



Relaciones entre variables sociodemográficas, incapacidad funcional, dolor y desesperanza aprendida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide

Stefano Vinaccia¹ (*Universidad de San Buenaventura de Medellín, Colombia*),
José Cadena (*Corporación para Investigaciones Biológicas de Medellín, Colombia*),
Fernando Juárez (*Universidad del Bosque de Bogotá, Colombia*),
Francoise Contreras (*Universidad Santo Tomás de Bogotá, Colombia*), Juan Manuel
Anaya (*Corporación para Investigaciones Biológicas de Medellín, Colombia*)

(Recibido 16 abril 2003/ Received April 16, 2003)

(Aceptado 8 julio 2003 / Accepted July 8, 2003)

RESUMEN. El objetivo de este estudio descriptivo transversal fue estudiar las relaciones entre variables sociodemográficas, incapacidad funcional, dolor y desesperanza aprendida en pacientes con artritis reumatoide. Se utilizó una muestra de 124 pacientes (110 mujeres y 14 hombres) diagnosticados con artritis reumatoide según los criterios del *American College of Rheumatology*. Como instrumento de medida de la discapacidad funcional se utilizó el *Activities of Daily Living (HAQ-ADL)*, para evaluar el dolor se aplicó el *Pain Severity Scale MOS* y para la desesperanza aprendida el *Arthritis Helplessness Index (AHÍ)*. Los resultados indicaron que los factores sociodemográficos son mejores predictores de desesperanza que el dolor y la incapacidad funcional, hecho que presenta evidentes discrepancias con investigaciones que plantean lo contrario, es decir una fuerte relación entre incapacidad funcional, dolor y desesperanza. Probablemente estas diferencias dependan de factores culturales que diferencian claramente la sociedad norteamericana de la colombiana con respecto al rol, la forma de atención y al cuidado de los enfermos crónicos. Esto nos permite entender más coherentemente una enfermedad crónica multifactorial, como es la artritis reumatoide, mediante un modelo bio-psico-social-ambiental y cultural.

¹ Correspondencia: A. A: 81240 Envigado. Antioquia (Colombia). E-mail: vinalpi47@hotmail.com

PALABRAS CLAVE. Artritis reumatoide. Factores sociodemográficos. Desesperanza. Incapacidad funcional. Dolor. Estudio descriptivo.

ABSTRACT. The objective of this descriptive study was to analyze the relations between social demographic variables, functional incapacity, pain, and hopelessness learned in patients with Rheumatoid Arthritis. Work with 124 patients (110 women and 14 men) diagnosed with Rheumatoid Arthritis according to the criteria of the American School of Rheumatology. As instrument of measurement of the functional incapacity were used the Activities of Daily Living (HAQ-ADL); in order to evaluate the pain the Pain Severity Scale MOS was applied and for the Learned Hopelessness the Arthritis Helplessness Index (AHI). The results indicated that the social demographic factors are better predicting of hopelessness than the pain and the functional incapacity. Fact that presents evident discrepancies with investigations that raise the opposite is to say a strong relation between functional incapacity, pain, and hopelessness. Probably these differences depend on cultural factors that differentiate clearly the North American society from the Colombian with respect the role, the attention form, and the care of the chronic patients. Allowing to understand this way coherently but a multiple factors chronic disease like Rheumatoid Arthritis by means of cultural an bio-psycho-social-environmental model.

KEYWORDS. Rheumatoid arthritis. Social demographic factors. Hopelessness. Functional incapacity. Pain. Descriptive study.

RESUMO. O objectivo deste estudo descritivo foi analisar as relações entre variáveis demográficas, incapacidade funcional, dor e desânimo aprendido em pacientes com Artrite Reumatóide. Utilizou-se uma amostra de 124 pacientes (110 mulheres e 14 homens) diagnosticados com Artrite Reumatóide de acordo com os critérios da *American School of Rheumatology*. A incapacidade funcional foi medida através do *Activities of Daily Living* (HAQ-ADL); a dor foi avaliada através do *Pain Severity Scale MOS* e desânimo aprendido foi avaliado através do *Hopelessness the Arthritis Helplessness Index* (AHI). Os resultados indicaram que factores sócio-demográfico são melhores preditores do desânimo que da dor ou da incapacidade funcional. Este facto apresenta-se como discrepante dos resultados de outras investigações que suportam o contrário, ou seja uma forte relação entre a incapacidade funcional, a dor e o desânimo aprendido. É provável que estas diferenças dependam de factores culturais que diferenciam claramente a sociedade Norte Americana da sociedade Colombiano que se refere ao papel, a forma de atenção e o cuidado dos pacientes crónicos. Isto permite-nos entender de um modo mais coerente uma doença crónica multifactorial como o é a Artrite Reumatóide, com base num modelo bio-psico-socio-ambiental e cultural.

PALAVRAS CHAVE. Artrite reumatóide. Factores sócio-demográficos. Desânimo aprendido. Incapacidade funcional. Dor. Estudo descritivo.

Introducción

La artritis reumatoide es una enfermedad de etiología desconocida y de naturaleza autoinmunitaria que se caracteriza patológicamente por un proceso inflamatorio que

afecta sobre todo el tejido sinovial de las articulaciones (Anaya, 1999). Este trastorno afecta aproximadamente al 1% de la población humana con una incidencia mujer-varón 3:1, produciendo síntomas diversos como rigidez matinal, fatiga, dolor, incapacidad funcional y depresión (Ballina y Rodríguez, 2000). La progresión de la enfermedad lleva a la destrucción articular con consecuencias incapacitantes, lo que produce una reducción progresiva en la movilidad, además de provocar manifestaciones extra-articulares con afección de órganos internos (Anaya, 1999). La incapacidad creada por la artritis por lo general se incrementa en los primeros años de diagnóstico, para posteriormente volverse más lento 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 (Leight, Fries y Parkh, 1992). El tratamiento médico sigue siendo paliar o minimizar el deterioro como resultado de no reconocer la causa de la enfermedad y los diferentes fármacos que el paciente toma (sales de oro, antipalúdicos, aines, etc.) a dosis altas y durante tiempo prolongado pueden provocar diferentes efectos secundarios (Ballina y Rodríguez, 2000). La artritis reumatoide induce en el paciente varios procesos interactuantes. Por un lado, la inflamación, el dolor, la pérdida del movimiento articular y la deformidad producen discapacidad y pérdida de un gran número de funciones de la vida diaria, que pueden afectar en mayor o menor grado el desplazamiento, el cuidado personal, el trabajo y otras actividades básicas; que afectan la independencia económica y los roles sociales de la persona (González, Rueda, Bodiel, Badillo y Rincón, 1995a; López, Rincón, Castellanos y González, 1993). Por otro lado, la naturaleza impredecible de la enfermedad (la remisión de síntomas y/o su exacerbamiento no obedecen a factores identificables) puede hacer que las personas que la padecen puedan caer en estado de indefensión (Seligman, 1975). Numerosas investigaciones han encontrado en estos pacientes diferentes tipos de déficit ligados a desesperanza aprendida: a nivel motivacional (reducción de las actividades de la vida diaria); a nivel cognitivo (reducción de esfuerzos para desarrollar nuevas estrategias de adaptación) y a nivel emocional (con un aumento de la depresión y la ansiedad y la reducción de la autoestima) (Callahan, Brooks y Pincus, 1988; Nicasio, Wallston, Callahan y Herbert, 1985; Vinaccia, Ramírez y Toro, 2001). Al respecto, Dickens, McGowan, Clark-Carter y Creed (2001) encontraron en un reciente meta-análisis que la depresión era significativamente más común en pacientes con artritis reumatoide que en pacientes sanos, confirmando los datos epidemiológicos de prevalencia de este síntoma entre el 8% y el 22% de la población investigada (Ballina, 2002). En Colombia, Cadena, Cadavid, Ocampo, Vélez y Anaya (2002) encontraron en muestras de pacientes con artritis reumatoide una prevalencia del 58% de síntomas depresivos, cifras superiores a los datos epidemiológicos internacionales. La existencia de depresión se asocia a las peores características clínicas de los pacientes (mayor número de articulaciones dolorosas, severidad del dolor y mal estado de salud (Cadena *et al.*, 2002; Cadena, Vinaccia, Pérez, Rico, Hinojosa y Anaya, 2003). El paciente con artritis reumatoide se encuentra entonces en un círculo vicioso en el que la reducción y la evitación de actividades físicas a causa del dolor pueden generar en él una actitud de indefensión, desesperanza y derrota frente a su problema, sirviendo como detonante de la ansiedad y otros estados emocionales que abren la compuerta (véase el *Gate Control Model de Melzack*), produciendo desinhibición central de estí-

mulos aferentes con el consecuente aumento de la percepción del dolor y la aparición de nuevos estados de pasividad. De hecho, entre las variables que más afectan la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide se encuentra la incapacidad física y funcional, el dolor y el nivel de afectación, siendo a su vez las que acarrearán más costos médicos (Ryumachi *et al.*, 2002). El objetivo de este estudio descriptivo mediante encuestas de tipo transversal (Montero y León, 2002) fue estudiar la influencia de variables sociodemográficas sobre la incapacidad funcional, el dolor y la desesperanza aprendida en una muestra de pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. En la redacción de este artículo se siguieron las pautas propuestas por Bobenrieth (2002).

Método

Sujetos

La muestra está formada por 124 pacientes (110 mujeres y 14 hombres) con edades comprendidas entre los 27 y 65 años en tratamiento en la Unidad de Reumatología de la Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín (Colombia), con diagnóstico diferencial de artritis reumatoide basados en el criterio del Colegio Americano de Reumatología (Arnett, 1987).

Instrumentos

- *Arthritis Helplessness Index (AHI)* (Índice de desesperanza en la artritis). Versión colombiana de Vinaccia, Cadena, Juárez, Contreras y Anaya (2004b), diseñado por Nicassio *et al.* (1985) y compuesto por 15 ítem tipo Likert con 4 posibilidades de respuesta que van desde (1) Total desacuerdo hasta (4) Total acuerdo. El índice de confiabilidad alfa de Cronbach en la versión original americana fue de 0,69 y de 0,65 en la versión colombiana.
- *Activites of Daily Living (ADL)* (Cuestionario de actividades de la vida diaria). Versión modificada del Cuestionario de Estado de Salud de Stanford (HAQ) (versión española de Escalante, Garlarza y Beardmore (1996). Compuesto por 8 ítem tipo Likert con 4 posibilidades de respuesta desde (1) Sin dificultad hasta (4) No puedo hacerlo. El alfa de Cronbach informado es de 0,89.
- *Mos Pain Severity Scale (MOS)* (Escala MOS de Severidad de Dolor). Versión española de González, Stewart, Ritter y Loring (1995b). Compuesto por 5 ítem tipo Likert; los dos primeros tienen 10 posibilidades de respuesta y los tres últimos 6 posibilidades, que van desde Nunca hasta Todos los días. Ha demostrado una adecuada consistencia interna ($\alpha = 0,89$).

Procedimiento

Los cuestionarios fueron aplicados a la muestra de dos formas: autoadministrados y con la ayuda de un entrevistador (estudiante de Medicina, Psicología, Trabajo Social) en condiciones y patrones de ayuda similares. El promedio de aplicación de los tres cuestionarios fue de 25 minutos.

Análisis de los datos

Se obtuvieron estadísticas descriptivas para el conjunto de los participantes en las distintas variables. Posteriormente, se realizó un análisis cluster con las variables socioeconómicas con el objetivo de obtener subgrupos de sujetos homogéneos en dichas variables. A continuación, se realizó una regresión lineal múltiple considerando las puntuaciones del HAQ-ADL del MOS y los subgrupos obtenidos en el análisis cluster como variables independientes y las puntuaciones del AHI como variable dependiente.

Resultados

En la Tabla 1 se ofrecen las características socioeconómicas de los 124 participantes en el estudio; se ofrece la frecuencia y el porcentaje sobre el total de la muestra y en las variables continuas se presenta la media y la desviación típica. Como se puede observar, la gran mayoría son mujeres (88,7%) con una media de edad de 53 años (DT = 12), el nivel de estudios en general es de Primaria o Secundaria, muchas de ellas casadas (50,8%), aunque si bien existen dos grupos relativamente importantes de solteras (22,6%) y viudas (15,3%); prácticamente todas viven acompañadas (98,4%), el estrato socioeconómico de la vivienda es relativamente bajo (2 y 3, 80,7%), y un porcentaje elevado son amas de casa (48,4%), existiendo un grupo moderadamente elevado que tiene trabajo de tiempo completo (25,8%) y otro de jubiladas (13,7%).

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

GÉNERO	Mujer	Frec. (%)	110 (88,7)	ESTRATO 1	Frec. (%)	4 (3,2)
	Hombre	Frec. (%)	14 (11,3)	2	Frec. (%)	39 (31,5)
EDAD		Media	53 (12)	3	Frec. (%)	61 (49,2)
		(DT)				
ESTUDIOS	Ninguno	Frec. (%)	5 (4)	4	Frec. (%)	10 (8,1)
	Primaria	Frec. (%)	54 (43,5)	5	Frec. (%)	6 (4,8)
	Secundaria	Frec. (%)	45 (36,3)	6	Frec. (%)	4 (3,2)
	Universidad	Frec. (%)	20 (16,1)	TRABAJO Tiempo completo	Frec. (%)	32 (25,8)
ESTADO CIVIL	Soltero	Frec. (%)	28 (22,6)	Medio tiempo	Frec. (%)	2 (1,6)
	Casado	Frec. (%)	63 (50,8)	Ocasional	Frec. (%)	7 (5,6)
	Unión libre	Frec. (%)	8 (6,5)	Buscando	Frec. (%)	2 (1,6)
	Separado	Frec. (%)	6 (4,8)	Amas de casa	Frec. (%)	60 (48,4)
	Viudo	Frec. (%)	19 (15,3)	Jubilado	Frec. (%)	17 (13,7)
VIVE SOLO	Si	Frec. (%)	2 (1,6)	Discapacitado	Frec. (%)	4 (3,2)
	No	Frec. (%)	122 (98,4)	AÑOS DIANOST.	Media	11 (9)
					(DT)	

Para el conjunto de la muestra se obtuvo el resumen de las puntuaciones obtenidas en las escalas HAQ-ADL, AHI y MOS; en la Tabla 2 se muestran la media y la desviación típica de las puntuaciones totales de cada cuestionario. Como se observa, el

grupo obtuvo una puntuación media de 13 en el cuestionario HAQ-ADL, mostrando así una baja incapacidad funcional, ya que el rango de la escala es de 8 a 32; las puntuaciones posteriormente fueron transformadas a una escala de 0 a 10, teniendo una puntuación final de 2,08, muy similar a las investigaciones de Escalante *et al.* (1996), que fueron de 2,10 en la validación de esta escala al español. En el cuestionario AHI se obtiene una puntuación promedio de 31, lo que también indica un estado de desesperanza relativamente bajo, situándose próximo al tercio inferior, ya que esta escala tiene un rango de 15 a 60; este valor está muy por debajo de los obtenidos por Lindroth, Strombeck, Brossner, Gulberg y Wollheim (1994) en la validación de esta escala en Suecia, que tuvo una media de 38. Por su parte, la escala MOS ofrece un promedio de 23, indicando en el conjunto de la muestra un grado moderadamente bajo de dolor percibido, ya que esta escala tiene un rango de 3 a 38; las puntuaciones fueron transformadas a una escala de 0 a 100, obteniéndose una media de 57,10, muy inferior a la media de 73,50 alcanzada por González *et al.* (1995b) en la validación al español de este instrumento.

TABLA 2. Puntuaciones obtenidas en los cuestionarios por la muestra total.

HAQ-ADL	Media(DT)	13 (4,8)	Media transformada 2,08
AHI	Media(DT)	31 (5,7)	
MOS	Media(DT)	23 (9,6)	Media transformada 57,10

Con el objetivo de identificar subgrupos de sujetos similares en cuanto a la posesión de determinadas características socioeconómicas se realizó un análisis cluster. Dicho análisis se llevó a cabo con las variables de género, edad, estudios, estado civil, vivir solo, estrato, trabajo y años de diagnóstico, dicotomizándose las variables categóricas. Se utilizó el método de vinculación promedio intergrupos con la distancia euclídea al cuadrado, lo que arrojó una distancia reescalada de 17 para una división en tres grupos; en el grupo 1 se agruparon 20 participantes, 90 participantes en el grupo 2 y 14 en el grupo 3. En la Figura 1 se muestra la media de las variables continuas en cada uno de los grupos y en la Figura 2 la moda para las variables de categorías, también en cada uno de los grupos. En la Figura 1 se puede observar como la media de edad es diferente en cada grupo, así como los años que llevan con el diagnóstico, si bien ésta última muestra una diferencia menor entre los grupos 1 y 2. En la Figura 2 se puede apreciar como existen otras variables que muestran diferencias entre algún grupo y los otros dos, tales como la educación y el trabajo, que son distintas para el grupo 1; las otras modas permanecen iguales para los tres grupos.

FIGURA 1. Media de las variables continuas de agrupamiento para cada grupo obtenido en el análisis cluster.

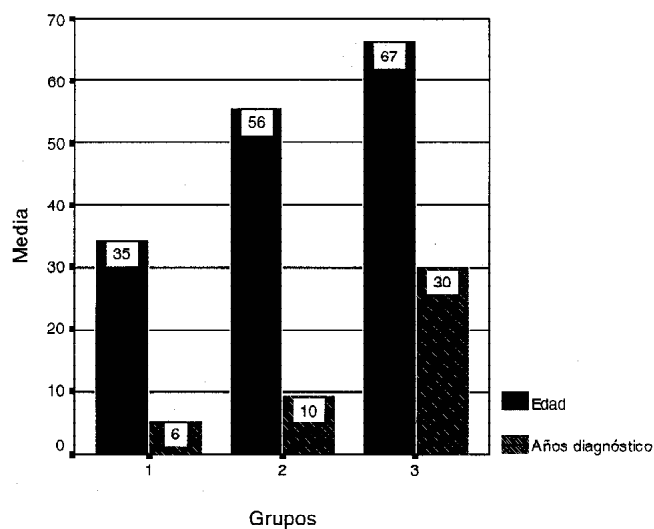
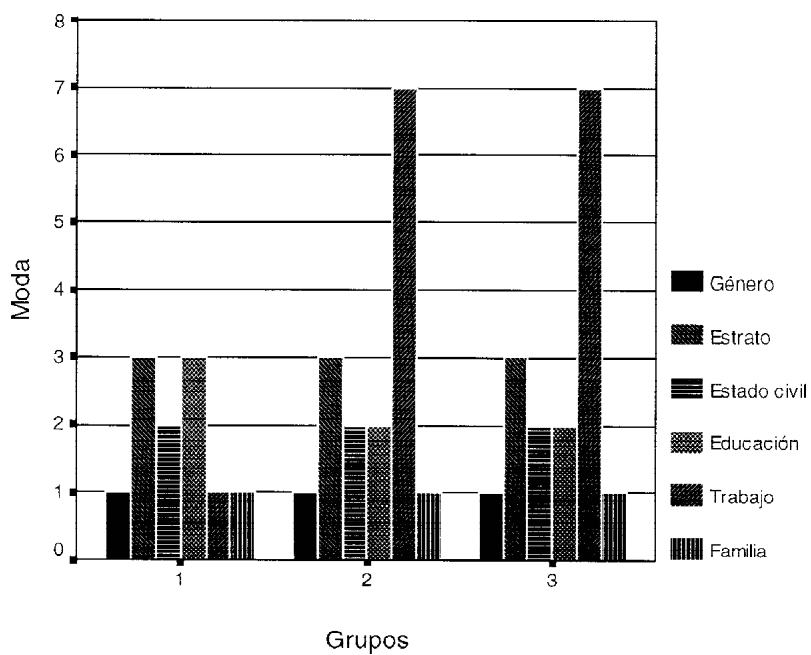


FIGURA 2. Moda de las variables de agrupamiento de categorías para cada grupo obtenido en el análisis cluster.



A continuación, el grupo de pertenencia, así como las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios HAQ-ADL y MOS, se consideraron como las variables independientes en un análisis de regresión lineal múltiple, siendo la variable dependiente la puntuación obtenida en el cuestionario AHI. La variable de pertenencia a uno de los tres grupos obtenidos en el análisis cluster se subdividió en otras tres variables dicotómicas; de este modo cada una de ellas representa la pertenencia o no pertenencia a un grupo. Se utilizó el método de introducción de todas las variables simultáneamente y en el modelo no se incluyó la constante, al observar que así se obtenía una mejor predicción. Se encontró entre las variables independientes una alta correlación del MOS con las variables HAQ-ADL (0,94) y grupo de pertenencia 2 (0,78), y del HAQ-ADL con el grupo de pertenencia 2 (0,80). El contraste del modelo mostró que las variables independientes introducidas ayudan significativamente a explicar las variaciones observadas en la variable dependiente ($F = 856,511$; $p = 0,000$), obteniéndose un R^2 de 0,97. En la Tabla 3 se muestran los coeficientes obtenidos para las variables independientes.

TABLA 3. Resultados del análisis de regresión lineal múltiple sobre las puntuaciones del AHI.

	<i>Coefficientes no estandarizados</i>		<i>Coefficientes estandarizados</i>	<i>T</i>	<i>SG</i>
	<i>B</i>	<i>Error Típico</i>	<i>Beta</i>		
MOS	0,220	0,061	0,174	3,612	0,000
HAQ-ADL	0,106	0,122	0,047	0,872	0,385
Grupo 1	23,917	1,752	0,308	13,651	0,000
Grupo 2	24,356	1,470	0,664	16,565	0,000
Grupo 3	24,614	2,072	0,265	11,880	0,000

En esta última tabla se observa como, en función de los coeficientes estandarizados, las variables predictoras más importantes son los grupos obtenidos mediante el análisis cluster de los factores socioeconómicos; esto se refleja también en los coeficientes t , los cuales son más altos para estas variables. La variable HAQ-ADL resulta ser un predictor muy débil y, a su vez, la variable MOS constituye un predictor moderado. El modelo mostró un buen ajuste lineal en la probabilidad acumulada, aunque se observó una ligera tendencia sinusoidal en los residuos.

Discusión

Los resultados encontrados indicaron que, dependiendo del grupo de pertenencia de la población de pacientes con artritis reumatoide, uno de los 3 subgrupos creados con base al peso específico de cada una de las variables sociodemográficas encontradas

en esta investigación podría ser (subgrupo 2), mejor predictor de desesperanza que la misma incapacidad funcional y/o dolor. El subgrupo 2 estaba compuesto por mujeres casadas y/o unión libre, con un promedio de edad de 56 años, con 10 años de diagnóstico de la enfermedad, que vivían en familia, de estrato socio-económico bajo y medio/bajo, en su gran mayoría amas de casa. Los datos confirman la importancia de las variables socioeconómicas en la forma en que los pacientes asumen la enfermedad y como ésta afecta su calidad de vida. En este estudio, se observó que los pacientes presentaron baja incapacidad funcional, un estado de desesperanza relativamente bajo y un grado moderadamente bajo de dolor percibido de acuerdo con las puntuaciones obtenidas. Es probable que ello se deba al apoyo social, emocional y económico que perciben los pacientes colombianos con artritis reumatoide (Cadena *et al.*, 2002). El grado moderadamente bajo de dolor percibido en esta población implicaría el uso de estrategias de afrontamiento positivas, lo que parece asociarse con la adaptación a la enfermedad de estos pacientes (Pastor, López Roig, Rodríguez Marín, Sánchez Salas y Pascual, 1990). Se sugieren estudios para evaluar las estrategias de afrontamiento utilizadas por estos pacientes crónicos, que al parecer son funcionales. Matud, Carballeira, López, Marrero e Ibáñez (2002) encontraron que en las mujeres, el apoyo social percibido parecería depender más de la edad y de factores sociales y familiares, como el estado civil, el número de hijos o el tipo de trabajo desempeñado. Sin embargo, los factores socioeconómicos parecen tener una influencia diferente en países desarrollados. Brekke, Kvien, Thelle y Hjortdahl (1999) compararon en Canadá pacientes de artritis reumatoide que vivían en zonas de estratos socioeconómicos bajos y altos de la misma ciudad para observar el impacto de los factores socioeconómicos sobre la enfermedad. Se encontró que no hubo diferencias significativas en la severidad del trastorno ni en su proceso, pero sí en el estatus de salud física y psicosocial; los pacientes de la zona de menor estrato se percibían mas gravemente enfermos y con menos confianza en su habilidad para influir sobre su enfermedad, siendo su estatus de salud mas pobre. Vinaccia, Cadena y Anaya (2004a) encontraron en una investigación donde se pretendió evaluar la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide que las muestras colombianas puntuaron más alto en todas las dimensiones del Cuestionario de Calidad de Vida QOLRA en comparación a muestras de pacientes norteamericanos, tanto de origen anglosajón como latinoamericano, siendo las dos dimensiones más significativas encontradas “la ayuda dada por familiares y amigos” y “los niveles de interacción con la familia”. Resultados muy similares habían sido señalados por Thacher y Haynes (2001), quienes encontraron que la calidad de la interacción social puede ser una importante contribución a la disminución de los síntomas depresivos y del dolor en pacientes con artritis reumatoide.

La muestra de pacientes con artritis reumatoide en esta investigación pertenecen a estratos bajos de la llamada subcultura andina de la montaña, la mayoría de ellos mujeres en una edad en donde culturalmente se le da un alto estatus matriarcal dentro de redes familiares compuestas por grupos humanos numerosos, donde se da y se recibe un amplio apoyo social en el transcurso de sus vidas (Gutiérrez de Pineda, 1999). Es así como el impacto de las enfermedades crónicas parece estar estrechamente vinculada a la situación social, cultural y económica de los pacientes, incidiendo de manera

diferencial en la calidad de vida de estos. En pacientes con enfermedades crónicas de género femenino, diferentes investigadores han encontrado que el uso de estrategias de focalización sobre aspectos positivos de su vida parecen indicar menores niveles de ansiedad y depresión y se ha asociado positivamente a la “resignación” (Rodríguez-Marín, 1995). Dado que la incapacidad creada por la artritis por lo general se incrementa en los primeros años de diagnóstico, para posteriormente volverse más lento al final de la vida del paciente, el tener 10 años de diagnóstico implicaría para el subgrupo 2 estar posiblemente en un periodo refractario de la enfermedad, muy posiblemente con un proceso de habituación a su sintomatología.

Con respecto al matrimonio, un amplio número de estudios muestran que en pacientes crónicos, el estar casado era un predictor de bienestar subjetivo mayor que cualquier categoría de personas no casadas. Algunos de estos estudios encontraron que el matrimonio era mejor predictor de bienestar, inclusive cuando se controla el efecto de nivel educativo, nivel de ingreso y estatus ocupacional (Rodríguez-Marín, 1995; Zung, Broadhead y Roth, 1993). Existe una tendencia a incrementarse el número de casos de artritis reumatoide en hombres de mediana edad solteros y mujeres separadas (Ryumachi *et al.*, 2002). Con respecto a la ocupación, la gran mayoría del subgrupo 2 trabajaba en la casa en tareas domésticas, hecho que posiblemente evitó que se presentara el factor más importante de incapacidad laboral: la falta de autonomía en el trabajo, ya que un horario rígido en muchos casos es incompatible con la sintomatología causada por la enfermedad (Ballina, 2002). Por otro lado, la existencia de responsabilidades familiares disminuye el riesgo de incapacidad laboral (Reisine, Grady, Goodenow y Fifield, 1989). Las fuentes correlacionales encontradas entre dolor e incapacidad funcional, dolor pertenencia al subgrupo 2, incapacidad funcional pertenencia al subgrupo 2 confirmaron los niveles de correlación encontrados entre discapacidad funcional medida por HAQ-ADL y el dolor (Pincus, Callahan, Brooks, Fuchs, Olsen y Kaine, 1989). Las correlaciones son interesantes si se considera que el HAQ ha sido utilizado exitosamente para evaluar el nivel de discapacidad en pacientes con artritis reumatoide y osteoartritis, a tal nivel que los resultados del HAQ podrían tomarse como base para la asignación de subsidios (Memel, Hehir, Hewlett, Langley y Kirwan, 2002). Pero, el hecho de encontrar en este estudio que el dolor es un factor predictor moderado de desesperanza y que la incapacidad funcional es un factor todavía más débil presenta evidentes discrepancias con investigaciones que plantean lo contrario, es decir, una fuerte relación entre incapacidad funcional, dolor y desesperanza (Nicassio *et al.*, 1985; Stein, Wolstn, Nicasio y Casstner, 1988). Probablemente estas diferencias dependan nuevamente de factores culturales que diferencian claramente la sociedad norteamericana de la colombiana, con respecto al rol, la forma de atención y el cuidado de los enfermos crónicos. Además, las muestras de las investigaciones anteriormente mencionadas no se habían apareado sobre la variable edad y los años de diagnóstico como en esta investigación.

La adaptación psicológica a la enfermedad en los primeros años de diagnóstico positivo a la artritis reumatoide parece ser independiente del soporte social (Dekkers, Greenen, Evens, Kaaimataat, Bijhsma y Godaert, 2001), lo que se puede ver en el subgrupo 1 compuesto de pacientes de artritis reumatoide con una edad promedio de

35 años y 6 años de diagnóstico de la enfermedad. En un estudio realizado por Escalante y Del Rincón (1999) se categorizaron las causas del 59% de discapacidad en pacientes con artritis reumatoide, basándose en el modelo según el cual la patología lleva al impedimento, a la incapacidad funcional y finalmente a la discapacidad. Se encontró que la discapacidad en estos pacientes podía atribuirse a alteraciones psicológicas, a síntomas depresivos y a otras modificaciones externas (26%), mientras que el 33% podría atribuirse directamente a la enfermedad. Nosotros pensamos a raíz de los resultados de nuestra investigación que estos porcentajes podrían variar dependiendo que los factores psicosociales y/o fisiopatológicos sean más proximales o más distales en el transcurso de la evolución de la enfermedad.

Para terminar, hay suficiente evidencia que muestra que diversos factores psicosociales se asocian a la artritis reumatoide, lo cual apoya la hipótesis de que contribuyen a su curso clínico. El diseño de un modelo que permita entender más integralmente la artritis reumatoide se hace necesario. El modelo bio-psico-socio-ambiental y cultural podría permitir entender más coherentemente esta enfermedad crónica multifactorial, ubicándola dentro de un espacio dinámico que cambia a lo largo del tiempo según se modifiquen las interacciones funcionales entre sus diferentes componentes.

Referencias

- Anaya, J. M. (1999). Genes y artritis reumatoide. *Revista Colombiana de Reumatología*, 6, 240-250.
- Arnett F.C. (1987). The American Rheumatism Association. *Revised Criteria for the Classification of Rheumatoid Arthritis*, 31, 315-324.
- Ballina F. (2002). Medición de la Calidad de Vida en la Artritis Reumatoide. *Revista Española de Reumatología*, 29, 56-64.
- Ballina, F. y Rodríguez, A. (2000). Artritis Reumatoide. *Revista Española de Reumatología*, 27, 256-259.
- Bobenrieth, M. A. (2002). Normas para revisión de artículos originales en Ciencias de la Salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 509-523.
- Brekke, M., Kvien, T.K., Thelle, D.S. y Hjortdahl, P. (1999). Disease activity and severity in patients with rheumatoid arthritis: Relations to socioeconomic inequality. *Social Science and Medicine*, 48, 1743-1450.
- Cadena, J., Cadavid, M., Ocampo, M. U., Vélez, M. E. y Anaya, J. M. (2002). Depresión y Familia en Pacientes con Artritis Reumatoide. *Revista Colombiana de Reumatología*, 9, 184-191.
- Cadena, J., Vinaccia, S., Pérez, A., Rico, M., Hinojosa, R. y Anaya, J.M. (2003). The impact of disease activity on the quality of life and mental health status in colombian patients with arthritis rheumatoid. *Journal of Clinical Rheumatology*, 9, 112-150.
- Callahan, L., Brooks, R. y Pincus, T. (1988). Further Analysis of Learned Helplessness in the Rheumatoid Arthritis Using a "Rheumatology Attitudes Index". *Journal of Rheumatology*, 15, 418-425.
- Dekkers, J. E., Greenen, R., Evens, A., Kaaimaat, F., Bijhsma, J. y Godaert, G. (2001). Biopsychosocial Mediators and Moderators of Stress-Health Relationship in Patient with Recently Diagnosed AR. *Arthritis Care Research*, 45, 307-316.

- Dickens, C., McGowan, L., Clark-Carter, D. y Creed, F. (2001). Depression in Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review of the Literature with Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine*, 64, 52-60.
- Escalante, A. y Del Rincón I. (1999). How Much Disability in Rheumatoid Arthritis is Explained by Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheumatism*, 42, 1712-1721.
- Escalante, A., Garlarza, D. y Beardmore, T. (1996). Cross-Cultural Adaptation of a Brief Outcome Questionnaire. *Arthritis & Rheumatism*, 39, 93-100.
- González, H., Rueda, J., Bodiel, M., Badillo, Y. y Rincón, H. (1995a). Evolución del Programa Psicoeducativo para Pacientes con Artritis Reumatoide. *Revista Colombiana de Reumatología*, 2, 85-86.
- González, V., Stewart, A., Ritter, P. y Loring, K. (1995b). Translation and Validation of Arthritis Outcome Measures Into Spanish. *Arthritis Rheumatism*, 38, 1429-1446.
- Gutiérrez de Pineda, V. (1999). *Estructura, Función y Cambio de la Familia Colombiana*. Medellín: Universidad de Antioquía.
- Leight, J., Fries J. y Parkh, N. (1992). Severity of Disability in RA. *Journal of Rheumatology*, 19, 1906-1911.
- Lindroth, B., Strombeck, M., Brossner, B., Gulberg, B. y Wollheim, F. (1994). Learned Helplessness and its correlation to impairment, pain, anxiety and depression in Rheumatoid Arthritis. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 23, 299-304.
- López, B., Rincón, H., Castellanos, J. y González, H. (1993). El Perfil de Minusvalía como Medida de la Calidad de Vida en Pacientes Reumáticos. *Revista Colombiana de Reumatología*, 1, 91.
- Matud, P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R. e Ibáñez, I. (2002). Apoyo Social y Salud: un análisis de Género. *Salud Mental*, 25, 32-37.
- Memel, D.S., Hehir, M., Hewlett, S., Langley, C. y Kirwan, (2002). Prediction of successful application for disability benefits for people with arthritis using the Health Assessment Questionnaire. *Rheumatology*, 41, 100-107.
- Montero, I. y León, O.G. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 503-508.
- Nicassio, P., Wallston, K., Callahan, L. y Herbert, M. (1985). The Measurement of Helplessness in Rheumatoid Arthritis. *Journal of Rheumatology*, 12, 462-467.
- Pastor, M., López Roig, S., Rodríguez Marín, J., Sánchez Salas, E. y Pascual, E. (1990). Expectativas de Control sobre la Expectativa de Dolor. *Revista de Psicología de la Salud*, 2, 91-112.
- Pincus, T., Callahan, L., Brooks, R., Fuchs, H., Olsen, N. y Kaine, J. (1989). Self-Report Questionnaire Scores in Rheumatoid Arthritis. *Annals Internal Medicine*, 110, 259-266.
- Reisine, S., Grady, K., Goodenow, C. y Fifield, J. (1989). Work Disability Among Women with Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheumatism*, 32, 538-543.
- Rodríguez Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.
- Ryumachi, H. A., Yoshida, S., Moroi, Y., Akizuki, M., Kondo, H., Tsuboi, S., Fujimori, J. Hoshi, K., Ishihara, Y., Kutsuna, T., Shiino, Y., Nishibayahi, Y. y Sato, H. (2002). A multicenter cross-sectional study on the health related quality of life of patients with rheumatoid arthritis using a revised Japanese version of the arthritis impact measurement scales version 2 (AIMS 2), focusing on the medical care costs and their associative. *Multicenter Study* 42, 23-39.
- Seligman, M. (1975). *Indefensión*. Madrid: Debate.
- Stein, M., Wolstn, K., Nicassio, P. y Casstner, N. (1988). Correlates of Clinical Classification Schema for the Arthritis Helplessness Subscale. *Arthritis and Rheumatism*, 31, 876-881.

- Thacher, I. y Haynes, S.N. (2001). A multivariate time series regression study of pain, depression symptoms, and social interaction in rheumatoid arthritis. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 159-180.
- Vinaccia, S., Cadena, J. y Anaya, J.M. (2004a). *Evaluación de la Calidad de Vida en Pacientes con Artritis Reumatoide a partir del Qol-RA*. Documento en preparación.
- Vinaccia, S., Cadena, J., Juárez, F., Contreras, F. y Anaya, J.M. (2004b). *Validación del Índice de Desesperanza Aprendida (AHI) al español*. Manuscrito en preparación.
- Vinaccia, S., Ramírez, A. y Toro, F. (2001). Desesperanza Aprendida en Pacientes con Artritis Reumatoide: Análisis y Evolución de un Constructo. *Revista Colombiana de Reumatología*, 8, 443-447.
- Zung, W., Broadhead, E. y Roth, M. (1993). Prevalence of Depressive Symptoms in Primary Care. *Family Practice*, 37, 337-338.