desarrollo de futuros estudios.

En primera instancia, la falta de una base de datos actualizada por parte de las entidades de salud, en segundo lugar, los escasos estudios sobre el tema a nivel nacional, regional y local que den cuenta de la situación actual de esta población y por último la falta de seguimiento por parte de las entidades de salud en cuanto al tratamiento que están brindando hacia sus pacientes.

8. REFERENCIAS

Abbvie Farmacéutica S.L.U. (17 de Septiembre de 2013). *Diagnostico*. Obtenido de

Reumatologíasalud:

http://www.reumatologiasalud.es/artritis_reumatoide_diagnostico.php

Abdel-Nasser, A. M.-A.-B. (1998). Depression and depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients: an analysis of their occurrence and determinants. *British Journal of Rheumatology*, 37(4), 391-397.

Agrupación Española de Profesionales de la Salud para el Estudio de Enfermedades Reumáticas

[AEPROSER]. (s.f.). *La Psicología en Reumatología*. Recuperado el Diecisiete de

Septiembre de 2013, de Psicología:

http://www.ser.es/ArchivosDESCARGABLES/Grupos_Trabajo/Aeproser/Psicologia.pdf

Alvarez, L. (2003). *El libro de la Artritis Reumatoide*. Madrid: Diaz de Santos.

Álvarez, L. (2003). Terapia Psicosocial. En L. Álvarez, *El Libro de la Artritis Reumatoide*. Madrid, España: Ediciones Días de Santos.

Alvarez, N. N. (2005). Enfermedades reumaticas y discapacidad laboral en poblacion adulta rural. *Revista Medica*, 287- 292.

Álvaro-Gracia, J. M. (2005). Patogenia de la Artritis Reumatoide. *Revista Clínica Española*, 1-13.

- Arthritis Foundation. (2013). *Cómo afecta la artritis reumatoide los sistemas de su cuerpo*.
Obtenido de Arthritis Foundation: <http://www.arthritis.org/espanol/disease-center/imprimia-un-folleto/artitis-reumatoide/>
- Bahamon, J. (2012). Bulimia y estrategias de afrontamiento en adolescentes escolarizadas de la ciudad de Pereira, Colombia. *Psicología desde el Caribe*, 105- 122.
- Barreto, G. C. (2006). Manual de Diagnóstico y Tratamiento de la Artritis Reumatoidea. *Biomedicina*, 108-120.
- Billings, A. &. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 139- 157.
- Burgos, R. A. (2006). Artritis Reumatoide. *Revista Papeña de Medicina Familiar*, 62-66.
- Burke, C. (2001). Testing an Asthma quality of life model. . *Journal of Theory Construction and & Testing* , 38- 44.
- Calisté, O. (2006). Club para reumáticos. *centro provincial de información de ciencias médicas* , págs. 2- 70.
- Canessa, B. (2002). Adaptación psicométrica de las escalas de afrontamiento para adolescentes de Frydenberg y Lewis en un grupo de escolares de Lima metropolitana. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 191- 233.
- Capriotti, A. (29 de Octubre de 2008). *Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide*. Obtenido de Trabajo final facultad de medicina y ciencias de la salud sede regional rosario: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC087366.pdf>

- Carver, C. S. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267 - 283.
- Cassaretto, M. C. (2003). Estres y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología de la PUCP*, 364- 392.
- Cataño, J. G. (Diciembre de 2009). Evaluación de la Calidad de Vida Asociada a la Salud en los Pacientes Sometidos a Prostatectomía Radical Abierta por Carcinoma de Próstata Clínicamente Localizado. *Revista Urología Colombiana*, XVIII(3), 22-30.
- Contreras, P. E. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología*, 169-179.
- Crespo, M. &. (2003). *Estrés*. Madrid: Síntesis.
- Cubillos, L. A. (s.f.). *Análisis Descriptivo Preliminar de los Recobros en el Sistema de General de Seguridad Social en Salud 2002 a 2005*. Obtenido de Ministerio de Protección Social: www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Analisis%20Descriptivo%20Preliminar%20de%20los%20Recobros.pdf
- Díaz-Coto, J. F.-Z.-M.-C. (Febrero de 2011). Drogas Modificadoras de la Artritis Reumatoide (DMAR). *Acta Médica Costarricense*, 53(1), 10-13.
- Eiser, C. M. (February de 2001). Quality of Life Measures in Chronic Diseases of Childhood. *Health Technology Assessment*, 5(4), 1-147.
- Fernández, C. B. (2008). *Metodología de la investigación*. México D.F: Mc Graw Hill.

Fernández, J. A. (2001). El perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC): un método para evaluar bienestar y funcionalismo en la práctica clínica. *Atención Primaria*, 680- 9.

Fernandez, M. (2009). Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional. España.

Fernandez-Abascal, E. (1998). *Estilos y estrategias de afrontamiento. Emociones y salud*. Barcelona: Ariel.

Folkman, S. L. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. . *Journal of Personality and Social Psychology*, 571- 579.

Fundació Josep Laporte. (Enero de 2010). *Artritis Reumatoide. Una visión del presente y una mirada al futuro*. Obtenido de Publicaciones Universidad de los Pacientes:
http://www.universidadpacientes.org/artritis/docs/artritis_reumatoide_ok.pdf

García Vargas, M. Q. (Marzo de 2004). *Artritis Reumatoide Fisiopatología y Tratamiento*. Obtenido de Centro de Información de Medicamentos:
<http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed4.pdf>

García, M. J. (12 de Abril de 2008). *Artritis reumatoide y calidad de vida*. Obtenido de Cuadernos de salud:
<http://servicios.laverdad.es/servicios/cuadernossalud/pg120408/suscr/nec0.htm>

Gaviria, A. V. (Junio de 2006). Rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento y dolor en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Terapia Psicológica*, 1(24), 23- 29.

- Gaviria, A. V. (Agosto-diciembre de 2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*(20), 50- 75.
- Gonzales, H. (2004). Factores Psicosociales de la Artritis Reumatoide. En L. & Ramirez, *Artritis Reumatoide* (págs. 301-305). Medellin, Colombia: Editora Médica Colombiana.
- González, A. &. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de Ciudad de México. *Universitas Psychological*, 501- 509.
- González-Santos, L. M. (2007). Versión computarizada para la aplicación del Listado de Síntomas 90 (SCL 90) y del Inventario de Temperamento y Carácter (ITC). *Salud Mental*, 30(4), 31 - 40.
- Harrison, T. (2006). *Principios de Medicina Interna* (Dieciseis ed., Vol. II). (D. L. Kasper, A. S. Fauci, D. L. Longo, J. L. Jameson, S. L. Hauser, & E. Braunwald, Edits.) México D.F, Mexico: McGraw-Hill.
- Hernandez, A. (2003). *Rehabilitación del paciente reumático*. Obtenido de Archivos de reumatología: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-bio/rehabilitacion_reumatologia_1.pdf
- Hernández, S. R. (2010). *Metodología de la investigación*. México D.F: Mc Graw Hill.
- Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculoesqueléticas y de la Piel. (Noviembre de 2009). *¿Qué es la Artritis Reumatoide?* Obtenido de National Institutes of Health: http://www.niams.nih.gov/Portal_en_espanol/Informacion_de_salud/Artritis/rheumatoid_artritis_ff_espanol.asp

- Isik, A. K. (June de 2007). Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, 26, 872-878.
- Katz, P. P. (February de 1998). The stresses of rheumatoid arthritis: appraisals of perceived impact and coping efficacy. *Arthritis Care and Research*, 9-22.
- Klareskog, L. C. (February de 2009). Rheumatoid arthritis. *The Lancet*, 659–672.
- Krzemien, D. (2007). estilos de personalidad y afrontamiento situacional frente al envejecimiento en la mujer. *Revista Interamericana de Psicología*, 139- 150.
- Lalitha, T. A. (2011). Perionditis and Rheumatoid Arthritis - The Dual Link. *Indian Journal of Dental Advancements*, 521-525.
- Lazarus, R. &. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- León, L. e. (2008). Economic Evaluation of an Eearly Cognitive Behavioral Treatment for Patients on Sick Leave Due to Musculoskeletal Disorders. *ACR/ARHP Annual Scientific Meeting*.
- Lipsky, P. E. (2006). Principios de Medicina Interna. En T. Harrison, D. L. Kasper, A. S. Fauci, D. L. Longo, J. L. Jameson, S. L. Hauser, & E. Braunwald (Edits.), *Principios de Medicina Interna* (Dieciseis ed., Vol. II, págs. 2166-2178). México D.F: McGraw-Hill.
- Lispky, P. E. (2005). Autoinmunidad y enfermedades autoinmunitarias. En T. L. Harrison, *Principios de Medicina Interna* (págs. 2154-2157). México: McGraw Hill.

- Londoño, J. F. (Enero-Junio de 2009). Cambio en la capacidad funcional, calidad de vida y actividad de la enfermedad, en un grupo de pacientes colombianos con artritis reumatoide refractaria al tratamiento convencional, que recibieron terapia con infliximab como medicamento de rescate. *Revista Med*, 17(1), 40-49.
- Londoño, N. H. (2005). Escala modificada de coping. *Universitas Psychologicas*, 327- 349.
- Lopez, S. G. (s.f.). *Estrategias de afrontamiento al estrés en un grupo de personas en proceso de reinserción social*. Recuperado el 17 de Septiembre de 2013, de Centro de psicoterapia y asesoramiento psicológico: <http://www.cop.es/colegiados/ca00088/pag10.htm>
- Lorig, K. R. (2008). The expert patients programme online, a 1-year study of an internet-based self-management programme for people with long-term conditions. *Crhonic Illness*, 247-256.
- Mandal, A. (2 de June de 2013). Rheumatoid Arthritis Epidemiology. *News Medical*, págs. 1-2.
- Martín, A. S. (1998). Quality of life assessment in health care research and practice. *Evaluation and the Health Professions*, 141- 156.
- Martín, M. J. (2004). Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*.
- Martinez, A. (13 de Marzo de 2009). *Artritis Reumatoide en Contingencias Comunes*. Obtenido de Dipòsit Digital de la UB: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/7042>
- McMahon, C. S. (Octubre de 2000). Efficacy, safety and patient acceptance of sildenafil citrate as treatment for erectile dysfunction. *The Journal of urology*, 1192-1196.

- Meeberg, G. (January de 1998). Quality of life: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 32-38.
- Montoya, N. G. (Marzo de 2011). Costos directos del tratamiento de pacientes con artritis reumatoide en medellin, Colombia. *Revista Colombiana de Reumatología*, 18(1), 26-33.
- Mora, C. G. (2009). Financial cost of early rheumatoid arthritis in the first year of medical attention: three clinical scenarios in a third-tier university hospital in Colombia. *Biomédica*, 43-50.
- Moran, C. L. (Mayo-Agosto de 2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552.
- Mussano, E. (2002). Impacto en la calidad de vida del paciente con artritis reumatoidea en la provincia de Córdoba. Córdoba, Provincia de Córdoba , Argentina.
- Nava, C. V. (2010). Escala de modos de afrontamiento: Consideraciones teóricas y metodológicas. *Universitas Psychological* , 139- 147.
- O'Dell, J. R. (2004). Therapeutic Strategies for Rheumatoid Arthritis. *The New Englad Journal of Medicine*, 2591-2602.
- O'Connor, R. (June de 1995). Development of The Health Effects Scale: A trial instrument based on expert judgement for rating the effect of environmental factors on the health of Aboriginal Households. *Working Paper 43, National Centre for Health Program Evaluation*, 1-36.
- Örsel, S. A. (2004). The sensitivity of quality-of-life scale WHOQOL-100 to psychopathological measures in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*(45), 57-61.

- Pérez-Nieto, M. M.-T.-V. (2001). Programa de intervención cognitivo-conductual en artritis reumatoide. *Interpsiquis*, 1-12.
- Polit D.F., H. B. (2003). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud* (Sexta ed.). Mexico: McGraut Hill Inter Americana.
- Quiceno, J. &. (Enero - Junio de 2011). Artritis reumatoide: consideraciones psicobiológicas. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 7(1), 27-41.
- Quignón Santana, S. S. (Noviembre de 2009). Principales Manifestaciones Oculares en la Artritis Reumatoide. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, 429-435.
- Quintana, G. R. (2011). Evaluación económica del tratamiento de artritis reumatoide con terapia biológica anti TNF en Colombia. *Acta Médica Colombiana*, 36(1), 24-29.
- Ramirez, R. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud como medidas de resultados: revision sistematica de literatura. *Revista Colombiana de Cardiologia*.
- Redondo, M. (s.f.). *La intervención psicológica en el paciente con artritis reumatoide*. Obtenido de Conartritis: <http://www.conartritis.org/wp-content/themes/conartritis/docs/intervencionpsicologica.pdf>
- Reich, M. R. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud y variables psicosociales: caracterización de una muestra de mujeres uruguayas con cáncer de mama. *Psicooncología*, 8, 453 - 471.
- Rincón, H. &. (1996). Síntomas depresivos en artritis reumatoidea: Efectos tempranos de una intervención psicoeducativa estructurada. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 259-269.

- Rodriguez- Marin, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid, España: Síntesis.
- Rodríguez, J. L. (1993). Departamento de psicología de la salud. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad . *Psicothema*, 349- 372.
- Rosales, I. (2012). *Las enfermedades reumáticas*. Obtenido de http://www.vidarheumoclinic.mex.tl/21161_las-enfermedades-reumaticas.html.
- Ruiz-Doblado, S. (September de 1999). Prevalence of depressive symptoms and mood disorders in primary care: a Spanish rural study. *The International Journal of Social Psychiatry*, 180-189.
- Sandin, B. (1999). *El estrés psicosocial: conceptos y consecuencias clínicas*. Madrid: Klinik.
- Schwartzmann, L. (Diciembre de 2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 9- 21.
- Scott, D. L. (2010). Rheumatoid Arthritis. *The Lancet*, 1094-1098.
- Solis, C. V. (Enero-Junio de 2006). Estilos y Estrategias de Afrontamiento en Adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, VII(1), 33-39.
- Spilker, B. R. (1996). Taxonomy of quality of life. En B. Spilker, *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials* (págs. 25-36). Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.
- Steineck, G. B.-A. (2002). Symptom documentation in cancer survivors as a basis for therapy modifications. *Acta Oncológica*, 244-252.

SuperIntendencia de Isapres. (Marzo de 2005). *Perfil del Estado de Salud de Beneficiarios de Isapres*. Obtenido de Documento de Trabajo :

http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-1068_recurso_1.pdf

Tercero, M. O. (Julio-Agosto de 2010). Artritis Reumatoide Clinica y Arsenal

Farmacoterapéutico. *Farmacoterapia Ambito Farmaceutico*, 29(4), 48-57.

Tobon, S. C. (2004). Calidad de vida en personas con artritis reumatoide a partir del cuestionario de calidad de vida en artritis reumatoide (QOL-RA). *Psicologia y Salud*, 25- 30.

Torres, L. E. (2008). Principales estrategias terapeuticas en el tratamiento de la artritis reumatoide. *Revista CENIC Ciencia Biológicas*, 39(3), 183-190.

Union for International Cancer Control. (1982). *TNM Classification of Malignant Tumours* (Tercera ed.). Geneva: International Against Cancer.

Urzua, A. &. (2008). Calidad de vida y estilos de afrontamiento en personas con patologías crónicas. *Revista Interamericana de Psicología*, 151- 160.

Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 358- 365.

Vargas, S. H. (2010). Confiabilidad del Cuestionario Brief Cope Inventory en version en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cancer de seno. *Investigacion en Enfermeria: Imagen y Desarrollo*, 12(1), 1-18.

Vera, M. (2005). *La teoría del afrontamiento del estrés de Lazarus y los moldes cognitivos*.

Recuperado el 17 de Septiembre de 2013, de Los moldes de la mente. Psicología del pensamiento y de las emociones: <http://www.moldesmentales.com/otros/mar.htm>

- Vilagut G, F. M.-M. (2005). El cuestionario SF-36 español: una decada de experiencias y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*, 135-150.
- Vinaccia, S. &. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades cronicas. *Diversitas. Perspectiva en Psicología*, 1125- 137.
- Vinaccia, S. F. (2005). Calidad de vida, ansiedad, depresión en pacientes con diagnóstico de trastorno de colon irritable. *Terapia Psicológica*, 65- 74.
- Vinaccia, S. F. (2005). Calidad de vida, ansiedad, depresión en pacientes con diagnóstico de trastorno de colon irritable. *Terapia Psicológica.*, 23(002).
- Vinaccia, S. Q. (2012). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual- religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. *Anales de Psicología*, 366- 377.
- Vinaccia, S. T. (1 de Abril de 2005). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*,, 5(1), 45-59.
- Ware, J. E. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). *Medical Care*, 473-483.
- Ware, J. K. (1994). SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A Users' Manual. *The Health Institute*.
- World Health Organization Quality of Life Group [WHOQOL]. (1997). *Measuring Quality of Life*. Obtenido de Programme on Mental Health:
http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

Wu, A. (2000). Quality of life assessment in clinical research: application in diverse populations. *Medical Care*, 130- 5.

Yesca, E. A. (Enero-Junio de 2008). Depresion, ansiedad y desesperanza en pacientes con artritis reumatoide. *Psicología y Salud*, 18(001), 81-89.

Zohar, D. &. (1999). Must coping options be severely limited during stressful events: Testing the interaction between primary and secondary appraisals . *Anxiety, Stressand Coping*, 191-216.