

RELACIONES ENTRE EL DOLOR POR ARTRITIS REUMATOIDE CON EL BIENESTAR PSICOLÓGICO, AFRONTAMIENTO Y SINTOMAS DEPRESIVOS

En los últimos años, el dolor es una queja que está en aumento en el mundo, es una de los síntomas que genera mayores visitas al médico, y en Estados Unidos 40 millones de personas sufren dolores diarios por artritis (Taylor, 2007). Olivares y Cruzado (2008) indican que el dolor constituye una experiencia universal que afecta en algún momento de la vida a toda la población. En el Perú el 50% de la población, especialmente adultos mayores, sufren dolores crónicos y agudos como consecuencia de enfermedades; convirtiéndolo en un problema de salud pública (Machado, 2008).

Las enfermedades crónicas (EC) son una dificultad de larga duración que no tiene posibilidad de cura, por lo que el tratamiento se dirige a mejorar las condiciones de vida de la persona dolorida. Una de ellas es la artritis reumatoide (AR), que es una enfermedad autoinmune, de origen desconocido, que compromete el sistema musculo-esquelético, y cuyo síntoma central es el dolor que genera. Esta experiencia dolorosa es la que genera cambios en la manera de percibir el mundo y a sí mismos, pues la satisfacción se reduce y los mecanismos para afrontar la vida, suelen modificarse.

En el mundo, existe un gran número de estudios (Keefe y Somers, 2010; Robbins, et al., 2011; Tennen, et al., 2006.) que relacionan el dolor y la AR con la depresión como factor de riesgo para la adaptación a la EC; así mismo, otras relacionan la EC con el afrontamiento y el bienestar psicológico. Por tanto, **el propósito del estudio es analizar la relación entre la percepción del dolor, el bienestar psicológico, los estilos/estrategias de afrontamiento y el nivel de sintomatología depresiva de las personas que tienen AR.** Los objetivos específicos son los siguientes:

1. Describir la percepción de dolor en personas con AR, tomando en cuenta criterios de tiempo (el mismo día, hace dos semanas y hace un mes), y variables sociodemográficas (sexo, edad, procedencia, instrucción, ocupación, estado civil, con quién vive y religión) y médicas (antecedentes familiares, comorbilidad y tratamiento en salud mental).
2. Describir los niveles de bienestar psicológico, estilos/estrategias de afrontamiento más usados, y el nivel de sintomatología depresiva en los pacientes con AR, en función de las variables sociodemográficas y médicas.

El estudio contó con personas de ambos sexos que sufren AR. La mayoría la constituyen mujeres (91%) y un porcentaje reducido son hombres (9%). Las edades oscilan entre 28 y 83 años ($M=52,95$, $DE=12,6$); la mayor parte proviene de provincia (62%), con un promedio de 14 años de permanencia en Lima. La participación fue voluntaria y todos firmaron previamente un consentimiento informado. La medición se realizó a través de una ficha de datos que reportaba las características socio-demográficas y médicas relevantes de la muestra; la Escala de Bienestar Psicológico creada por Ryff (1989); el COPE (Coping Estimation Scale); el dolor fue evaluado por la escala visual-analógica (VAS) numérica; y el Inventario de Depresión de Beck en su segunda edición (IDB-II).

Los resultados se han descrito contrariamente a los objetivos planteados para generar un mayor orden. Es así, que en el primer objetivo específico, se evaluó la percepción del dolor (durante el último mes, las últimas dos semanas y el día de la entrevista), según las variables socio-demográficas y médicas, y no se encontraron relaciones significativas en ninguna de ellas. Se presentan algunos resultados descriptivos al respecto. Y se considera la posibilidad de que el tamaño de la muestra haya afectado impidiendo que se detecten de forma estadísticamente significativa ciertas diferencias.

En cuanto al segundo objetivo, relacionado con el bienestar psicológico (BP), se obtuvieron relaciones significativas con el grado de instrucción y la mayoría de dimensiones: relaciones positivas, autonomía, crecimiento personal, propósito en la vida y auto-aceptación ($r=0,35$; $r=0,36$; $r=0,29$; $r=0,37$ y $r=0,44$ respectivamente). Al realizar el análisis de la relación entre los estilos y estrategias de afrontamiento y las variables socio-demográficas y médicas se encontraron diferencias significativas directas entre la estrategia de afrontamiento de acudir a la religión y la variable de religión ($r=0,37$); asimismo, se registraron diferencias significativas inversas entre la estrategia de negación y la comorbilidad ($r=-0,29$), y entre la estrategia de enfocar y liberar emociones, y el tiempo con el diagnóstico ($r=-0,31$). Respecto a los síntomas depresivos, se analizó la relación entre la puntuación total de la prueba, y las variables socio-demográficas y médicas y no se encontraron relaciones significativas. A nivel descriptivo, se encontró que la mayoría (60%) presentaba una mínima cantidad de sintomatología depresiva; el 18% tuvo sintomatología depresiva leve; el 15%, moderada; y el 7%, severa.

Con respecto al propósito general, al evaluar las relaciones existentes entre la percepción del dolor con el bienestar psicológico, los estilos/estrategias de afrontamiento, y el nivel de depresión en los pacientes con AR, se encuentran algunas correlaciones. La principal fue la obtenida con los síntomas depresivos ($r=0,48$); es decir, a mayor presencia de estos síntomas, mayor es la percepción de dolor. Además, existen relaciones directas del dolor percibido con el estilo de afrontamiento enfocado en el problema ($r=0,30$), y las estrategias supresión de actividades competentes ($r=0,36$) y postergación ($r=0,30$); es decir, cuando la persona busca solucionar su dolor enfocándose en tomar alguna medida para eliminarlo, perciben más dolor. Además, se encuentra una relación negativa con la estrategia de enfocar y liberar emociones ($r=-0,32$); esto es, mientras más dolor se reporta, menor es la tendencia a centrar la atención en las emociones negativas experimentadas y expresarlas. Cabe señalar que no se hallaron relaciones estadísticamente significativas entre la percepción del dolor y el nivel de bienestar psicológico total y sus dimensiones particulares.

Desde la práctica clínica, el presente estudio genera algunos lineamientos para el trabajo psicológico del dolor en las personas con AR, pues, en nuestro medio, es el primero realizado en esta población. Uno de ellos y tal vez el de mayor relevancia sería el trabajo en el aspecto de la identificación y expresión adecuada de las diferentes emociones; luego, el desarrollo del trabajo cognitivo por realizar con esta población, no solo en cuanto a las creencias respecto a su enfermedad, sino también respecto a su dolor, proyecciones a futuro, autoeficacia y niveles de autoexigencia. Finalmente, a nivel conductual, el trabajo de técnicas de manejo de la ansiedad e ira repercutirán directamente sobre el estado de ánimo y prevendrá la presentación de síntomas depresivos (Murphy, Sacks, Brady, Hootman y Chapman, 2012). Todo esto ayudará a generar programas en la temática de dolor en nuestro medio, que hasta la fecha son limitados.

Autora: Ma. Cecilia Solano Carranza
csolanoc@psicologiadelima.com
Psicóloga Clínica - Psicoterapeuta