

# Relaciones entre resiliencia, apoyo social, autoestima, emociones negativas, percepción de enfermedad y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico artritis reumatoide

Relationships between resilience, social support, self-esteem, negative emotions, illness perception and health-related quality of life in patients diagnosed with rheumatoid arthritis

Stefano Vinaccia<sup>1</sup>, Fernando Riveros Munévar<sup>2</sup>, Japcy Margarita Quiceno<sup>3</sup>

## RESUMEN

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad de alto impacto físico y psicológico, que afecta la calidad de vida, pero hay pocos estudios sobre la relación de variables positivas y dicha calidad de vida. **Objetivo:** Evaluar las relaciones entre calidad de vida relacionada con la salud, percepción de enfermedad, resiliencia, ansiedad y depresión, apoyo

social y autoestima en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide. **Método:** Estudio no cuantitativo de alcance correlacional, se contó con 44 pacientes con diagnóstico confirmatorio de AR, se aplicó la Escala de calidad de vida en artritis reumatoide -QOL-RA, Cuestionario de Percepción de Enfermedad -IPQ-B, Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión -HAD, escala de apoyo social MOS, la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) y la escala de resiliencia CD RISC-10. **Resultados:** Hubo una favorable calidad de vida relacionada con la salud en estos pacientes y bajos niveles de ansiedad/ depresión. Por otro lado, la dimensión preocupación de la enfermedad (IPQ) correlaciono negativamente con la autoestima y la calidad de vida en su componente físico mientras la autoestima y la resiliencia lo hicieron positivamente. Además, las diferentes dimensiones del apoyo social como el apoyo emocional, instrumental, interacción social positiva, y afectivo con autoestima y CVRS psicossocial. **Conclusión:** Las variables psicológicas positivas y negativas pueden influir de una forma diferencial sobre la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con artritis reumatoide.

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2022.130.1.4>

ORCID: 0000-0001-5169-0871<sup>1</sup>

ORCID: 0000-0002-0414-674X<sup>2</sup>

ORCID: 0000-0002-3821-2784<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universidad del SINU, Montería, Colombia.

<sup>2</sup>Universidad de La Sabana, Chía, Colombia.

<sup>3</sup>Universidad de Medellín, Colombia.

**Autor de correspondencia:** Stefano Vinaccia, E-mail: stefanovinacci@unisinu.edu.co

**Recibido:** 17 de noviembre 2021

**Aceptado:** 30 de enero 2022

**Palabras clave:** Calidad de vida relacionada con la salud, percepción de enfermedad, autoestimas resiliencia, artritis reumatoide.

## SUMMARY

**Introduction:** *Rheumatoid arthritis (RA) is a disease with a high physical and psychological impact, which affects the quality of life, but there are few studies on the relationship of positive variables and said the quality of life. Objective:* Evaluate the relationships between health-related quality of life, perception of illness, resilience, anxiety and depression, social support, and self-esteem in patients with a diagnosis of Rheumatoid Arthritis. **Method:** A non-quantitative study of correlational scope, there were 44 patients with a confirmatory diagnosis of RA, the Quality-of-Life Scale in Rheumatoid Arthritis -QOL-RA, Disease Perception Questionnaire -IPQ-B, Hospital Anxiety, and Depression Scale -HAD, the MOS social support scale, the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) and the CD RISC-10 resilience scale was applied. **Results:** There was a favorable health-related quality of life in these patients and low levels of anxiety/depression. On the other hand, the worry dimension of the disease (IPQ) correlated negatively with self-esteem and quality of life in its physical component, while self-esteem and resilience did so positively. In addition, the different dimensions of social support such as emotional, instrumental support, positive social interaction, and affective with self-esteem and psychosocial HRQoL. **Conclusion:** Positive and negative psychological variables can influence differentially the quality of life-related to the health of patients with rheumatoid arthritis.

**Keywords:** *Health-related quality of life, perception of disease, self-esteem, resilience, rheumatoid arthritis.*

## INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune inflamatoria crónica influenciada por factores tanto genéticos como ambientales. En los últimos años se ha prestado especial atención a los nuevos genes y a la estrecha interacción entre los factores genéticos y los mecanismos epigenéticos (1). La investigación también se ha centrado en la influencia de los factores ambientales en el desarrollo de la enfermedad y como el sistema inmunitario innato y adaptativo pueden influir en las diferentes etapas de la AR (2,3). La AR afecta a aproximadamente el 1 % de la población mundial, y las consecuencias para la salud de la persona a medida que avanza la enfermedad son la pérdida movilidad articular, deformidad, discapacidad, dolor crónico y

la presencia de ansiedad, depresión, estrés y hostilidad además de la dependencia física y emocional, la fatiga, la rigidez matutina y los trastornos del sueño, entre otros (4).

En Colombia los estudios epidemiológicos han estimado una prevalencia de la AR entre 0,8 -1,0 % en la población. La edad promedio de aparición es 53,2 años y de inicio de los síntomas 41,3 años, con mayor prevalencia en el sexo femenino (81,9 %), y la comorbilidad está asociada con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) osteoporosis y síndrome de Sjögren (5-8). La AR produce cambios sustanciales en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las personas que la padecen (9). La persona con diagnóstico de AR debe enfrentar no solo los síntomas asociados a la enfermedad sino la ambigüedad de estos (10).

Durante más de 40 años los estudios psicológicos con pacientes con AR se han centrado en las relaciones entre síntomas emocionales negativos y deterioro funcional y físico causado por la enfermedad (11,12). Más recientemente se han empezado a desarrollar estudios para encontrar que fortalezas interiores podían encontrar los pacientes de AR para afrontar esta enfermedad en el transcurso de sus vidas tales como autoeficacia (13), resiliencia (14), felicidad (15), esperanza (16), optimismo (17), entre otros. Aún más se han desarrollado programas clínicos para el potenciamiento de emociones positivas en este tipo de pacientes (18-20).

Las emociones positivas sirven de marcos protectores para la salud en física y mental de pacientes con condiciones médicas crónicas como la AR (21,22). Además, la capacidad de mantener la emocionalidad positiva durante los períodos de enfermedad se ha asociado también con un mejor bienestar (23). El bienestar psicológico además cumple un papel amortiguador para el manejo del estrés y tiene un impacto favorable en el curso de la enfermedad y de la discapacidad asociada con la AR. De acuerdo con Gettings (24), cada vez hay más evidencia que demuestra que el bienestar psicológico tiene cualidades protectoras de la salud, de manera que, en personas con artritis reumatoide el bienestar está relacionado con menos fatiga global y/o ansiedad asociada con la fatiga.

De otro lado la percepción de la enfermedad tiene una implicación significativa en la adaptación a la enfermedad y se ha demostrado que supera el impacto del estado de la enfermedad médica en la depresión, la función física y el dolor, y desempeña un papel importante en la explicación del resultado de la enfermedad reumática e influye en el grado de ansiedad o depresión del paciente y esos efectos pueden ser moderados por otros factores, como los niveles de apoyo social y la presencia de comorbilidades adicionales (25).

Ahora bien, la percepción de enfermedad está relacionada con una serie de medidas de resultado en la AR, incluyendo la discapacidad, el bajo estado de ánimo, el dolor y el deterioro en la función física (26) y por otro lado se puede retrasar la búsqueda del tratamiento médico agudizándose los síntomas de la AR (27).

De acuerdo con lo anterior, el objetivo de este estudio fue evaluar las relaciones entre calidad de vida, percepción de enfermedad, resiliencia, autoestima, apoyo social y ansiedad - depresión en 44 pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide residentes en la ciudad de Bogotá y Medellín.

## MÉTODOS

### Tipo de estudio

La presente investigación es considerada como un estudio empírico analítico, cuantitativo, y de alcance correlacional (28).

### Participantes

Participaron 44 pacientes con diagnósticos confirmatorios de artritis reumatoide cuyos datos fueron recolectados en las ciudades de Medellín y Bogotá en el año 2019; estaban distribuidos en 5 hombres y 39 mujeres, con edades comprendidas entre los 31 y 81 años (media = 59,53, D.E. = 11,10) y con diagnóstico de la enfermedad entre 8 y 312 meses (M=8,3 años). Para mayores datos, el Cuadro 1 refiere las demás variables de la muestra. Como criterios de inclusión se consideraron que los pacientes no tuvieran ninguna limitación cognitiva y fueran diagnosticados con AR según los criterios de Aletaha y col. (29).

### Instrumentos

Escala de calidad de vida en artritis reumatoide (*Quality of Life in Rheumatoid Arthritis Scale, QOL-RA*): desarrollada originalmente y validado al español por Danao y col. (30). En esta investigación se utilizó la versión colombiana de Vinaccia y col. (31). El QOL-RA es un cuestionario específico que evalúa la CVRS de pacientes con artritis reumatoide. Esta escala contiene 8 ítems donde cada uno conforma una dimensión, por tanto, no se efectúa el análisis alfa de Cronbach. Sus ocho dimensiones son: habilidad física, apoyo, dolor, tensión nerviosa, salud, artritis, vida social y estado de ánimo, contiene además una escala total. El sistema de respuesta es tipo Likert que va de 0 (muy mala calidad de vida) a 10 puntos (excelente calidad de vida). El coeficiente alfa de Cronbach de la escala total para este estudio fue de 0,949.

Cuestionario de Percepción de Enfermedad (*The Brief Illness Perception Questionnaire, IPQ-B*): desarrollado originalmente por Broadbent y col. (32) validación al español de Pacheco-Huergo y col. (33). Contiene 8 ítems donde cada uno conforma una dimensión. El sistema de respuesta es tipo Likert que va de 0 a 10 puntos. Las dimensiones son: consecuencias, duración, control personal, control del tratamiento, identidad, preocupación, respuesta emocional y comprensión de la enfermedad.

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (*The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS*): La versión colombiana de la escala HADS fue desarrollada por Rico y col. (34) contando con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,85. Comprende 14 ítems que se responden en un sistema tipo Likert con 4 opciones de respuesta que van de 0 hasta 3 puntos y cuenta con dos dimensiones que evalúan la ansiedad y la depresión con relación al período actual. El rango para cada dimensión es de 0 a 21 puntos. A mayor puntuación, más altos niveles de ansiedad o depresión. El coeficiente alfa de Cronbach para este estudio fue de 0,824 para ansiedad y de 0,795 para depresión.

Cuestionario MOS de Apoyo Social (*The Medical Outcomes Study Social Support Survey - MOS-SSS*). Versión colombiana de Londoño y col. (35) Es un cuestionario multidimensional que permite valorar aspectos cuantitativos

Cuadro 1  
Datos generales de la muestra

<b>Sexo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Ocupación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Hombre	5	11,4	Empleado	1	2,3
Mujer	39	88,6	Independiente	8	18,2
Total	44	100	Jubilado	16	36,4
			Ama de casa	19	43,2
			Total	44	100
<b>Estrato</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Sistema de salud</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
2	9	20,5	Sisben	2	4,5
3	24	54,5	EPS	40	90,9
4	10	22,7	Medicina prepagada	2	4,5
5	1	2,3	Total	44	100
Total	44	100			
<b>Estado civil</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Medicamento psiquiátrico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Soltero	5	11,4	Si	6	13,6
Casado	24	54,5	No	38	86,4
Divorciado	5	11,4	Total	44	100
Unión libre	1	2,3			
Viudo/a	9	20,5	<b>Tratamiento farmacológico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Total	44	100	Si	32	72,7
			No	12	27,3
			Total	44	100
<b>Con quien vive</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>			
Solo	6	13,6			
Familiares	37	84,1			
Amigos	1	2,3			
Total	44	100			
<b>Nivel académico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>			
Básica primaria	15	34,1			
Básica secundaria	15	34,1			
Tecnología	9	20,5			
Universitario	4	9,1			
Sin reporte	1	2,3			
Total	44	100			

(tamaño de la red social) y aspectos cualitativos (dimensiones del apoyo social. Consta de 20 ítems con 4 subescalas, para las que se pueden obtener puntuaciones independientes: apoyo emocional, instrumental, interacción social positiva, y afectivo. La consistencia interna para la puntuación total es alta ( $\alpha = 0,97$ ) y para las subescalas oscila entre 0,91 y 0,96.

Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES). Este instrumento es frecuentemente aplicado para la medición global de la autoestima. Está constituida por diez ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a, la mitad de los cuales

están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. Las opciones de respuesta se puntúan entre 1 y 4 puntos, lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. En Colombia fue validado alcanzando un Alpha de Cronbach de 0,63, por Cogollo y col. (36).

Escala de Resiliencia CD RISC-10. Este instrumento fue desarrollado originalmente por Campbell-Sills y Stein (37), es una escala que consta de 10 ítems con un formato tipo Likert con 5 opciones de respuesta de 0 a 4 puntos según corresponda. Para este estudio se utilizó la versión colombiana de Riveros y col. (38) alcanzando un Alpha de Cronbach 0,83.

### Procedimiento

Previo permiso, aceptación de las directivas y comité científico de la fundación colombiana de apoyo al paciente reumático (FUNDARE) de la ciudad de Bogotá, Colombia se convocó a los miembros de la fundación para invitarlos a participar en la investigación. Los que acogieron la invitación fueron reunidos en las instalaciones de la fundación en grupos de máximo veinte personas. A cada grupo se les aclaró los propósitos y alcance de la investigación para luego de manera libre y voluntaria firmar el consentimiento informado. Seguidamente, de forma auto administrada y contando con la ayuda de los investigadores a cargo del estudio cuando los pacientes lo requirieron, cada paciente respondió las pruebas del estudio: QOL-RA, IPQ-B, MOS-SSS, HADS, CDRISC-10 y RSES como una ficha de datos sociodemográficos. El tiempo de aplicación fue de 50 minutos en promedio.

El análisis de los datos se realizó mediante el uso del software estadístico SPSS, versión 25, desarrollando análisis descriptivo de las variables, seguido de pruebas de normalidad para decidir los estadísticos paramétricos o no paramétricos correspondientes, y finalmente el análisis del coeficiente de correlación se realizó mediante las pruebas de Pearson y Spearman. Se tuvo en cuenta el alfa al 0,05 como criterio de decisión para la aceptación o rechazo de las hipótesis de trabajo.

### RESULTADOS

Inicialmente se reportan los datos descriptivos de las variables de estudio, para identificar los niveles de los participantes en ellas, seguido de los análisis de normalidad y los análisis de correlaciones bivariadas. En el Cuadro 2 se muestran los datos descriptivos de las variables estudiadas.

Cuadro 2  
Análisis descriptivos de las variables en estudio

	Media	D.T.	Mín	Máx
<b>Escala de calidad de vida en artritis reumatoide (QOL-RA)</b>				
QOL-RA Física	45,30	8,68	26	60
QOL-RA Psico-Social	24,52	4,33	13	30
<b>Percepción de Enfermedad (IPQ-B)</b>				
Consecuencias	5,57	2,27	1	10
Duración	8,40	2,86	0	10
Control Personal	7,39	2,57	0	10
Control de Tratamiento	7,57	2,53	1	10
Identidad	6,27	2,47	1	10
Preocupación	5,91	2,99	0	10
Compresión de la Enfermedad	8,05	2,11	3	10
Respuesta Emocional	5,05	2,77	0	10
<b>MOS de Apoyo Social (MOSS-SSS)</b>				
Apoyo Social Emocional	31,18	7,38	8	40
Apoyo Instrumental	16,45	9,12	6	69
Interacción social positiva	17,02	8,82	4	69
Apoyo afectivo	13,43	8,51	4	65
<b>Resiliencia (CD RISC-10)</b>				
	28,64	7,71	17	63
<b>Autoestima de Rosenberg (RSES)</b>				
	31,20	3,91	23	38
<b>Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)</b>				
Ansiedad	6,07	4,52	0	18
Depresión	2,93	3,09	0	12

DT: Desviación típica; Mín: mínimo; Máx: máximo.

De acuerdo con el Cuadro 2, se encontró que la calidad de vida medida con el QOL-RA tuvo una puntuación alta en el componente físico y promedio en el componente psico-social. A nivel del IPQ-B se encontró que las dimensiones relacionadas con la representación cognitiva de la enfermedad como duración, control personal y control del tratamiento tuvieron puntuaciones altas, mientras consecuencias e identidad tuvieron niveles promedio y las tres dimensiones relacionadas con la representación emocional de la enfermedad como preocupación y respuesta emocional tuvieron niveles promedios, mientras que la dimensión comprensión de la enfermedad tuvo niveles altos. Respecto al apoyo social de la escala MOS, hubo niveles medios moderados en todas sus sub-escalas (apoyo social emocional, apoyo instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo). En relación con la resiliencia medida con el CD RISC-10 se encontró una puntuación moderada. En cuanto a la Autoestima de Rosenberg (RSES) tuvo puntuaciones medias altas. Finalmente, en la escala HADS que mide

ansiedad/depresión se encontró que los pacientes de este estudio no presentaron niveles clínicos significativos de ansiedad y depresión según los criterios establecidos (34) donde el punto de corte es de 8 para ansiedad y de 9 para depresión.

Con el fin de determinar si existen distribuciones normales en las variables, se procedió a realizar el análisis con el estadístico Shapiro-Wilk (Cuadro 3).

Los datos encontrados en el Cuadro 3 refieren que las variables edad y tiempo de diagnóstico de la enfermedad, consecuencias y afectación emocional (IPQ-B), resiliencia, autoestima, y el componente físico de calidad de vida tuvieron propiedades simétricas y se analizan con el coeficiente  $r$  de Pearson, el resto de las variables no tuvieron una distribución normal y se analizan con  $\rho$  de Spearman. Se estableció la existencia de relación estadísticamente significativa de  $**p < 0,01$  y  $*p < 0,05$  entre algunas variables del estudio. En el Cuadro 4 se muestran las correlaciones para las variables paramétricas mientras en el Cuadro 5 se muestran las correlaciones para las variables no paramétricas.

Cuadro 3  
Pruebas de normalidad para las variables de estudio

Variable	Estadístico	gl	Sig.
Edad	0,961	42	0,158
Tiempo diagnóstico enfermedad	0,974	42	0,431
IPQ Consecuencias	0,949	42	0,060
IPQ Duración	0,605	42	0,001
IPQ Control Personal	0,867	42	0,001
IPQ Control Tratamiento	0,830	42	0,001
IPQ Identidad	0,944	42	0,041
IPQ Preocupación	0,932	42	0,015
IPQ Comprensión	0,844	42	0,001
IPQ Afectación Emocional	0,957	42	0,117
Resiliencia	0,956	42	0,106
MOS Apoyo Social Emocional	0,943	42	0,036
MOS Apoyo Instrumental	0,531	42	0,001
MOS Interacción social positiva	0,460	42	0,001
MOS Apoyo afectivo	0,411	42	0,001
Autoestima	0,966	42	0,241
Ansiedad	0,940	42	0,028
Depresión	0,821	42	0,001
CV Física	0,972	42	0,378
CV Psico-Social	0,892	42	0,001

RELACIONES ENTRE RESILIENCIA, APOYO SOCIAL, AUTOESTIMA, EMOCIONES NEGATIVAS

Tabla 4

Análisis de correlaciones con las variables paramétricas

		Tiempo diagnóstico enfermedad	IPQ Consecuencias	IPQ Afectación Emocional	Resiliencia	Autoestima	CVRS Física
Edad	r	-0,334	0,221	0,118	-0,122	-0,211	-0,285
	Sig.	0,028*	0,154	0,452	0,435	0,174	0,064
Tiempo diagnóstico enfermedad	r	1	0,002	0,132	-0,037	-0,105	-0,129
	Sig.		0,990	0,395	0,812	0,496	0,405
IPQ	r		1	0,337	-0,144	-0,100	-0,359
Consecuencias	Sig.			0,025*	0,352	0,518	0,017*
IPQ Afectación Emocional	r			1	-0,300	-0,469	-0,404
	Sig.				0,048*	0,001**	0,007**
Resiliencia	r				1	0,202	0,044
	Sig.					0,189	0,777
Autoestima	r					1	0,411
	Sig.						0,006**

Tabla 5

Análisis de correlaciones con las variables no paramétricas

		Tiempo Dx enfermedad	Resiliencia	Apoyo social emocional	Apoyo instrumental	Interacción social positiva	Apoyo afectivo	Auto estima	CV física	CV psisocial
Edad	R	-0,271	-0,300	-0,190	-0,158	-0,168	-0,266	-0,146	-0,220	-0,147
	Sig.	0,079	0,051	0,222	0,311	0,282	0,085	0,352	0,155	0,347
Tiempo Dx enfermedad	R		-0,026	-0,096	-0,101	-0,143	-0,066	-0,111	-0,075	-0,105
	Sig.		0,865	0,536	0,515	0,354	0,673	0,474	0,630	0,499
Resiliencia	R			0,181	0,094	0,214	0,125	0,248	0,337	0,161
	Sig.			0,239	0,543	0,163	0,419	0,104	0,052	0,043
Apoyo social emocional	R				0,906	0,846	0,732	0,341	0,281	0,520
	Sig.				0,001**	0,001**	0,001**	0,024*	0,064	0,001**
Apoyo instrumental	R					0,821	0,676	0,193	0,224	0,506
	Sig.					0,001**	0,001**	0,208	0,144	0,001**
Interacción social positiva	R						0,746	0,350	0,339	0,530
	Sig.						0,001**	0,020*	0,024*	0,001**
Apoyo afectivo	R							0,314	0,266	0,369
	Sig.							0,038*	0,082	0,014*
Auto estima	R								0,443	0,333
	Sig.								0,003**	0,027*
Cv física	R									0,631
	Sig.									0,001**

Los hallazgos mostrados en el Cuadro 4 indican que existen correlaciones directas y estadísticamente significativas entre las consecuencias percibidas de la enfermedad y la afectación emocional. De igual forma, se encontraron correlaciones inversas y significativas entre la resiliencia y la afectación emocional, así como entre autoestima y afectación emocional. En lo que implica a la calidad de vida (Cuadro 4), el componente físico de la misma se correlaciona directamente con los niveles de autoestima, y se hallaron correlaciones inversas

entre dicho componente físico y las consecuencias percibidas, y la afectación emocional. Por su parte, los hallazgos mostrados en el Cuadro 5 muestra por un lado correlaciones positivas entre resiliencia y el componente físico de la CVRS y por otro lado correlaciones positivas entre las diferentes dimensiones del apoyo social con los componentes psicosociales y físicos de la CVRS. Finalmente, la variable autoestima correlaciona positivamente también con los componentes psicosociales y físicos de la CVR.

## DISCUSIÓN

En este estudio participaron 44 pacientes residentes en Bogotá, Colombia con diagnóstico médico de AR en su mayoría, mujeres con una edad media cercana a los 59 años, con estudios completos de educación secundaria, de estado civil casadas, pertenecientes al estrato socioeconómico colombiano medio. Todos los instrumentos utilizados en este estudio han sido validados en el contexto colombiano menos el IPQ-B que se utilizó una versión española.

En cuanto a los resultados descriptivos del estudio, de acuerdo con la percepción de enfermedad (IPQ-B) encontramos en la sección representación cognitiva de la enfermedad que cuenta con 5 ítems: Consecuencias (ítem 1), Duración (ítem 2), Control personal (ítem 3), Control del tratamiento (ítem 4) e Identidad (ítem 5) que los pacientes son conscientes de la evolución y el tiempo que durara su enfermedad, perciben claramente las implicaciones (físicas, sociales y económicas) que tiene su enfermedad, tienen cierto control de su enfermedad mediante la adhesión a los diferentes tratamientos médicos y saben identificar las diferentes fases de su enfermedad en base a signos y síntomas de la misma (32). Por otro lado la sección representación emocional compuesta por 2 ítems: Preocupación (ítem 6) y Respuesta emocional (ítem 8) encontramos que tienen cierto nivel por preocupación por el impacto de la enfermedad en su vida y manifiestan la presencia de emociones negativas asociadas como ansiedad, depresión, estrés y desesperanza Por último, el ítem 7 hace referencia a la dimensión de Comprensión de la enfermedad donde encontramos que los pacientes comprenden suficientemente bien su enfermedad. Con respecto a la variable resiliencia los participantes de este estudio tuvieron puntuaciones medias ( $M = 28,64$ ) similares a otras investigaciones desarrolladas con la misma escala en Estados Unidos, con muestras de enfermos crónicos ( $M = 28,0$ ) (39) y ( $M = 29,0$ ) (40). En los pacientes con AR de este estudio los niveles de resiliencia no son tan favorables en comparación a los de muestras sanas colombianas ( $M = 37,68$ ) (41) lo que implica que la enfermedad podría haber tenido un peso significativo negativo en las fortalezas interiores

de estos pacientes.

Referente a la variable autoestima los puntajes alcanzados en la escala de Rosenberg ( $M = 31,20$ ) son altos con respecto a los criterios encontrados son la misma escala, según los criterios de (42) en España estarían en percentil del 80 % y de (43) en Argentina  $M = 31,20$ . Esto significa que no está demasiado afectada la autoimagen de nuestros pacientes asociada a cambios físicos que produce la AR.

Por otro lado, con respecto a las variables ansiedad y depresión (HADS) a nivel general no se encontraron síntomas clínicos los pacientes según los puntos de corte colombianos (34). Estos resultados son muy distintos a los estudios llevados a cabo con pacientes de AR (44) en EE.UU y el (45) en México, donde se encontraron altos niveles de ansiedad y depresión en estos pacientes, pero tienen puntos de contacto con estudios colombianos donde ese ha encontrado bajos niveles de estas emociones negativas en estos pacientes (46).

Con respecto a la CVRS (QOL-RA), los pacientes de este estudio tuvieron puntuaciones altas en la dimensión física de la calidad de vida, y puntuaciones promedio en las dimensiones psicosociales de la escala total QOL-RA. Los resultados de la escala del QOL-RA en este estudio son similares a los alcanzados en los estudios colombianos de (47).

Finalmente con respecto a la variable apoyo social con sus dimensiones Apoyo Social Emocional ( $M = 31,18$ ), Apoyo Instrumental ( $M = 16,45$ ), Interacción social positiva ( $M = 17,02$ ), Apoyo afectivo ( $M = 13,43$ ) tienen puntajes muy similares a los alcanzados con la población general colombiana esto implicaría que nuestros pacientes tienen suficiente apoyo emocional que se manifiesta por medio de la confianza, del cariño y del amor de su familia y grupo de pares, que a la vez le dan apoyo instrumental e informacional para solucionar y afrontar problemas (35).

En cuanto al análisis de correlación se aprecia que para estos pacientes se encontraron correlaciones negativas significativas entre edad y tiempo de diagnóstico de la enfermedad. En cuanto a la escala de percepción de enfermedad (IPQ-B), la dimensión consecuencias presentó correlaciones negativas con las variables



resiliencia, autoestima y CVRS física. La dimensión consecuencias del IPQ-B se refiere a la percepción de los pacientes acerca de las implicaciones físicas, sociales y económicas, así como las reacciones emocionales que puedan surgir como consecuencia de su enfermedad. Esto se podría significar para los pacientes de AR con el impacto en la movilidad, que se traduce en restricciones para las actividades sociales, la capacidad trabajar y pérdida de la independencia (48).

Por otro lado, la variable autoestima presentó una correlación positiva con CVRS física. La autoestima se refiere a la percepción positiva que tiene el sujeto de sí mismo, al nivel de aceptación que tiene de cómo es o el sentimiento positivo de amor propio. Una adecuada autoestima facilita que las personas perciban los acontecimientos como menos estresantes, lo que deviene en una disminución de la vulnerabilidad ante los eventos de la vida que generan tensión, encontrándose mucho más apta la persona para afrontarlos adecuadamente (49,50).

Finalmente se presentan diferentes correlaciones positivas entre diferentes dimensiones del apoyo social como apoyo emocional, instrumental, interacción social positiva, y afectivo con autoestima y CVRS psicosocial. Números estudios han encontrado que las personas con AR requieren apoyo social para lograr el equilibrio y hacer frente a la cronicidad y la discapacidad (51-55).

Para terminar volvemos a encontrar este estudio como en otros desarrollados sobre el tema de las enfermedades crónicas y más específicamente de la AR la importancia que tienen distintas variables psicológicas algunas de tipo salutogénico y otras de tipo patogénico en el curso y evolución de esta enfermedad. Estas variables podrían ser en algunos momentos más proximales y en otros casos más distales dependiendo de las diferencias individuales de cada paciente y el momento de su enfermedad. Todos estos conocimientos deberían guiar a los médicos en el tratamiento de la AR, para mejorar su CVRS.

## REFERENCIAS

1. Croia C, Bursi R, Suter D, Petrelli F, Alunno A, Puxeddu I. One year in review 2019: Pathogenesis of rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol*. 2019;37(3):347-357.
2. González-Costa M, Padrón González AA. La inflamación desde una perspectiva inmunológica: desafío a la Medicina en el siglo XXI. *Rev Haban Cienc Méd*. 2018;18(1):30-44.
3. Verstappen SMM. The impact of socio-economic status in rheumatoid arthritis. *Rheumatology*. 2017;56(7):1051-1052.
4. Purabdollah M, Lakdizaji S, Rahmani A, Hajalilu M, Ansarin K. Relationship between Sleep Disorders, Pain and Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis. *J Caring Sci*. 2015;4(3):233-241.
5. Bautista-Molano W, Fernández-Ávila D, Jiménez R, Cardozo R, Marín A, Soler MP, et al. Perfil epidemiológico de pacientes colombianos con artritis reumatoide evaluados en una clínica especializada de atención integral. *Reumatol Clin*. 2016;12(6):313-318.
6. Fernández-Ávila DG, Rincón-Riaño DN, Bernal-Macías S, Gutiérrez Dávila JM, Rosselli D. Prevalence of rheumatoid arthritis in Colombia based on information from the Ministry of Health registry. *Rev Colomb Reumatol*. 2019;26(2):83-87.
7. Machado JE, Ruiz AF, Medina DA. Epidemiología de la artritis reumatoide en una cohorte de pacientes colombianos. *Rev Colomb Reumatol*. 2015;22(3):148-152.
8. Rincon D, Bernal S, Gutierrez M, Roselli D. Prevalence of Rheumatoid arthritis in Colombia based on information from the ministry of health registry. *Rev Colomb Reumatol*. 2019;26(2):83-87.
9. Smolen JS, Aletaha D, Barton A, Burmester GR, Emery P, Firestein GS, et al. Rheumatoid arthritis. *Nat Rev Dis Primers*. 2018;4:18001.
10. Littlejohn EA, Monrad SU. Early Diagnosis and Treatment of Rheumatoid Arthritis. *Prim Care*. 2018;45(2):237-255.
11. Ruhaila AR, Chong HC. Self-reported symptoms of depression, anxiety and stress among patients with Rheumatoid Arthritis in a Malaysian rheumatology center - prevalence and correlates. *Med J Malaysia*. 2018;73(4):226-232.
12. Ziarko M, Siemiątkowska K, Sieński M, Samborski W, Samborska J, Mojs E. Mental Health and Rheumatoid Arthritis: Toward Understanding the Emotional Status of People with Chronic Disease. *Biomed Res Int*. 2019;11:1473925.
13. Moyano S, Scolnik M, Vergara F, García MV, Sabelli

- MR, Rosa JE, et al. Evaluation of Learned Helplessness, Perceived Self-efficacy, and functional capacity in patients with fibromyalgia and rheumatoid arthritis. *J Clin Rheumatol*. 2019;25(2):65-68.
14. Shaw Y, Bradley M, Zhang C, Dominique A, Michaud K, McDonald D, et al. Development of resilience among Rheumatoid arthritis patients: A Qualitative Study. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2020;72(9):1257-1265.
  15. Santos EJM, Duarte C, Ferreira RJO, Pinto AM, Geenen R, da Silva JAP. Promoting Happiness through Excellence of Care Group. Determinants of happiness and quality of life in patients with rheumatoid arthritis: a structural equation modeling approach. *Ann Rheum Dis*. 2018;77(8):1118-1124.
  16. Xu N, Zhao S, Xue H, Fu W, Liu L, Zhang T, et al. Associations of perceived social support and positive psychological resources with fatigue symptom in patients with rheumatoid arthritis. *PLoS One*. 2017;12(3):e0173293.
  17. Avvenuti G, Baiardini I, Giardini A. Optimism's Explicative Role for Chronic Diseases. *Front Psychol*. 2016;7:295.
  18. Quiceno JM, Vinaccia S, Remor E. Programa de potenciación de la resiliencia para pacientes con artritis reumatoide. *Rev Psicopatol Psicol Clin*. 2011;16(1):27-47.
  19. Prothero L, Barley E, Galloway J, Georgopoulou S, Sturt J. Corrigendum to the evidence base for psychological interventions for rheumatoid arthritis: A systematic review of reviews. *Int J Nurs Stud*. 2020;107:103581.
  20. Dalili Z, Bayazi MH. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on the illness perception and psychological symptoms in patients with rheumatoid arthritis. *Complement Ther Clin Pract*. 2019;34:139-144.
  21. Agner E, Ghandi J, Purvis K, Amante D, Allison J. Daily functioning, health status and happiness in older adults. *J Happiness Study*. 2013;14:1563-1577.
  22. Garaigordobil M. Predictor variables of happiness and its connection with risk and protective factors for health. *Frontiers in Psychology*. 2015;6:1176.
  23. Lyubomirsky S, Sheldon KM, Schkade D. Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *General Review Psychol*. 2005;9(2):111-131.
  24. Gettings L. Psychological well-being in rheumatoid arthritis: A review of the literature. *Musculoskeletal Care*. 2010;8(2):99-106.
  25. Berner C, Erlacher L, Fenzl KH, Dorner TE. A cross-sectional study on self-reported physical and mental health-related quality of life in rheumatoid arthritis and the role of illness perception. *Health Quality Life Outcomes*. 2018;16(1):238.
  26. Cordingley L, Prajapati R, Plant D, Maskell D, Morgan C, Ali FR, et al. Biologics in Rheumatoid Arthritis Genetics and Genomics Study Syndicate (BRAGGSS), Barton A. Impact of psychological factors on subjective disease activity assessments in patients with severe rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2014;66(6):861-868.
  27. Van der Elst K, Verschueren P, De Cock D, De Groef A, Stouten V, Pazmino S, et al. One in five patients with rapidly and persistently controlled early rheumatoid arthritis report poor well-being after 1 year of treatment. *RMD Open*. 2020;6(1):e001146.
  28. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill; 2014.
  29. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO 3rd, et al. Rheumatoid arthritis classification criteria: An American College of Rheumatology/European League against Rheumatism collaborative initiative. *Ann Rheum Dis*. 2010;69(9):1580-1588.
  30. Danao LL, Padilla GV, Johnson DA. An English and Spanish quality of life measure for rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 2001;45(2):167-173.
  31. Vinaccia S, Riveros Quiceno JM, Anaya J. Análisis psicométrico de la versión en español del cuestionario Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis Scale (QOL-RA) en población colombiana. *Rev Chil Reumatol*. 2016;32(2):49-54.
  32. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res*. 2006;60(6):631-637.
  33. Pacheco-Huergo V, Viladrich C, Pujol-Ribera E, Cabezas-Peña C, Núñez M, Roura-Olmeda P, et al., en representación del Grupo IPQ-R. Percepción en enfermedades crónicas: validación lingüística del Illness Perception Questionnaire Revised y del Brief Illness Perception Questionnaire para la población española. *Aten Primaria*. 2012;44(5):280-287.
  34. Rico JL, Restrepo M, Molina M. Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Avances en Medicina*. 2005;3(1):73-86.
  35. Londoño NE, Rogers H, Castilla JF, Posada S, Ochoa N, Jaramillo MA, et al. Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *Internat J Psychol Res*. 2012;5(1):142-150.
  36. Cogollo Z, Campo-Arias A, Herazo E. Escala de Rosenberg para autoestima: consistencia interna y dimensionalidad en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Psicología: Avances de la Disciplina*. 2015;9(2):61-71.
  37. Campbell-Sills L, Stein MB. Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of

- resilience. *J Trauma Stress*. 2007;20(6):1019-1028.
38. Riveros F, Bernal L, Bohórquez D, Vinaccia S, Quiceno JM. Análisis psicométrico del Connor-Davidson Scale (CD-RISC10) en población Universitaria Colombiana. *Psicología desde el Caribe*. 2017;34(3):169-189.
  39. Terrill AL, Molton IR, Ehde DM, Amtmann D, Bombardier CH, Smith AE, et al. Resilience, age, and perceived symptoms in persons with long-term physical disabilities. *J Health Psychol*. 2016;21(5):640-649.
  40. Battalio SL, Silverman AM, Ehde DM, Amtmann D, Edwards KA, Jensen MP. Resilience and Function in Adults with Physical Disabilities: An Observational Study. *Arch Phys Med Rehabil*. 2017;98(6):1158-1164.
  41. Riveros F, Vinaccia S. Relaciones entre variables sociodemográficas, patogénicas y salutogénicas con la calidad de vida en estudiantes universitarios colombianos. *Rev Psicopatol Psicol Clín*. 2017;22(3):229-241.
  42. Vásquez R, Jiménez R, Vásquez AJ. La escala de autoestima de Rosemberg fiabilidad, y validez en población clínica española. *Apuntes Psicol*. 2004;22(2):247-275.
  43. Gongora V, Casullo M. Validación de la escala de autoestima de Rosemberg de en población general y clínica. *Rev Iberoam Diagnóst Eval Psicol*. 2009;27:179-194.
  44. Riveros F, Vinaccia S. Relaciones entre variables sociodemográficas, patogénicas y salutogénicas con la calidad de vida en estudiantes universitarios colombianos. *Rev Psicopatol Psicol Clín*. 2017;22(3):229-241.
  45. Peterson S, Piercy J, Blackburn S, Sullivan E, Karyekar CS, Li N. The multifaceted impact of anxiety and depression on patients with rheumatoid arthritis. *BMC Rheumatol*. 2019;3:43.
  46. Juárez-Rojop IE, Nolasco-Rosales GA, Pérez-Mandujano A, González-Castro TB, Tovilla-Zárate CA, López-Narváez ML, et al. Prevalence for and factors associated with depression and anxiety symptoms in mexican patients with rheumatoid arthritis. *J Clin Rheumatol*. 2020;26(7S Suppl 2):S111-S115.
  47. Quiceno JM, Vinaccia S. Resiliencia, percepción de enfermedad, creencia y afrontamiento espiritual religioso y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Psicología desde el Caribe*. 2016;30(3):590-619.
  48. Vinaccia S, Contreras F, Palacio C, Marín A, Tobón S, Moreno-San Pedro E. Disposiciones fortalecedoras: personalidad resistente y autoeficacia en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Terapia Psicol*. 2005;23(1):15-24.
  49. Simons G, Mason A, Falahee M, Kumar K, Mallen CD, Raza K, et al. Qualitative Exploration of Illness Perceptions of Rheumatoid Arthritis in the General Public. *Musculoskeletal Care*. 2017;15(1):13-22.
  50. Lanigan ME, Norris E. Niveles de autoestima en pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico. *Rev Cub Reumatol*. 2017;19(1):1-7.
  51. Kurt E, Özdilli, K, Yorulmaz H. Body Image and Self-Esteem in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Noro Psikiyat Ars*. 2013;50(3):202-208.
  52. Brandstetter S, Riedelbeck G, Steinmann M, Ehrenstein B, Loss J, Apfelbacher C. Pain, social support, and depressive symptoms in patients with rheumatoid arthritis: Testing the stress-buffering hypothesis. *Rheumat Internat*. 2017;37(6):931-936.
  53. Fallatah F, Edge DS. Social support needs of families: The context of rheumatoid arthritis. *Applied Nursing Res*. 2015;28(2):180-185.
  54. Pitsilka DA, Kafetsios K, Niakas D. Social support and quality of life in patients with rheumatoid arthritis in Greece. *Clin Experim Rheumatol*. 2015;33(1):27-33.
  55. Vinaccia S, Quiceno JM, Lozano F, Romero S. Calidad de vida relacionada con la salud, percepción de enfermedad, felicidad y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Acta Colomb Psicol*. 2017;20(1):49-59.