

Factores que influyen en el bienestar psicológico de pacientes con artritis reumatoide

Factors influencing in psychological wellbeing of patients with rheumatoid arthritis

Dra. Araceli Chico Capote, Dr. Liuber Carballar Alberteries, Dr. Miguel Estévez del Toro, Dra. Carmen Regina Victoria García-Viniegras, Dr. Abel Pernas González

Servicio de Reumatología. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: Los pacientes con artritis reumatoide pueden tener afectado su bienestar psicológico.

Objetivos: Evaluar el bienestar psicológico de pacientes con artritis reumatoide y conocer variables asociadas a su deterioro.

Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal, que incluyó 180 pacientes de la consulta de protocolo de artritis reumatoide atendidos desde junio de 2006 hasta mayo de 2008. Se obtuvieron datos demográficos, clínicos y de laboratorio. Se evaluó índice de actividad, capacidad funcional y bienestar psicológico y se determinaron las asociaciones existentes entre ellos.

Resultados: El bienestar psicológico estuvo más afectado en pacientes mayores de 60 años, sexo femenino y nivel de escolaridad primario; las variables más afectadas fueron la satisfacción sexual y la laboral. El tiempo de evolución mayor de 10 años mostró diferencias en la satisfacción laboral ($p= 0,027$) y la satisfacción sexual ($p= 0,043$). El grado de actividad de la enfermedad y la positividad del factor reumatoide no se asociaron con el bienestar psicológico. La capacidad funcional se correlacionó de forma negativa con casi todas las variables del bienestar psicológico y se asoció significativamente en varios de los aspectos, tanto por la satisfacción como por el componente afectivo y el índice general del bienestar.

Conclusiones: El bienestar psicológico en pacientes con artritis reumatoide se encuentra afectado y se asocia de forma significativa con el grado de discapacidad funcional.

Palabras clave: Artritis reumatoide, bienestar psicológico, capacidad funcional, actividad de la enfermedad.

ABSTRACT

Introduction: The patients presenting with rheumatoid arthritis may be involved its psychological wellbeing.

Objectives: To assess the psychological wellbeing of patients presenting with rheumatoid arthritis and to know the variables associated with its deterioration.

Methods: A cross-sectional, descriptive and observational study was conducted including 180 patients from the protocol consultation of rheumatoid arthritis seen from June, 2006 to May, 2008. The demographic, clinical and of laboratory data were obtained. The activity, functional ability and psychological wellbeing were assessed determining the associations among them.

Results: The psychological wellbeing was more involved in patients aged over 60, the female sex and the primary schooling level, the more involved variables were the sexual satisfaction and the working one. The greatest course time above 10 years showed differences in working satisfaction ($p= 0.027$) and the sexual one ($p= 0.043$). The disease activity degree and the positive rheumatoid factor were not associated with the psychological wellbeing. The functional ability was negatively correlated with almost all variables of psychological wellbeing and was significantly associated in some features, as much as the satisfaction as the emotional component and the general rate of wellbeing.

Conclusions: The psychological wellbeing in patients presenting with rheumatoid arthritis is involved and it is significantly associated with the functional inability degree.

Key words: Rheumatoid arthritis, psychological wellbeing, functional ability, disease course.

INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad multisistémica, inflamatoria, de causa desconocida, que compromete preferentemente las articulaciones y en especial, la membrana sinovial, pero puede afectar otros órganos y sistemas.¹ La pérdida de la función y la discapacidad se relacionan con un elevado costo acumulado en cuidados sanitarios.²⁻⁴

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la salud, no como la ausencia de enfermedad, sino como el óptimo estado de bienestar físico, psicológico y social,⁵ lo que ha reclamado una especial atención al estudio del bienestar psicológico como categoría esencial dentro de las ciencias de la salud.^{6,7}

El bienestar psicológico es la vivencia subjetiva, relativamente estable, que se produce en relación con un juicio de satisfacción con la vida (balance entre expectativas y logros) en las áreas de mayor significación para cada individuo en particular y que posee un carácter positivo, de disfrute personal, donde predominan los estados emocionales positivos. Las expectativas trazadas, los logros obtenidos y el balance entre ambos están mediados por la personalidad y por las condiciones sociohistóricas y culturales en las que se desenvuelve el individuo.⁸

Los resultados evidencian la importancia de la disciplina psicológica para la atención de la AR y la necesidad de un trabajo multidisciplinario en su tratamiento. Debemos asumir esta enfermedad desde una perspectiva biopsicosocial, como un sistema, donde la modificación de una dimensión puede producir alteraciones en la otra. En este sentido, la severidad en el curso de la enfermedad, puede producir incrementos en la desesperanza, dolor y discapacidad (directamente relacionados) y disminución en la habilidad para trabajar, realizar tareas cotidianas y participar en actividades sociales. La perspectiva biopsicosocial de la AR tiene importantes implicaciones para el tratamiento integral de la enfermedad.⁹

Si se tiene en cuenta que pocos pacientes con afecciones médicas padecen un dolor y un malestar tan marcado e importante como los pacientes con AR, es fácil entender la relevancia que dentro de los factores psicológicos van a tener las respuestas emocionales y afectivas en esta enfermedad y, sobre todo, en el dolor y la discapacidad.¹⁰ El objetivo de este trabajo es determinar los factores asociados con el deterioro del bienestar psicológico en los pacientes con AR.

MÉTODOS

El universo estuvo constituido por todos los pacientes que acudieron a la consulta protocolizada de AR del Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras" en el período comprendido desde junio de 2006 a enero de 2008.

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de AR, según los criterios de clasificación del Colegio Americano de Reumatología (ACR) del año 1987.
- Edad mayor de 14 años.
- Consentimiento para participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Pacientes con trastornos mentales (retraso mental, psicosis).
- Uso de psicofármacos u otros tratamientos antidepresivos o ansiolíticos.
- No cooperación ante la aplicación de los cuestionarios de salud.
- Pacientes que no respondieran adecuadamente los cuestionarios.
- Pacientes cuyos datos estaban incompletos en los cuestionarios.
- Pacientes con enfermedades crónicas asociadas (diabetes mellitus, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca).

De los 264 pacientes del protocolo, la muestra quedó conformada por 180, según los criterios de inclusión.

Diseño general de la investigación

Se realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal. A todos los pacientes incluidos se les recogieron datos demográficos y clínicos, se les realizaron estudios de laboratorio, se evaluó el índice de actividad (DAS28) y de capacidad funcional (HAQ), según el protocolo de artritis reumatoide del servicio de Reumatología del hospital y se aplicó el cuestionario de bienestar psicológico CAVIAR. Se llenó una ficha que recogió los datos de interés para la investigación. Las variables sociodemográficas tenidas en cuenta fueron el sexo; la edad: menores de 40 años, de 40 a 60 y mayores de 60; color de piel: blanca y no blanca; ocupación: con vínculo laboral, sin vínculo laboral y estudiantes y nivel educacional: superior, medio y primario; tiempo de evolución de la enfermedad: menor de 2 años, de 2 a 10 y más de 10 y el tiempo de demora diagnóstica: menos de 6 meses, de 6 meses a 2 años y más de 2 años.

Se evaluó la actividad de la enfermedad mediante el DAS28 para poder determinarla sobre bases objetivas (según conferencia de OMERACT).¹¹ Se midió: número de articulaciones dolorosas y tumefactas: se realizaron recuentos mínimos de 28 articulaciones. El dolor fue evaluado por el paciente y la evaluación global de la enfermedad (EGE) fue efectuada de forma independiente por el médico y el enfermo. Se empleó una escala visual analógica (EVA) horizontal de 10 cm y reactivos de fase aguda. Se evaluó la capacidad funcional mediante versión modificada del cuestionario de discapacidad funcional *Health Assessment Questionnaire* (HAQ). El índice de actividad de la enfermedad (DAS28) se subdividió en 4 grupos, según los criterios válidos internacionalmente: remisión (DAS28 menor de 2,6), actividad baja (DAS28 entre 2,6 y 3,1), actividad moderada (DAS28 entre 3,2 y 5,1) y actividad alta (DAS28 mayor de 5,1) y, por último, el índice de capacidad funcional (HAQ) se dividió en 2 grupos: menor de 1: buena capacidad funcional y mayor de 1: mala capacidad funcional.

El bienestar psicológico fue evaluado a través del cuestionario de bienestar, CAVIAR. En los últimos años en Cuba se han comenzado a desarrollar instrumentos para la evaluación psicológica del bienestar y/o de conceptos afines como la calidad de vida, la satisfacción personal, etc. Este cuestionario que se encuentra validado en nuestro país, consta de 2 partes: una correspondiente a las escalas de satisfacción, es decir, referida a los juicios que sobre su vida establece el individuo, dividida en las siguientes subescalas: general, material, personal-social, laboral, familiar y sexual, y la otra a las escalas afectivas, que comprende, tanto los afectos positivos o placenteros, como los negativos o displacenteros. Luego de los estudios de validez y confiabilidad, la autora elaboró una metodología para calificar el cuestionario.

Procedimientos para el análisis estadístico

Se confeccionó una base de datos en Access 2007 la cual fue procesada utilizando el paquete estadístico SPSS en su versión 11.5 para Windows. Se emplearon medidas de resumen para datos cuantitativos (medias, porcentajes y desviación estándar). Para cada dimensión de salud se calculó la media, la desviación estándar y la proporción de los individuos con la puntuación máxima (efecto techo) y mínima (efecto suelo) para cada dimensión.

Para comprobar la relación entre 2 variables cuantitativas se utilizó la prueba de correlación de la "r" de Pearson. Para comparar las diferencias de medias encontradas se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes, cuando se trataba de 2 grupos y la prueba de ANOVA, cuando se trataba de 3 o más, también se aplicó esta última prueba de post hoc (*test* T₃ de Dunnett) para realizar comparaciones

múltiples. Con el objetivo de representar los resultados se crearon los datos estadísticos oportunos (número de casos, media y desviación estándar). El nivel de significación estadística se estableció en un valor de p hasta 0,05.

Se les solicitó a los pacientes el consentimiento informado para ser incluido en la investigación.

RESULTADOS

De los 180 pacientes incluidos, la mayoría fueron mujeres (88,3 %), la edad media 52,7 años (DE= 13,7) y predominó el color de piel blanco (69,4 %) y el nivel medio de escolaridad (62,8 %). En relación con la ocupación, más de la mitad de los pacientes (58,3 %) no tenía vínculo laboral. El tiempo de demora diagnóstica tuvo una media de 1,7 años (DE= 2,4). El tiempo de evolución medio fue de 9,9 años (DE= 9,8). El índice de actividad medida a través del DAS28 tuvo una media de 4,8 (DE= 1,4), en la mayoría de los pacientes (85 %) la actividad de la enfermedad estaba entre moderada y alta. Solo 16 pacientes se consideraban en remisión. La media del HAQ (capacidad funcional) fue de 1,21 (DE= 0,817), con un porcentaje alto (40,6 %) el HAQ mayor de 1. Predominaron los pacientes con artritis erosiva 122 (67,8 %) y el 32,8 % presentaba deformidades. El 73,9 % de los pacientes tenía factor reumatoide positivo.

En la tabla 1 se presentan las puntuaciones obtenidas por la muestra con el valor de la media y la desviación estándar (DE) de las dimensiones del cuestionario de bienestar psicológico CAVIAR. Se observan bajas puntuaciones en varias de estas, incluyendo el índice general del bienestar.

Tabla 1. Valores del bienestar psicológico

Mediciones del CAVIAR	Mínimo	Máximo	Media	DE
SG	24	100	76,5	16,4
SM	20	100	73,3	20,8
SL	0	100	50,1	40,1
SP	43	100	79,2	12,2
SS	0	100	57,8	44,8
SF	30	100	90,9	12,9
CSBS	32,2	99,5	74,6	14,5
CAHB	22	96,7	65,9	14,4
CARB	25,7	93,5	61,4	13,1
CATB	28,48	90,2	63,9	12,6
IGB	33,65	94,9	69,2	12,5

SG: Satisfacción general. SM: Satisfacción material. SL: Satisfacción laboral. SP: Satisfacción personal. SS: Satisfacción sexual. SF: Satisfacción familiar. CSBS: Componente satisfacción bienestar subjetivo. CAHB: Componente afectivo habitual bienestar. CARB: Componente afectivo reciente bienestar. CATB: Componente afectivo total bienestar. IGB: Índice general de bienestar.

Al analizar la correlación entre los diferentes elementos que evalúa el CAVIAR con elementos clínicos, vemos que el HAQ se correlaciona de forma negativa con casi todas las variables del bienestar psicológico, no influye la actividad de la enfermedad (tabla 2).

Tabla 2. Correlación entre las variables del CAVIAR y características clínicas

CAVIAR	DAS28 C. Pearson (p)	HAQ C. Pearson (p)
SG	- 0,028 (0,712)	- 0,162 (*) (0,030)
SM	0,062 (0,405)	- 0,022 (0,772)
SL	- 0,111 (0,140)	- 0,268 (**) (0,000)
SP	- 0,139 (0,064)	- 0,255 (**) (0,001)
SS	- 0,079 (0,293)	- 0,249 (**) (0,001)
SF	0,109 (0,144)	0,055 (0,463)
CSBS	- 0,051 (0,500)	- 0,244 (**) (0,001)
CAHB	- 0,038 (0,610)	- 0,166 (*) (0,026)
CARB	- 0,076 (0,309)	- 0,203 (**) (0,006)
CATB	- 0,053 (0,480)	- 0,195 (**) (0,009)
IGB	- 0,055 (0,466)	- 0,244 (**) (0,001)

SG: Satisfacción general. SM: Satisfacción material. SL: Satisfacción laboral. SP: Satisfacción personal. SS: Satisfacción sexual. SF: Satisfacción familiar. CSBS: Componente satisfacción bienestar subjetivo. CAHB: Componente afectivo habitual bienestar. CARB: Componente afectivo reciente bienestar. CATB: Componente afectivo total bienestar. IGB: Índice general de bienestar. Correlación muy significativa hasta $p= 0,01$ (**) y significativa hasta $p= 0,05$ (*)

En la tabla 3 se representan los aspectos del bienestar psicológico evaluados por el CAVIAR que muestran diferencias en relación con distintas variables sociodemográficas. Observamos que existen desigualdades significativas entre los 3 grupos etarios en la escala de la satisfacción laboral ($p= 0,008$) y en la de la satisfacción sexual ($p= 0,005$), y después, al realizar comparaciones múltiples vemos que las diferencias son entre el grupo de pacientes de mayor de 60 años donde estas 2 escalas están más afectadas. En relación con la escala de afectos y el índice general de bienestar, no hubo diferencias significativas. También se observa que son las escalas de satisfacción laboral ($p= 0,008$) y la de satisfacción sexual ($p= 0,005$) con respecto al sexo las afectadas de forma significativa, en este caso en el sexo femenino. Con respecto a la escolaridad, las diferencias son significativas desde el punto de vista de la satisfacción del bienestar subjetivo y el índice general del bienestar, no así desde el punto de vista afectivo. Al realizar el estudio multivariado vemos que las diferencias son significativas al comparar los del nivel primario con los otros 2 grupos, el primer grupo fue el más afectado.

Tabla 3. Influencia de las variables sociodemográficas sobre el bienestar psicológico

Edad (años) - Media (DE)				
CAVIAR	20 a 39 (N= 34)	40 a 60 (N= 85)	61 a 85 (N= 61)	p
SM	68,77* (29,97)	53,97* (39,33)	34,24* (40,84)	,000
SS	82,49* (29,73)	58,46* (45,65)	43,24* (44,99)	,000
Sexo-Media (DE)				
	Femenino (N= 159)	Masculino (N= 21)		p
SL	47,20 (40,04)	71,85 (34,28)		,008
SS	54,43 (45,38)	83,66 (30,13)		,005
Escolaridad-Media (DE)				
	Primario (N= 20)	Medio (N= 113)	Superior N= 47)	p
SM	60,20* (25,18)	75,22* (19,81)	74,21* (19,52)	,010
SL	19,99* (31,09)	50,47* (40,54)	61,94* (36,41)	,000
SP	72,90* (15,40)	80,41* (11,69)	79,07* (11,36)	,039
SS	22,15* (38,67)	63,02* (43,72)	60,58* (43,73)	,001
CSBS	63,65* (16,78)	75,84* (13,61)	76,20* (13,90)	,001
IGB	61,80* (12,83)	69,78* (12,08)	70,88* (12,53)	,017
Ocupación-Media (DE)				
	Con vínculo laboral (N= 71)	Sin vínculo laboral (N= 105)	Estudiante (N= 4)	p
SL	76,06* (23,63)	32,06* (39,33)	61,75 (43,34)	,000

SG: Satisfacción general. SM: Satisfacción material. SL: Satisfacción laboral. SP: Satisfacción personal. SS: Satisfacción sexual. SF: Satisfacción familiar. CSBS: Componente satisfacción bienestar subjetivo. CAHB: Componente afectivo habitual bienestar. CARB: Componente afectivo reciente bienestar. CATB: Componente afectivo total bienestar. IGB: Índice general de bienestar. Significativo hasta $p = 0,05$. * Positivo en la prueba a *posteriori* (Dunnet).

En relación con el tiempo de evolución, hay diferencias significativas en la esfera de satisfacción laboral ($p = 0,027$) y en la satisfacción sexual ($p = 0,043$) con mayor afectación en los pacientes de más de 10 años de evolución (tabla 4). Sin embargo, el tiempo de demora diagnóstica no influye de forma significativa en ninguna de las esferas que mide el bienestar psicológico medido a través del CAVIAR, por lo tanto no se representa estos resultados.

La capacidad funcional evaluada a través del HAQ influye de forma significativa en varios de los aspectos que evalúa el CAVIAR (tabla 5), tanto desde el punto de vista de la satisfacción como del componente afectivo y el índice general del bienestar, más afectado en los pacientes que tienen un HAQ mayor de 1.

Tabla 4. Influencia del tiempo de evolución sobre el bienestar psicológico

CAVIAR	< 2 años N= 45 Media (DE)	2 a 10 N= 70 Media (DE)	Mayor de 10 N= 65 Media (DE)	p
SG	76,62 (16,08)	77,22 (16,86)	75,53 (16,38)	,836
SM	74,49 (21,89)	73,31 (18,45)	72,43 (22,60)	,879
SL	59,00* (38,46)	53,90* (39,80)	39,79* (39,98)	,027
SP	81,17 (11,12)	80,27 (11,96)	76,74 (12,96)	,114
SS	62,17* (42,82)	65,26* (43,54)	46,86* (45,99)	,043
SF	92,04 (13,30)	90,91 (11,92)	90,30 (13,83)	,787
CSBS	76,28 (12,60)	75,89 (14,98)	71,99 (15,05)	,196
CAHB	67,38 (13,39)	64,39 (15,05)	66,74 (14,33)	,484
CARB	59,62 (11,34)	63,07 (13,17)	60,77 (14,05)	,347
CATB	63,44 (11,69)	64,02 (12,37)	64,00 (13,55)	,966
IGB	69,87 (11,36)	69,95 (12,78)	67,87 (13,01)	,575

SG: Satisfacción general. SM: Satisfacción material. SL: Satisfacción laboral. SP: Satisfacción personal. SS: Satisfacción sexual. SF: Satisfacción familiar. CSBS: Componente satisfacción bienestar subjetivo. CAHB: Componente afectivo habitual bienestar. CARB: Componente afectivo reciente bienestar. CATB: Componente afectivo total bienestar. IGB: Índice general de bienestar. Significativo hasta $p = 0,05$. * Positivo en la prueba *a posteriori* (Dunnet).

La existencia de una enfermedad en remisión o en actividad o el grado de actividad de la misma, medidos a través del DAS28, no influyó en ninguno de los aspectos del bienestar psicológico que mide el CAVIAR, como tampoco influyó la presencia de una enfermedad con factor reumatoide positivo.

Tabla 5. Influencia de la capacidad funcional sobre el bienestar psicológico

CAVIAR	HAQ < 1 N= 73 Media (DE)	HAQ ≥ 1 N= 107 Media (DE)	p
SG	80,32 (15,62)	73,83 (16,51)	,008
SM	73 ,97 (18 ,98)	72 ,82 (22,02)	,709
SL	59,35 (39,16)	43,75 (39,71)	,010
SP	82,74 (10,71)	76,82 (12,64)	,001
SS	69,34 (41,89)	50,00 (45,22)	,004
SF	90,54 (14,13)	91,27 (12,09)	,722
CSBS	78,73 (15,15)	71,75 (13,39)	,002
CAHB	68,25 (15,00)	64,45 (13,78)	,086
CARB	64,63 (13,24)	59,15 (12,55)	,006
CATB	66,41 (13,50)	62,13 (11,67)	,029
IGB	72,57 (13,35)	66,87 (11,37)	,003

SG: Satisfacción general. SM: Satisfacción material. SL: Satisfacción laboral. SP: Satisfacción personal. SS: Satisfacción sexual. SF: Satisfacción familiar. CSBS: Componente satisfacción bienestar subjetivo. CAHB: Componente habitual bienestar. CARB: Componente afectivo reciente bienestar. CATB: Componente afectivo total bienestar. IGB: Índice general de bienestar. Significativo hasta $p = 0,05$.

DISCUSIÓN

La AR genera varios procesos interactuantes, por un lado la inflamación, el dolor, la pérdida del movimiento articular y la deformidad producen la discapacidad que, por otro lado, ocasiona la pérdida de un gran número de funciones de la vida diaria, afecta en mayor o menor grado el desplazamiento, el cuidado personal, el trabajo y otras actividades básicas lo que significa para cualquier persona la pérdida de independencia económica y de roles sociales.¹²

En nuestro estudio observamos correlación muy significativa entre el HAQ y el bienestar psicológico. La discapacidad funcional no influye solo en la limitación física del paciente, también influye sobre factores psicológicos lo cual concuerda con lo que se afirma en estudios realizados por otros autores como *Escalante* y *Del Rincón*.¹³ La experiencia de dolor crónico, asociado a la incapacidad funcional que se caracteriza por ser permanente o recurrente, no ceder a los tratamientos médicos convencionales y generar importante disfunción y sufrimiento en el individuo, es considerada como algo subjetivo, una experiencia perceptual compleja que se asocia con estados emocionales y atribucionales por parte del paciente.¹⁴ Además, la percepción de que la enfermedad es crónica y el dolor persistente causan depresión y ansiedad en los pacientes y esto conduce a que refieran más dolor y temor hacia la movilización, lo que complica aún más la situación del paciente crónico.

Dado que se trata de una enfermedad crónica, las personas con AR deben hacer continuos ajustes en sus hábitos y estilo de vida, lo cual implica cambios no solo físicos sino también psicológicos y sociales con el objeto de hacer frente a su nueva

condición. Dicha adaptación depende de una multiplicidad de factores y de la interrelación entre ellos, entre los que se encuentran: aspectos sociodemográficos (como la edad del paciente), género, nivel educativo y social; y aspectos psicológicos como el apoyo social percibido, las creencias religiosas, los autoesquemas, patrones de personalidad, habilidades sociales y, por supuesto, los estilos de afrontamiento al estrés.

En relación con algunas variables sociodemográficas y cómo influyen en el bienestar psicológico de los pacientes estudiados, la escolaridad es una de las que muestra mayores diferencias y donde el bajo nivel escolar se encontró asociado de forma negativa. Los mecanismos que pudieran explicar este fenómeno abarcarían aspectos socioeconómicos como la actividad laboral, más intensa en los pacientes con un bajo nivel de educación. En esta misma dirección vemos que en algunos estudios ha sido señalado el analfabetismo como un factor predictor. Así mismo, se ha encontrado que cuando la persona posee buenos recursos de afrontamiento se facilita la percepción que ésta tiene de su enfermedad y por lo tanto el nivel de estrés disminuye considerablemente.¹⁵ Se ha evidenciado que entre las estrategias que facilitan la adaptación adecuada a la enfermedad se encuentran: la percepción de autoeficacia, el optimismo, el realismo y las conductas activas en la solución de problemas.¹⁶

Una de las esferas más afectadas es la satisfacción laboral, más en los pacientes de mayor tiempo de evolución y mayor discapacidad funcional; por eso algunos consideran que la AR produce una baja en la productividad y el retiro ocupacional prematuro lo que tiene repercusión importante en la vida personal, familiar, laboral y social del paciente.¹⁷

En nuestro estudio, un porcentaje importante de pacientes no presentaba vínculo laboral lo cual se relacionó con algunas de las dimensiones evaluadas, pensamos que esto se debe a que quienes padecen esta enfermedad deben someterse a tratamientos médicos que implican cambios significativos en la rutina diaria, dieta y ejercicio físico, de acuerdo con el grado de discapacidad y el paciente se ve obligado a evaluar y acomodar parcial o totalmente su cotidianidad. En ocasiones, incluso, el individuo no está en capacidad de mantener su empleo (la discapacidad laboral entre los 5 y 10 años desde el inicio de la enfermedad en diferentes países es de 43 a 50 %);¹⁸ en muchos casos no vuelve a trabajar o cuando lo hace se encuentra con que debe ocupar un puesto de menor responsabilidad. Además, estos resultados los podemos relacionar con que los pacientes en su mayoría eran mujeres y con una edad media que sobrepasaba los 50 años.

La discapacidad creada por la artritis se incrementa en los primeros años de diagnóstico para posteriormente volverse más lenta, y al final de la vida del paciente o después de 30 años de duración de la enfermedad se acelere otra vez con todos sus síntomas.¹⁹

El mayor tiempo de evolución se acompaña de un deterioro en algunas de las escalas, sobre todo con respecto a las escalas de satisfacciones, en este caso la laboral y la sexual, lo cual está relacionado con la progresión de la enfermedad que lleva a la destrucción articular y a la incapacidad. Esto produce una reducción progresiva en la movilidad, además de provocar manifestaciones extra-articulares con afección de órganos internos. Al tiempo de padecer la enfermedad se le reconoce un efecto negativo, donde esta evoluciona de forma progresiva a un mayor compromiso clínico y funcional, así lo señalan *Pincus*³ y *Wolfe*.²⁰

Cadena, que estudió la relación entre la actividad de la enfermedad, el estado de salud mental, la calidad de vida, y la disfunción familiar en una muestra de 79

pacientes (70 mujeres y 9 hombres) con diagnóstico de AR, encontró que aunque la disfunción familiar estaba presente en 39 % de los pacientes, no se observó asociación entre las disfunciones de la familia, la actividad de la AR, las variables mentales de la salud, el estado socioeconómico y la calidad de vida.²¹ En nuestro estudio, el grado de actividad de la enfermedad no influyó en el bienestar psicológico de los pacientes.

El grado de mayor discapacidad funcional (HAQ mayor de 1) fue el que más relación tuvo con el bienestar psicológico, con afectación tanto del componente afectivo como de satisfacción. Esto se debe a que la presencia de dolor, inmovilidad articular y fatiga, propios del trastorno, afectan no solo el bienestar físico sino también psicológico, donde existe una serie de emociones negativas ante la discapacidad creada por la enfermedad.^{17,22,23}

El incremento en la severidad de los síntomas de la enfermedad (cambio biológico) puede producir incrementos en la ansiedad, depresión y desesperanza, y afectación en la habilidad para trabajar o realizar las actividades domésticas (cambios sociales) y puede incrementar el dolor y la incapacidad.⁹ Por ello, incidir sobre estas y otras variables psicológicas puede favorecer el afrontamiento a la enfermedad y permitir una mejor adaptación a los cambios en el estilo de vida que ella conlleva. Lo anterior permite comprender la importancia de identificar cuáles son esas variables y entender bajo qué mecanismos operan con el fin de lograr una atención integral de la enfermedad e incidir sobre el bienestar físico, psicológico y social de los pacientes pues por ser una enfermedad crónica, el trastorno orgánico funcional que provoca puede persistir largo tiempo y obligar a modificar el estilo de vida.

Los resultados de esta investigación evidencian la importancia de la disciplina psicológica para el abordaje de la AR y la necesidad de un trabajo multidisciplinario en su tratamiento. Se pone de manifiesto la necesidad de asumir esta enfermedad desde una perspectiva biopsicosocial, como un sistema en donde la modificación de una dimensión puede producir alteraciones en la otra.

En conclusión, varias dimensiones del CAVIAR, se vieron influenciadas por variables sociodemográficas, la más significativa fue la escolaridad. El tiempo de evolución influyó en la evaluación de la calidad de vida, no así el tiempo de demora diagnóstica. El elemento clínico más importante asociado con afectación del bienestar psicológico fue el índice de capacidad funcional (HAQ), que no influyó en el índice de actividad (DAS28).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Laffón A, González I. Artritis Reumatoide. Concepto, epidemiología y patogenia. En: Pascual E, Rodríguez V, Carbonell J, Gómez-Reino JJ. Tratado de Reumatología. Madrid: Arán ediciones; 1998. p. 421-2.
2. Pincus T, Callahan LF. What is the natural history of rheumatoid arthritis? *Rheum Dis Clin N. A.* 1993;19:123-51.
3. Pincus T, Callahan LF, Sale WG. Severe function declines, work disability, and increased in seventy-five rheumatoid arthritis patients studied over nine years. *Arthritis Rheum.* 1984;27:864-72.

4. Van Zeben D, Hazes JMW, Zwinderman AH. Factors predicting outcome of the rheumatoid arthritis. *J Rheumatology*. 1993;20:1288-96.
5. Saco S. Declaración del alma ata; a cinco años de la meta. *SITUA*. 1995;3:5.
6. Delgado G, Rojas F. Atención primaria de salud y medicina general integral. En: Álvarez R. *Temas de Medicina General Integral*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 10-4.
7. González U. El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. *Rev Cubana Salud Pública*. 2002;28(2). [citado 30 de septiembre de 2011] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Núñez de Villavicencio F. *Psicología y Salud*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.
9. Keefe FJ, Smith SJ, Buffington AL, Gibson J, Studts JL, Caldwell DS. Recent advances and future directions in the biopsychosocial assessment and treatment of arthritis. *J Consult Clin Psychol*. 2002;70:640-55.
10. Keefe FJ, Bonk V. Valoración psicosocial del dolor en pacientes con artritis reumatoide. En: *Rheumatic Disease Clinics of North America: Manejo del dolor en las enfermedades reumáticas*. Madrid: Panamericana; 1999.
11. Fuentealba C. ¿Como se debe evaluar al paciente con artritis reumatoide en la práctica clínica? *Reumatología*. 2003;19(4):190-3.
12. López B, Rincón H, Castellanos J, González H. El perfil de minusvalía como la medida de calidad de vida en pacientes reumáticos. *Rev Col Reum*. 1993;1:91.
13. Escalante A, Del Rincón I. How much disability in rheumatoid arthritis is explained by rheumatoid arthritis? *Arthritis Rheum*. 1999;42:1712-21.
14. Melzack R. *Pain measurement and assessment*. Nueva York: Raven Press; 1983. p. 33-7.
15. Crespo M, Labrador F. *Estrés*. Madrid: Editorial Síntesis; 2003.
16. Sandín B. *El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas*. Madrid: Klinik; 1999.
17. Arana C, Kaway V, Bernal C, Ninahuanca M, Huamanchumo R, Berrocal A, et al. Factores que influyen en la capacidad funcional de pacientes con artritis reumatoide. *Rev Per Reumatol*. 1999;2:1-11.
18. Cadena J, Cadavid M, Ocampo M, Vélez M, Anaya JM. Depresión y familia en pacientes con artritis reumatoide. *Rev Col de Reum*. 2002;9:184-9.
19. Leight J, Fries J, Parkh N. Severity of Disability in RA. *J Rheumatol*. 1992;19:1906-11.
20. Wolfe F, Cathey MA. The assessment and prediction of Functional Disability in Rheumatoid Arthritis. *J Rheumatol*. 1991;18:1298-1305.

21. Cadena J, Vinaccia S, Rico MI, Hinojosa R, Anaya JM. The impact of disease activity on quality of life and mental health status in Colombian patients with Rheumatoid Arthritis. *J Rheumatol.* 2003;9:142-50.

22. Vinaccia S, Contreras F, Restrepo LM, Cadena J, Anaya JM. Autoeficacia, desesperanza aprendida e incapacidad funcional en pacientes con diagnostico de artritis reumatoide. *Inter J Clin Health Psychol.* 2005;5:129-42.

23. Tobón S, Vinaccia S, Cadena J, Anaya JM. Calidad de vida en personas con artritis reumatoide a partir del cuestionario de calidad de vida en la artritis (QOL-RA). *Psicología y Salud.* 2004;30:14-25.

Recibido: 24 de octubre de 2011.

Aprobado: 27 de octubre de 2011.

Dra. *Araceli Chico Capote*. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras", San Lázaro No. 701 entre Belascoaín y Marqués González, Centro Habana, La Habana, Cuba. CP 10300. aracelica@infomed.sld.cu