

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA
FACULTAD DE PSICOLOGIA

“EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN EL BIENESTAR PSICOLÓGICO EN ADULTOS QUE PADECEN ARTRITIS REUMATOIDE”

PRESENTADO POR:

LAURA ANDREA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ

CÉDULA 8-881-2446

**Tesis de grado presentada a la
Facultad de psicología, como
requisito para optar por el grado
de Magíster en Psicología Clínica**

ASESOR:

DR. MIGUEL ANGEL CAÑIZALES M.

2022

DEDICATORIA

Le dedico el resultado de este trabajo, a ti mamá, que transitaste con entereza, gran resiliencia y coraje esta enfermedad; eres para mí, modelo perenne de cómo caminar en la vida con propósito y fortaleza.

AGRADECIMIENTO

A nuestro Padre Todopoderoso, por permitirme finalizar esta meta anhelada, por bendecirme y protegerme en cada paso propuesto.

A mis amados padres, con su afecto y educación constante, permitiéndome confiar en mis decisiones, que fueron orientadas gracias a los valores y principios enseñados. Mis seres queridos y colegas, por ser fuente de apoyo, alegrías y permanente compartir de experiencias y conocimiento. Fueron una base importante para continuar.

A las participantes de este estudio, mujeres fuertes y trabajadoras, sin ustedes esto no hubiera sido posible, gracias por su disposición.

A Emma Pinzón, presidenta de la Fundación de Artritis Reumatoide de Panamá (FUNARP). Por su labor y la confianza brindaba para la realización de este estudio.

A mi asesor, el Dr. Miguel Ángel Cañizales que, con orientación, voluntad y disciplina, aportó de manera significativa a la realización de la misma y me motiva a continuar aportando a la comunidad científica.

Al profesor Régulo Sandoya, por su guía e indudable apoyo para la finalización de esta investigación.

A mis profesores de la Facultad de Psicología, con su vocación, disciplina y exigencias, me hicieron enamorarme de mi carrera y comprender la relevancia de ella en esta sociedad, incentivándome a trabajar por el bien común, respetando la integridad humana en todo momento.

Muchas gracias a todos.

ÍNDICE

ÍNDICE.....	iv
Índice de tablas	vii
Índice de gráficos	ix
Resumen	10
Abstract	10
Introducción	11
Capítulo I Marco Teórico	13
1.1 Antecedentes.....	14
1.2 Generalidades del estudio	18
1.3 Marco Conceptual	20
1.3.1 Artritis Reumatoide.....	20
1.3.2 Artritis reumatoide y dolor crónico	22
1.3.3. Bienestar psicológico	24
1.3.4. Aspectos del Bienestar Psicológico en personas con Artritis Reumatoide	28
1.3.5. Tratamiento de la Artritis Reumatoide	33
1.3.6. Intervenciones psicológicas aplicadas a pacientes con Artritis Reumatoide	35
1.3.7. Terapia de Aceptación y Compromiso	37
Capítulo II Marco metodológico	42
2.1 Planteamiento del problema	43
2.2 Objetivos de la Investigación	44
2.2.1 Objetivo general	44
2.2.2 Objetivos específicos	44
2.3 Justificación.....	45
2.4 Hipótesis general.....	47
2.5 Hipótesis estadísticas	48
Hipótesis 1.....	48
Hipótesis 2.....	49
Hipótesis 3.....	49
Hipótesis 4.....	50
Hipótesis 5.....	50

2.6 Variables	50
2.6.1 Independiente:	50
2.6.1.1 Definición conceptual de la variable independiente:	51
2.6.1.2 Definición operacional de la variable independiente:	51
2.6.2 Dependiente.....	51
2.6.2.1 Definición conceptual de la variable dependiente:.....	51
2.6.2.2 Definición operacional de la variable dependiente:	51
2.8 Diseño de Investigación	52
2.9 Población y muestra.....	53
2.9.2 Muestra	53
2.9.2.1 Criterios de Inclusión:	53
2.9.2.2 Criterios de Exclusión.....	54
2.9.3 Instrumentos de recopilación de información	54
2.9.3.1 Entrevista Clínica.....	54
2.9.3.2 Escala de Bienestar Psicológico.....	55
2.9.4 Programa de Intervención.....	56
2.9.4.1 Descripción del contenido de las sesiones del programa de intervención	56
2.9.5 Descripción de los Materiales del programa de intervención	65
2.10 Análisis estadístico de los resultados	66
2.11 Marco ético	66
2.12 Procedimiento.....	67
CAPÍTULO III	69
Presentación y Análisis de resultados	69
3.1 Características generales de la población investigada.....	70
3.1.1 Análisis de los resultados de la muestra.....	72
3.1.1.1 Puntajes del pretest y post test de la Escala Total de Bienestar Psicológico	72
3.1.1.2 Puntajes del Pretest y post Test de las subescalas de Bienestar Psicológico de José Sánchez Cánovas	74
3.1.1.2.1 Subescala de bienestar subjetivo	74
3.1.1.2.2 Subescala de bienestar material	75
3.1.1.2.3 Subescala de bienestar laboral.....	76
3.1.1.2.4 Subescala de bienestar en la relación de pareja.....	77

3.2 Evaluación de la efectividad del programa de intervención reflejada en los resultados de la Escala de Bienestar Psicológico.....	79
3.2.1 Escala de Bienestar Psicológico total	79
3.2.2 Subescala Bienestar subjetivo.....	81
3.2.3 Subescala Bienestar material	83
3.2.4 Subescala Bienestar laboral	85
3.2.5 Subescala Bienestar en la relación de pareja	87
3.3 Hipótesis general	89
3.3.1 Hipótesis estadísticas	89
Hipótesis 1.....	89
Hipótesis 2.....	91
Hipótesis 3.....	92
Hipótesis 4.....	94
Hipótesis 5.....	95
Capítulo IV	97
Discusión de resultados	97
Capítulo V	105
Conclusiones.....	105
5.1 Conclusiones.....	106
5.2 Recomendaciones	108
Bibliografía.....	109
Artículos de prensa.....	114
Anexos.....	115
Anexo 1. Consentimiento informado.....	116
Anexo 2. Entrevista semiestructurada	119
Anexo 3. Escala de bienestar psicológico, por José Sánchez Cánovas	122

Índice de tablas

Tabla 1 Distribución de frecuencia de la Escala de Bienestar Psicológico de José Sánchez Cánovas en una muestra de mujeres adultas que poseen el Diagnóstico de Artritis Reumatoide.....	70
Tabla 2. Distribución de frecuencia según la edad en una muestra de participantes que poseen artritis reumatoide	71
Tabla 3. Distribución de frecuencia de la Escala de Bienestar Psicológico de José Sánchez Cánovas en una muestra de participantes que poseen Artritis Reumatoide	72
Tabla 4. Distribución de frecuencia del pretest y postest en la subescala de bienestar subjetivo aplicado a una muestra de participantes que poseen artritis reumatoide.....	74
Tabla 5. Distribución de frecuencia del pretest y postest en la subescala de bienestar material aplicado a una muestra de participantes que poseen artritis reumatoide.....	75
Tabla 6. Distribución de frecuencia del pretest y postest en la subescala de bienestar laboral aplicado a una muestra de participantes que poseen artritis reumatoide.....	76
Tabla 7. Distribución de frecuencia del pretest y postest en la subescala de bienestar de la relación de pareja aplicado a una muestra de participantes que poseen artritis reumatoide....	77
Tabla 8. Estadística descriptiva del pretest y postest en la Escala de Bienestar Psicológico aplicado a una muestra de participantes que poseen Artritis Reumatoide.....	79
Tabla 9. Estadística descriptiva del pretest y postest en la Subescala De Bienestar Subjetivo aplicado a una muestra de participantes que poseen artritis reumatoide.....	81

Tabla 10. Estadística descriptiva del pretest y postest en la Subescala de Bienestar Material aplicado a una muestra de participantes que poseen Artritis Reumatoide.....	83
Tabla 11. Estadística descriptiva del pretest y postest en la Subescala de Bienestar Laboral aplicado a una muestra de participantes que poseen Artritis Reumatoide.....	85
Tabla 12. Estadística descriptiva del pretest y postest en la Subescala de Bienestar en la Relación de Pareja aplicado a una muestra de participantes que poseen Artritis Reumatoide.	87
Tabla 13. Estadístico de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para la Escala total de bienestar psicológico total.....	90
Tabla 14. Estadístico de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para la subescala de bienestar subjetivo.	91
Tabla 15. Estadístico de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para la subescala de bienestar material.....	93
Tabla 16. Estadístico de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para la subescala de bienestar laboral.....	94
Tabla 17. Estadístico de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para la subescala de bienestar en la relación de pareja.....	96

Índice de gráficos

Gráfico 1. Puntuaciones del pretest y postest de la Escala de Bienestar Psicológico de José Sánchez Cánovas aplicado a una muestra de participantes que poseen artritis reumatoide.....	73
Gráfico 2. Puntuaciones del pretest y postest de la Escala total de Bienestar Psicológico de José Sánchez Cánovas en mujeres con artritis reumatoide.....	80
Gráfico 3. Puntuaciones del pretest y postest de la subescala de bienestar subjetivo en mujeres con artritis reumatoide.....	82
Gráfica 4. Puntuaciones del pretest y postest de la subescala de bienestar material en mujeres con artritis reumatoide.....	84
Gráfica 5 Puntuaciones del pretest y postest de la subescala de bienestar laboral en mujeres con artritis reumatoide.....	86
Grafica 6. Puntuaciones del pretest y postest de la subescala de bienestar en la relación de pareja en mujeres con artritis reumatoide.....	88

Resumen

Se realizó un estudio de tipo explicativo de diseño cuasiexperimental con grupo único, donde se aplicó el programa La vida con dolor crónico, un enfoque basado en la Aceptación, de los autores Kevin E. Vowles, Ph.D. y John T. Sorrell, Ph.D. (2007), en mujeres que padecen artritis reumatoide, pertenecientes a la Fundación De Artritis Reumatoide de Panamá (FUNARP). La muestra fue escogida de forma no probabilística y por conveniencia. La muestra presentaba edades desde los 28 a 55 años. El bienestar psicológico se midió con la Escala de Bienestar Psicológico de José Sánchez Cánovas, antes y después de la intervención.

De diez participantes que iniciaron el programa, nueve lo culminaron. En esta muestra se logró obtener resultados estadísticamente significativos que demostraron la efectividad del programa incidiendo de manera importante en el bienestar psicológico. Respecto a las subescalas presentes, cada una de ellas, el bienestar subjetivo, material, laboral y relación de pareja, demostraron diferencias estadísticamente significativas en la comparación de los puntajes antes y después de la aplicación. Se pudo concluir, el programa La vida con dolor crónico, un enfoque basado en la aceptación, de los autores Kevin E. Vowles, Ph.D. y John T. Sorrell, Ph.D. (2007) resultó efectivo en la mejora de las puntuaciones en la escala de bienestar psicológico en mujeres con artritis reumatoide.

Palabras claves: Bienestar psicológico, Artritis Reumatoide, Terapia de Aceptación y compromiso

Abstract

An explanatory study of quasi-experimental design with a single group was carried out, where the Life with Chronic Pain program was applied, an approach based on Acceptance, by the authors Kevin E. Vowles, Ph.D. and John T. Sorrell, Ph.D. (2007), in women suffering from rheumatoid arthritis, belonging to the Rheumatoid Arthritis Foundation of Panama (FUNARP). The sample was chosen non-probabilistically and for convenience. The sample presented ages from 28 to 55 years. Psychological well-being was measured with the José Sánchez Cánovas Psychological Well-being Scale, before and after the intervention.

Of ten participants who started the program, nine completed it. In this sample, statistically significant results will be obtained that demonstrate the effectiveness of the program, significantly affecting psychological well-being. Regarding the present subscales, each one of them, subjective, material, work and relationship well-being, shows statistically significant differences in the comparison of the scores before and after the application. It was possible to conclude, the program Life with chronic pain, an approach based on Acceptance, by the authors Kevin E. Vowles, Ph.D. and John T. Sorrell, Ph.D. (2007) was effective in improving the loads on the psychological well-being scale in women with rheumatoid arthritis.

Keywords: Psychological well-being, Rheumatoid Arthritis, Acceptance and Commitment Therapy

Introducción

Convivir con la Artritis Reumatoide, una enfermedad donde es predominante la experiencia del dolor crónico puede dificultar el bienestar psicológico y el proceso de adaptación de las personas que la padecen. Para efectos de esta investigación, se busca conocer la efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso a través del programa «La vida con dolor crónico: Un enfoque basado en la Aceptación», de los autores Kevin E. Vowles, Ph.D. y John T. Sorrell, Ph.D, con personas con Artritis Reumatoide y que presentan, puntuaciones bajas vinculadas a su bienestar psicológico.

El estudio fue posible por el apoyo de la Fundación de Artritis Reumatoide de Panamá (FUNARP), la cual es sin fines de lucro dedicada a mejorar la calidad de vida de los pacientes con esta enfermedad y otras enfermedades reumáticas, a través de la educación y orientación.

La intervención del programa seleccionado se realizó a lo largo de diez sesiones de tratamiento, las cuales fueron brindadas de manera presencial. Las mismas se desarrollaron una vez a la semana, con una duración de 90 minutos aproximadamente. Se trabajó con mujeres con Artritis Reumatoide que iban desde los 28 años hasta los 55 años.

Para hacer la medición del Bienestar psicológico, se aplicó la Escala de Bienestar Psicológico de José Sánchez-Cánovas. Aquellas participantes que obtuvieron puntuaciones bajas fueron las seleccionadas para realizar la intervención. Una vez finalizada la intervención, posterior a la sesión de seguimiento, se les aplicó nuevamente la escala.

Considerando lo previamente descrito, el objetivo del programa, al centrarse en el manejo del dolor, no trabaja directamente con la reducción del mismo. Sino que busca mejorar el funcionamiento de la persona, aumentando la flexibilidad psicológica y la capacidad para

actuar efectivamente acorde con los valores personales que identifica. Con lo que se espera que pueda incidir de manera significativa en el Bienestar psicológico de los participantes.

Para lograrlo, hemos dividido el trabajo en cinco capítulos. El primero es un recorrido por los antecedentes nacionales e internacionales en el estudio de las variables de bienestar psicológico y terapia de aceptación y compromiso. Así también, que aspectos implica la artritis reumatoide y todos los factores que inciden en la convivencia con el dolor crónico.

En el segundo capítulo nos encontramos con el marco metodológico, que expone todo lo referente a la metodología de la investigación, cuales son nuestros objetivos para alcanzar, hipótesis estadísticas por confirmar y todo lo referente al diseño de investigación.

Finalmente, las conclusiones y recomendaciones de la investigación, que constituyen aportes teóricos que pueden servir como herramienta esencial para otras investigaciones similares para generalizarse a nivel nacional e incluso regional.

Capítulo I

Marco Teórico

1.1 Antecedentes

En esta sección encontrará la descripción de los resultados de algunas investigaciones nacionales e internacionales realizadas previamente y que están vinculadas al estudio del dolor crónico y tratamientos psicológicos como también, su incidencia en el bienestar psicológico de adultos con diferentes condiciones/ enfermedades con este padecimiento.

Reyes (2021) realizó una investigación donde el objetivo fue generar una propuesta de abordaje para pacientes con dolor crónico en el Centro de Referencia en Salud Cordillera Oriente, a través de la aplicación en modalidad en línea de una intervención psicológica basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso, y que fue adaptada al contexto de la pandemia actual por COVID-19. De esta manera logra evaluar los efectos a nivel de significancia clínica de una intervención grupal de 9 sesiones, con una duración aproximada de una hora y media cada una, en tres pacientes con dolor crónico. Para lograr esto, utilizó escalas de medición que pudieran evaluar la ansiedad, depresión, intensidad del dolor, el estado de salud general, catastrofismo y aceptación del dolor; así como también, evaluó la percepción subjetiva de cambio global y la satisfacción de las participantes con la misma intervención. Al finalizar, obtiene resultados positivos en las escalas de depresión y ansiedad, disminuyendo los niveles hallados de catastrofismo y, en algunos casos, incluso mejora la aceptación del dolor. Todo ello con niveles importantes de satisfacción reportados y una evaluación general positiva por parte de las participantes, pese a que la sintomatología física se mantuvo similar, es decir, en un nivel moderado e incluso severo, y a que no todas las pacientes percibieron una mejoría en su estado de salud después de la intervención. Por lo que se puede inferir que los resultados expresan que la intervención es potencialmente efectiva y que puede ser implementada nuevamente en este contexto.

Van-der Hofstadt et al. (2017) realizaron una investigación que buscaba evaluar la eficacia de un programa de intervención grupal en dolor crónico. Se trató de un diseño cuasiexperimental. Se seleccionaron 105 participantes de la Unidad de Dolor del Hospital General Universitario de Alicante, España, a los cuales se le administró una batería de cuestionarios antes y después a la aplicación del programa. En este, se midió el nivel de dolor que poseen y aspectos tales como: calidad de vida, depresión, ansiedad, autoeficacia y atributos del sueño. Se aplicó el programa de intervención grupal multicomponente para pacientes con dolor crónico moderado, el cual está compuesto por 8 sesiones de una duración aproximada de 120 minutos, una vez a la semana, con contenidos establecidos en un protocolo. En los hallazgos se detectó que los participantes del estudio obtuvieron mejoras consideradas significativas respecto a los niveles de depresión, ansiedad, calidad de vida física, autoeficacia, en todas sus dimensiones (control de síntomas, funcionamiento físico y control del dolor) y aspectos de los atributos del sueño, como alteraciones y cantidad del sueño. Por lo que se pudo concluir que este programa protocolizado y que pueda llevarse a cabo por profesionales entrenados, es efectivo para disminuir la percepción del dolor, aumentar la calidad de vida en su componente físico, los atributos del sueño y mejorar la autoeficacia en pacientes que experimentan el dolor crónico.

Araya (2017) elaboró una revisión de la literatura existente que permite evidenciar los resultados de la Terapia de Aceptación y Compromiso sobre el Tratamiento del dolor crónico no oncológico en personas adultas, y las comparó con otras intervenciones psicológicas. Para esto, tuvo como criterios seguir las pautas de la Declaración PRISMA (Preferred reporting items for systematic reviews and Meta Analyses Protocols, 2015). Conto con 12 estudios; 7 son ensayos clínicos aleatorizados, uno es un estudio cuasiexperimental y cuatro corresponden a revisiones sistemáticas previas. Respecto a las características de la población en esta revisión,

Dos estudios evaluaron la eficacia del ACT sobre la fibromialgia, dos sobre el dolor musculoesquelético, dos indicaron únicamente dolor crónico, un estudio expresó la condición de dolor prolongado y otro, dolor crónico de cabeza. Todas las intervenciones ACT fueron realizadas en una modalidad grupal. Los resultados indican cambios clínicamente significativos en favor de las intervenciones ACT, en comparación con otros tratamientos. La variable intensidad de dolor no mostro cambios en la mayoría de los estudios, de acuerdo con lo que se esperaba por los autores. En la mayoría de las variables, los cambios observados se mantuvieron durante el periodo de seguimiento. En conclusión, existe suficiente evidencia empírica que permite catalogar a la Terapia de Aceptación y Compromiso como un tratamiento bien establecido al menos, probablemente eficaz para el abordaje del dolor crónico no oncológico.

Guzmán (2013) Estudió los efectos de una intervención psicológica grupal sobre la mejoría en pacientes con fibromialgia pertenecientes a la Caja de Seguro Social, en Panamá y confirma que la intervención grupal de tipo cognitivo-conductual influyó de manera positiva sobre el grupo de pacientes, generando una mejora en sus habilidades para relacionarse con los demás, como también en estrategias de afrontamiento, reduciendo sus niveles de depresión y ansiedad y aumentando así, su estima. La percepción de dolor es la única variable en la que no se logró identificar algún cambio importante.

Chico et al. (2012) en su investigación elaborada, expusieron evidencias de la afección del bienestar psicológico en los pacientes con artritis reumatoide, a través de la evaluación que tenía como objetivo, conocer las variables asociadas a su deterioro. Por lo que realizaron 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 centraron en evaluar el índice de

actividad, capacidad funcional y bienestar psicológico y se determinaron las asociaciones existentes entre ellos. Los resultados obtenidos evidenciaron que el bienestar psicológico estuvo más afectado en pacientes mayores de 60 años, sexo femenino y que poseían un nivel de escolaridad primario; las variables más afectadas que se hallaron fueron la satisfacción sexual y la laboral. El grado de actividad de la enfermedad y la positividad del factor reumatoide no se asociaron con el bienestar psicológico. Al evaluar la capacidad funcional, se detectó una correlación 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. En conclusión, el bienestar psicológico en pacientes con artritis reumatoide se encuentra afectado y se asocia de forma significativa con el grado de discapacidad funcional.

Solano (2012) realizó un estudio que tuvo como finalidad, explorar la relación existente entre percepción de dolor, bienestar psicológico, afrontamiento y síntomas depresivos en personas con artritis reumatoide. Participaron 45 personas de ambos sexos, entre 28 y 83 años evaluados al asistir a su consulta médica. Las medidas utilizadas fueron la Escala de Bienestar Psicológico (Ryff, 1989), el cuestionario de estimación del afrontamiento (Carver, Scheier y Weintraub, 1989), la escala visual-analógica numérica para evaluar el dolor y el Inventario de Depresión de Beck II (Beck, Steer y Brown, 2006). Se encontró que el dolor no se relaciona con ninguna de las áreas del bienestar psicológico, pero tiene una moderada correlación positiva con los síntomas depresivos, con el estilo de afrontamiento enfocado en el problema, las estrategias de supresión de actividades competentes y postergación; además de una correlación negativa con la estrategia de enfocar y liberar emociones. Según las variables sociodemográfica y médicas que se estaban tomando en consideración, se observó: 1) una relación directa entre el grado de

instrucción y todas las dimensiones del bienestar psicológico, salvo la de dominio del entorno, 2) la estrategia de afrontamiento tuvo una relación directa entre acudir a la religión y el grado de vivencia religiosa de los participantes y finalmente, 3) relaciones negativas entre la estrategia de negación y la comorbilidad; y entre la estrategia de enfocar y liberar emociones y el tiempo del diagnóstico. Los resultados en este estudio sugieren que el dolor es una variable que define un cuadro particular dentro de las enfermedades crónicas y que es meritorio estudiarlo con mayor profundidad a través de las variables psicológicas.

1.2 Generalidades del estudio

El Manual MSD versión para profesionales, conceptualiza a la Artritis Reumatoide como una enfermedad sistémica autoinmunitaria crónica que afecta a las articulaciones y que tiene como característica, la inflamación simétrica de articulaciones periféricas (p. ej., muñecas, articulaciones metacarpofalángicas), que lleva a una destrucción progresiva de las estructuras articulares, acompañada de síntomas sistémicos.

Algunos datos demográficos de importante relevancia, es que es una enfermedad que puede tener una prevalencia alrededor del 1% de la población, y que se encuentra con mayor frecuencia en mujeres. La misma se puede adquirir durante la infancia (conocida como artritis idiopática juvenil) o la vejez.

El dolor es un componente significativo en la convivencia con la Artritis Reumatoide. Es sin duda alguna, el síntoma que más estudios se ha invertido y su reducción constituye el primer objetivo de todos los especialistas que trabajan en el campo, más allá lógicamente del control del progreso y actividad de la enfermedad (Young, 1992). Es natural esperar que el dolor se presenta como un síntoma incapacitante en sí mismo para el paciente con Artritis reumatoide,

y es considerado por muchos autores como la consecuencia más importante y de mayor impacto de la enfermedad en la vida de quien lo padece (Keefe y Bonk, 1999).

Por lo que es válido decir que la percepción de la enfermedad está vinculado con resultados en la Artritis Reumatoide que incluyen aspectos como el bajo estado de ánimo, la discapacidad, el dolor y el deterioro en la función física (Prajapati et al., 2014); y que puede incidir en el retraso en la búsqueda del tratamiento médico, generando un impacto en agudizar los síntomas de la enfermedad y por lo tanto, conducirá a la pérdida de funciones de la vida diaria, como por ejemplo: la capacidad para el trabajo, capacidad de desplazamiento, la independencia económica y la participación en los roles sociales, el cuidado personal, entre otras actividades básicas (Van der Elst et al., 2015).

Muchas personas con dolor crónico dan lugar a que este ocupe el centro de sus vidas, por lo tanto, empiezan a ordenar sus actividades diarias en función de la relación que tienen con su dolor: abandonan o evitan actividades que creen que aumenta su dolor y fomentan aquellas que creen que lo calma (uso de analgésicos, pasividad, remedios alternativos).

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), es un tipo de intervención psicológica orientada a la aceptación psicológica y a los valores personales (Hayes, Strosahl y Wilson, 2015; Wilson y Luciano, 2002) que se ha desarrollado coherentemente con un marco teórico y filosófico, que está a la base de esta intervención, fundamentada en investigación básica y aplicada. Es la más conocida dentro de las denominadas Terapias Contextuales o Terapias de Tercera Generación, siendo, de todas ellas, la que goza de mayor evidencia empírica. Y es que uno de sus objetivos, es la búsqueda de la flexibilidad psicológica, a través de que los pensamientos y las emociones no condicionen la vida de manera que puedan volver a aspirar a tener una vida con sentido. Esta terapia no tiene como propósito incidir directamente sobre el

dolor, aunque sí sobre el sufrimiento que la mayoría de las veces lo acompaña; la no aceptación del dolor conlleva a experimentar una serie de emociones como la frustración, irritabilidad, nerviosismo y ansiedad que no hacen otra cosa que aumentar considerablemente los efectos del dolor.

1.3 Marco Conceptual

1.3.1 Artritis Reumatoide

El reconocimiento y diagnóstico diferencial de la artritis reumatoide tuvo muchos años de evolución, por la similitud con otras enfermedades y pocos recursos de la época. Algunos autores piensan que Hipócrates y otros autores de la antigüedad como Galeno, Areteo de Capadocia, Sorano de Éfeso, Escribonio Largo, o Miguel Psellos pudieron hacer descripciones de enfermedades semejantes a la artritis reumatoide (Entezami, 2011), aunque más bien sus descripciones parecían compatibles con la gota crónica poliarticular (Hallberg, 1994). Fue hasta 1819 que Benjamín Brodie, pudo describir con mayor claridad este cuadro, focalizándose más en lo progresiva que es la enfermedad como también, que su afección no se da solo en las articulaciones, sino también en bolsas y tendones. El primero en utilizar el concepto de Artritis Reumatoide fue Alfred Baring Garrod, haciendo una importante diferenciación de la gota.

El Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculoesqueléticas y de la piel (NIH) define a la Artritis Reumatoide como “una enfermedad crónica (de larga duración) que sobre todo causa dolor, hinchazón, rigidez y pérdida de la función articular.” Expone que algunos de los síntomas frecuentes de la artritis reumatoide incluyen: dolor articular en reposo y al moverse, junto con sensibilidad, hinchazón y calor en la articulación; rigidez articular que dura más de 30 minutos; cansancio inusual o poca energía; fiebre baja ocasional; pérdida de apetito.”

La artritis reumatoide puede presentarse en cualquier articulación, pero ocurre con más frecuencia en las muñecas, las manos y los pies. Por lo general, los síntomas ocurren en ambos lados del cuerpo.

Se han estudiado muchos casos donde la artritis reumatoide comienza lentamente, afectando solo pocas articulaciones. No obstante, si no se aplica tratamiento o si estos no funcionan y no son cambiados con premura, la artritis reumatoide puede empeorar considerablemente y empezar a afectar más articulaciones.

Conjunto de variables y puntuación de cada una de las variables para el cómputo global. Un paciente será clasificado de AR si la suma total es igual o superior a 6

<i>Afectación articular</i>	
1 articulación grande afectada	0
2-10 articulaciones grandes afectadas	1
1-3 articulaciones pequeñas afectadas	2
4-10 articulaciones pequeñas afectadas	3
> 10 articulaciones pequeñas afectadas	5
<i>Serología</i>	
FR y ACPA negativos	0
FR y/o ACPA positivos bajos (< 3 VN)	2
FR y/o ACPA positivos alto (> 3 VN)	3
<i>Reactantes de fase aguda</i>	
VSG y PCR normales	0
VSG y/o PCR elevadas	1
<i>Duración</i>	
<6 semanas	0
≥6 semanas	1

ACPA: anticuerpos contra péptidos citrulinados; FR: factor reumatoide; PCR: proteína C reactiva; VN: valor normal; VSG: velocidad de sedimentación globular.

Figura 1. Criterios de clasificación para la AR (Artritis Reumatoide) del American College of Rheumatology (2010). Los pacientes que cumplen 6 o más criterios son clasificados como AR.

1.3.2 Artritis reumatoide y dolor crónico

El Dolor Crónico se ha definido como “el dolor que se extiende más de 3 ó 6 meses desde su aparición o que se extiende más allá del período de curación de una lesión tisular, o está asociado a una condición médica crónica. Las causas incluyen trastornos crónicos (p. ej., cáncer, artritis, diabetes), lesiones (p. ej., hernia de disco, torsión del ligamento) y muchos trastornos de dolor primario (p. ej., dolor neuropático, fibromialgia, cefalea crónica). (Manual MSD, 2022)

Debido a la duración, impacta de manera significativa la vida de los pacientes que lo padecen, en diferentes ámbitos, tanto personal como el profesional, desarrollando problemas importantes laborales como emocionales. En los hallazgos realizados, se ha podido denotar que factores ambientales y afectivos pueden exacerbar y perpetuar el dolor crónico, esta característica se considera que es una de las causas de que la respuesta al tratamiento de estos pacientes en muchas ocasiones sea escasa.

A menudo, el dolor crónico produce signos vegetativos (astenia, trastornos del sueño, disminución o pérdida del apetito, pérdida del gusto para la comida, pérdida de peso, disminución de la libido, estreñimiento), que aparece gradualmente. Cuando es constante y no presenta remisiones puede conducir a la depresión y la ansiedad e interferir con casi todas las actividades. Los pacientes corren el riesgo de volverse inactivos, retraídos en el aspecto social y estar preocupados por la salud física. La afectación psicológica y social puede ser grave, hasta producir una pérdida de función en la práctica. (Manual MSD, 2022)

Al momento de intervenir y tratar el dolor crónico y sus implicaciones, es imperantemente necesario un abordaje multidisciplinario, para trabajar las complejas interacciones de factores psicológicos, físicos y factores sociales que van a incidir tanto en la perpetuación como en la

intensidad del dolor crónico. El dolor Crónico, como podemos deducir de lo anterior, no tiene una acción protectora del organismo como ocurre en el dolor agudo.

La relevancia del dolor en el cuadro de Artritis reumatoide también logra evidenciarse en los instrumentos que se basan los reumatólogos para la evaluación y el seguimiento de la enfermedad. Estos parámetros, que fueron acordados en la conferencia OMERACT (Outcome Measures in Rheumatoid Arthritis Clinical Trials) celebrada en Maastricht en 1992 (OMERACT, 1993) y ratificados posteriormente por el American College of Rheumatology-ACR (Felson, 1993), la Organización Mundial de la Salud- OMS (Organización Mundial de la Salud), la European Leagues Against Rheumatism- EULAR y la International Leagues Against Rheumatism- ILAR (Boers, Tugwell, Felson, Van Riel, Kirwan y Edmonds, 1994), son utilizados dos, y en ellos el dolor es una variable fundamental: 1) el número de articulaciones dolorosas y el número de articulaciones tumefactas, calculado a partir de distintos índices, 2) el dolor global evaluado por el enfermo, medido normalmente a partir de una Escala Analógico Visual (EAV).

Hoy en día, se considera que la habitual cronicidad del dolor reumático le proporciona características idiosincráticas, desarrollando así el concepto de dolor inflamatorio o neuroplástico; este se genera por la liberación constante de mediadores por el tejido que se encuentra dañado, con un notorio incremento de la excitabilidad de la vía nociceptiva que ocasiona la extensión del dolor a tejidos no enfermos y provoca que las actividades de la vida cotidiana como el estar de pie o caminar se tornen dolorosas.

“Considerando que el dolor es una vivencia, es claro que además de las variables biológicas se deben incluir aspectos psicológicos y sociales, que modulan la sensación del dolor, siendo predictores importantes de la presencia y severidad del dolor.

Lo anterior debe tenerse en mente cuando se trata de aliviar el dolor reumático, la estrategia a desarrollar debe utilizar múltiples recursos, para actuar en diversos niveles; por ello en su terapia debemos considerar siempre la utilización de medidas no farmacológicas y farmacológicas.” (Calvo, 2007)

1.3.3. Bienestar psicológico

González-Méndez (2005) define que el bienestar psicológico, es la vinculación del estado emocional y mental, el que determinara el funcionamiento psíquico apropiado en la persona, a través de su forma de adaptación en las diferentes exigencias tanto internas como externas del entorno social y físico. Por otra parte, uno de los teóricos que más ha aportado a este constructo, Ryff (1995) entiende al bienestar psicológico como aquel esfuerzo para poder desarrollar las propias capacidades y potencialidades, para que de este modo la vida alcance su propio significado, para lograr con esfuerzo y superación metas valiosas, a pesar de las adversidades de la vida.

En el estudio de Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez (2009) presentan que las personas que tienen un adecuado bienestar psicológico manifiestan las siguientes características: como sentirse bien consigo mismas incluso teniendo conocimiento de sus propias limitaciones, mantienen y generan relaciones positivas con los demás, controlan su ambiente para la satisfacción de sus necesidades y deseos, poseen un marcado sentido de libertad personal y de autonomía, encuentran un propósito de vida que los ayudara en sus esfuerzos y dificultades y concluyen que pueden mantener un crecimiento personal y una dinámica de aprendizaje.

El bienestar es una construcción compleja que se refiere a una experiencia y funcionamiento óptimos. Los constructos bienestar psicológico y bienestar subjetivo remiten a dos tradiciones

diferentes: la que se focaliza en el estudio del crecimiento personal, el propósito en la vida y la autorrealización, relacionado con la perspectiva eudaimónica. Y la que se centra en la experiencia de satisfacción con la propia vida (factor cognitivo), nivel elevado de afecto positivo y nivel bajo de afecto negativo (factores afectivos), vinculados a una perspectiva hedemónica.

Eudaimonía es un concepto que hace referencia a la plenitud del ser, y muchas veces llega a ser traducida como "felicidad"; es comprendida como crecimiento personal, sentido de la vida, autodeterminación, logro de metas, autorrealización y actualización de los potenciales personales. El hedonismo, por otra parte, manifiesta que el placer es el mayor bien, el que aporta al individuo la mayor felicidad. (Ryan y Deci, 2001)

Actualmente, se conoce que el modelo más estudiado y aceptado sobre el bienestar psicológico es el multidimensional de Carol Ryff, que entiende el bienestar psicológico como desarrollo personal y compromiso con los desafíos existenciales propios de la vida (es decir que tiene una perspectiva eudaimónica), e identifica seis dimensiones: *autoaceptación* (autoevaluaciones positivas y de la propia vida pasada), *relaciones positivas* (relaciones interpersonales de calidad), *autonomía* (sentido de autodeterminación), *dominio del entorno* (habilidad de gestionar con eficacia la propia vida y el mundo circundante), *crecimiento personal* (sentido de crecimiento y desarrollo como persona) y *propósito en la vida* (creencia de que la propia vida es útil y tiene un sentido). Las dos últimas dimensiones, *crecimiento personal* y *propósito en la vida*, son las más eudaimónicas de este modelo. Para evaluar y medir el bienestar psicológico, Ryff construyó las Escalas de Bienestar Psicológico, instrumento ampliamente utilizado en la investigación psicosocial.

Otro autor que aporta a este constructo es Bar-On (1997, 2000), que señala, en su modelo de la inteligencia emocional como rasgo de personalidad, que es una capacidad que forma parte, junto con el optimismo, del ámbito estado de ánimo general, y que generaría mayor cantidad y más satisfacción en las relaciones interpersonales y participación en actividades sociales.

Según Seligman (2002), la felicidad se lograría a través de tres vías: lo que podríamos denominar la buena vida, el compromiso y la vida plena de sentido. Recientemente Seligman (2009) agregó un cuarto pilar de investigación: los vínculos positivos o la vida social, como vía de acceso a la felicidad y que tiene su inicio en las investigaciones sobre el bienestar psicológico que detecta a las personas sociables como las más felices.

Narváez et al. (2021) concluyen que el bienestar psicológico es una percepción personal que se va construyendo a través del conjunto de vivencias positivas o negativas del individuo, lo que incluye la calidad en las relaciones interpersonales y la disponibilidad de fuentes de apoyo. Considerando esto, el afrontamiento es un proceso complejo y multidimensional que tiene gran relevancia en la actualidad ya que se define como los esfuerzos cognitivos y conductuales que se reflejan mediante conducta manifiesta o interna, en la gestión de demandas externas (ambiente) como internas (características de la personalidad, estado emocional), y que pueden ser consideradas como algo que excede los recursos o posibilidades de la persona para adaptarse a una situación.

En sí, las estrategias de afrontamiento constituyen parte de los recursos personales que el sujeto desarrolla para hacer frente a demandas específicas, estos recursos pueden ser positivos al permitirles afrontar las demandas de forma adecuada, o negativos, al perjudicar su bienestar biopsicosocial.

Lazarus y Folkman (1986), definieron las estrategias de afrontamiento “como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” marcando una diferencia entre las concepciones que han sido estudiadas sobre el afrontamiento como rasgo y como reacciones automáticas, ya que los autores la han concebido como un proceso dinámico, cambiante y de evaluación.

A partir del desarrollo teórico, se ha procurado dimensionarlo con el objetivo de operacionalizar esta variable, y, por lo tanto, construir una serie de instrumentos para conocer la tendencia que pueden presentar los individuos a la hora de afrontar las situaciones generadoras de estrés. Fernández-Abascal (1997), propone tres estilos de afrontamiento. El primero es el activo o centrado en el problema, que se refiere a los esfuerzos movilizados por el individuo para dar directamente con diferentes tipos de solución de la situación; el segundo es el estilo de afrontamiento pasivo o centrado en la propia emoción del sujeto, relacionado a distanciarse del problema, el auto-reproche o la apreciación de los aspectos positivos, con el fin de modificar el modo en que el sujeto vive la situación estresante aún en aquellos casos en los que no pueda hacer nada para modificarla, y el tercero es el estilo de afrontamiento de evitación, el cual se refiere a los esfuerzos para huir o evitar la situación y/o sus consecuencias.

Un punto que es relevante considerar y lo exponen autores como González, Montoya, Casullo y Bernabéu (2002), es que el constructo de bienestar psicológico carece de un marco teórico claro, y la mayoría de las investigaciones para conocer los niveles de bienestar psicológico de determinada población, carecen de un desarrollo conceptual que las respalde; por tanto, el desarrollo respecto al tema se ha centrado en la construcción de instrumentos desde una

perspectiva dimensional. Para fines de la presente investigación, se partió de la definición propuesta por José Sánchez Cánovas quien considera el bienestar psicológico como aquel sentido de felicidad que es una percepción subjetiva; aquella capacidad para reflexionar sobre la satisfacción con la vida o sobre la frecuencia e intensidad de las emociones agradables. (Sánchez-Cánovas, 2008).

1.3.4. Aspectos del Bienestar Psicológico en personas con Artritis Reumatoide

Según Chico et al. (2012), la experiencia dolor crónico, vinculada a la incapacidad funcional que puede adquirir y que se caracteriza por ser permanente o recurrente, mostrar resistencia a los tratamientos médicos convencionales y, por lo tanto, genera una significativa 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 de la persona. Aunado a que la percepción de que la enfermedad es crónica y el dolor persistente, pueden llevar a desarrollar depresión y ansiedad en las personas que lo padecen y esto conduce a que refieran más dolor y temor hacia la movilización, lo que complica aún más la situación del paciente crónico, en lugar de aliviarlo.

También exponen que, al tratarse de una enfermedad crónica, las personas que poseen Artritis Reumatoide tienen que estar atentos a realizar modificaciones en sus hábitos y estilo de vida, implicando la necesidad de incluir cambios a nivel físico, psicológico y sociales con el objetivo de hacer frente a su nueva condición. Que se pueda lograr esta adaptación, va a depender de una multiplicidad de factores y de la interrelación entre ellos, entre los que podemos encontrar:

aspectos sociodemográficos (como la edad del paciente), género, nivel educativo y social; y aspectos psicológicos como los esquemas, el apoyo social percibido, habilidades sociales, las creencias religiosas, patrones de personalidad, y, por supuesto, los estilos de afrontamiento al estrés y demandas.

Respecto con una de las variables sociodemográficas y cómo puede incidir en el bienestar psicológico de los pacientes incluidos en el estudio, la escolaridad es una de las que muestra mayores diferencias y donde un bajo nivel escolar se encontró relacionado de forma negativa. Los mecanismos que pudieran explicar este fenómeno estarían asociados a aspectos socioeconómicos como la actividad laboral que se realiza y que suele ser más intensa en aquellos con un bajo nivel de educación.

Por otra parte, cuando la persona tiene funcionales recursos de afrontamiento, se facilita la percepción que posee de su enfermedad y por lo tanto el nivel de estrés tiende a disminuir considerablemente (Crespo y Labrador, 2003).

Hay hallazgos que exponen que entre las estrategias que facilitan la adaptación adecuada a la enfermedad se encuentran: la percepción de autoeficacia, el realismo, el optimismo y las conductas activas en la solución de problemas (Sandín, 1999).

Una de las áreas que resulta afectada de manera significativa es la satisfacción laboral, sobre todo en aquellas personas que tienen una mayor discapacidad funcional y un mayor tiempo conviviendo con la enfermedad. Es decir, que la Artritis Reumatoide potencia una baja en la productividad y el retiro laboral prematuro lo que tiene repercusión importante en la vida personal, familiar, laboral y social del paciente. (Arana et al., 1999)

En este 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 exigen modificaciones en la rutina diaria, ejercicio físico y dieta, de acuerdo con el grado de discapacidad y el paciente se ve obligado a evaluar y ajustar parcial o totalmente su día a día. En algunos casos, 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 %;) 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. (Cadena et al, 2002)

Según Vinaccia y colaboradores (2005), el grado de mayor discapacidad funcional (HAQ mayor de 1) fue el que más correlación tuvo con el bienestar psicológico, con afectación tanto en el componente afectivo como de satisfacción. Esto se puede explicar a que la presencia de dolor, inmovilidad articular y fatiga, propios de esta enfermedad, afectan no solo el bienestar físico sino también psicológico, donde existe una serie de emociones displacenteras ante la discapacidad adquirida producto de la enfermedad.

Complementando lo antes mencionado, en el estudio de Keefe, Smith y colaboradores (2002), denotaron que el aumento en la severidad de los síntomas de la enfermedad puede inducir incrementos en la ansiedad, depresión y desesperanza, y afectación en la habilidad para trabajar o realizar las actividades domésticas, al incrementar el dolor y la incapacidad experimentada.

Por otra parte, algunos autores se centran en el aspecto psicofisiológico en el manejo de la Artritis Reumatoide. Explican que, al tratarse de las enfermedades inflamatorias crónicas, como la Artritis Reumatoide, el estrés es usual y estimula el incremento de mecanismos

proinflamatorio afectando la salud física en general. La activación de los sistemas de respuesta del estrés incide en la estrecha relación del sistema nervioso simpático, el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (Eje HHA) y el sistema inmunológico. (Cutolo y Straub, 2006) Entre otros mecanismos, la pérdida de las fibras nerviosas simpáticas en el tejido inflamado y la insuficiencia de la secreción de cortisol en relación con la inflamación llevan a una mayor carga proinflamatoria en la Artritis Reumatoide. (Geenen, van Middendorp, Bijlsma, 2006); El estrés y la consiguiente estimulación de la inflamación (sistémica y local) pueden llevar a una mayor sensibilización del dolor y aún más, a los efectos de los sistemas de respuesta del estrés, por lo que se activa el círculo vicioso del estrés, el dolor y la inflamación (Straub y Kalden, 2009).

Otros estudios con muestras de pacientes con el diagnóstico de Artritis Reumatoide, se ha evidenciado que poseer redes de apoyo, tiene un peso importante en el bienestar de estos pacientes en términos generales (Krol, Sanderman y Suurmeijer, 1993). En la investigación ejecutada por Irlanda Minnock, FitzGerald y Bresnihan (2003), donde trabajaron con una muestra de 58 pacientes de Artritis Reumatoide y quienes fungen como sus cuidadores primarios. Entre los hallazgos identificaron que experimentaron tener niveles más altos de satisfacción con el apoyo social de familiares y amigos. Aunado a esto, pudieron detectar vínculos positivos entre el apoyo social con diferentes dimensiones tales como: físicas, emocionales y de bienestar social del cuestionario de impacto de la artritis reumatoide (AIMS).

Complementando el valor de la variable del apoyo social, se encuentra en Strating, Suurmeijer y van Schuur (2006), un estudio donde trabajaron con una muestra de 129 pacientes con Artritis Reumatoide, diseñando un estudio de tipo longitudinal e identificando que, en corto plazo, los factores relacionados con la enfermedad (dolor articular, dolor e incapacidad funcional) y el apoyo social eran importantes en la determinación y aparición del estrés psicológico. Se halló

que el acompañamiento se tornaba en un amortiguador para la experiencia de convivir con esta enfermedad. Por otra parte, a largo plazo, los factores relacionados con la enfermedad siguieron siendo importantes en la determinación del estrés psicológico, pero en menor medida. Por lo que se pudo concluir, que es más determinante a corto plazo que a largo plazo el apoyo social en los pacientes con Artritis Reumatoide.

Así también, Zyrianova et ál. (2006) en Irlanda, con una muestra de 68 adultos con Artritis Reumatoide encontraron que la percepción de apoyo social es un predictor independiente, altamente relevante de la depresión y la ansiedad en estos pacientes. Concluyendo de esta manera, en la importancia del apoyo social como un factor coadyuvante en los procesos de tratamiento de ansiedad-depresión en pacientes con esta enfermedad.

Retornando al continente americano, específicamente en poblaciones latinas y en Colombia, el apoyo familiar es de vital significancia en los pacientes con Artritis Reumatoide (Abraído-Lanza, 2004). En la cultura colombiana se observa una tendencia de la familia y sus generaciones de involucrarse en el cuidado y atención de los enfermos y brindar apoyo a nivel emocional como económico (Cadena et ál., 2002, 2003).

Algunos estudios indican que fortalecer tanto la autoestima como el lugar de control interno ha sido vinculado con niveles bajos de reactividad de cortisol en situaciones de estrés (Simeon et ál., 2007). Por lo que al revisar estudios de resiliencia en muestras de pacientes con Artritis en los que se ha evaluado el dolor corporal, han reconocido que los efectos positivos de la resiliencia en relación con el dolor resultan del incremento del bienestar personal, y también de los cambios en la evaluación cognitiva de autoeficacia que promueven otras nuevas formas de afrontamientos a la experiencia del dolor (Strand et ál., 2006).

Es por esto por lo que trabajar 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 estos estudios evidencian la relevancia de la Psicología como ciencia, para el abordaje de la Artritis Reumatoide y la imperiosa necesidad de un trabajo multidisciplinario en su tratamiento. Se pone de manifiesto la urgencia de asumir esta enfermedad desde una perspectiva biopsicosocial, como un sistema en donde la modificación de una dimensión puede producir alteraciones en la otra.

1.3.5. Tratamiento de la Artritis Reumatoide

Tal como hemos podido describir, la Artritis Reumatoide es un síndrome de etiología desconocida, aunque se ha determinado que en su aparición influyen factores ambientales, genéticos e inmunológicos. También, que existen una serie de factores que van a incidir de manera favorable o desfavorable en la convivencia con el dolor, aspecto casi permanente en este cuadro.

La artritis reumatoide es un trastorno autoinmunitario que ocurre cuando el sistema inmunológico ataca por error los tejidos del cuerpo, afectando de esta manera, el revestimiento de las articulaciones y causando una dolorosa hinchazón que puede finalmente causar la erosión ósea y la deformidad de las articulaciones.

Entendiendo este cuadro, a lo largo de muchos años se ha estudiado la forma en que se puede curar esta enfermedad, sin éxito hasta el momento. No obstante, se han encontrado diversos tratamientos para remitir o retrasar el progreso acelerado de la misma.

Los tratamientos varían de paciente en paciente algunos son:

- **Analgésicos:** estos medicamentos ayudan a reducir el dolor, pero no tienen ningún efecto sobre la inflamación; hay que recordar que el dolor es el síntoma de la inflamación.
- **Medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINE):** Este grupo incluye drogas como la aspirina, ibuprofeno, piroxicam, naproxeno, ketoprofeno, indometacina, ketorolaco y nimesulide que actúan inhibiendo la inflamación y el dolor de las articulaciones, pero simultáneamente pueden lesionar el estómago.
- **Medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME):**
Este tipo de medicamentos no calman el dolor ni moderan la inflamación, no obstante, a largo plazo disminuyen la actividad y severidad de la enfermedad. Algunos de los medicamentos que pertenecen a este grupo son: el metotrexato, la leflunomida, antimaláricos como cloroquina e hidroxiclороquina, las sales de oro, la D-penicilamina, la sulfasalazina y la ciclosporina. Por lo general estos compuestos moduladores del curso de la enfermedad se administran en asociación con los AINEs, ya que carecen de efecto analgésico y antiinflamatorio. Hoy día, el metotrexato constituye la droga de elección para el tratamiento de la AR por su gran efectividad, a pesar del conocimiento que produce numerosas reacciones adversas como: pérdida de apetito, náuseas, dolor de estómago, diarrea, entre otras, en cuyo caso debe sustituirse el tratamiento con otro fármaco. En múltiples estudios se ha comprobado que los FARMEs disminuyen en más

de un 30 % la incapacidad física de los pacientes a largo plazo; por lo que en el momento actual se recomienda su uso desde las etapas iniciales de la enfermedad. (Singh JA, Saag KG, Bridges SL, et al., 2015)

- Modificadores de la respuesta biológica:

El uso de terapia biológica y otras moléculas pequeñas se debe considerar en pacientes con artritis reumatoide refractaria, es decir, aquellos que hayan utilizado por los menos dos esquemas recomendados de terapia combinada de FARMES convencionales y en los cuales se haya documentado falla terapéutica, o que no pudieron completarlos por efectos adversos. La terapia biológica debe usarse idealmente de forma combinada con metotrexate u otro FARMES convencional. En casos de intolerancia o alguna contraindicación a los FARMES convencionales, se puede utilizar el tratamiento biológico en monoterapia. Solo el tocilizumab como agente biológico ha mostrado ser superior en monoterapia al metotrexate. En aquellos casos en los cuales el paciente pueda cubrir el costo del tratamiento, se sugiere tomar en cuenta también su preferencia, dado que existen diferencias significativas en dosificación y administración, que pueden ser determinantes en términos de adherencia. En los casos de los pacientes que fallen a la primera terapia biológica, puede modificarse su esquema de tratamiento y considerar un agente biológico con igual o distinto mecanismo de acción, pero se recomienda hacer el cambio a un fármaco con un mecanismo de acción diferente.

1.3.6. Intervenciones psicológicas aplicadas a pacientes con Artritis Reumatoide

Una de las primeras intervenciones que se tienen registro, fue la realizada en 1978, por la enfermera Kate Lorig, este se ejecutó en el Centro de Enfermedades Reumáticas de la

Universidad de Stanford (E.E.U.U). Se consideran los primeros cursos de autoayuda para personas con artritis reumatoide. Por este mismo camino, se desarrollaron investigaciones para evaluar sus resultados bajo la hipótesis de que la educación mejoraría la salud de estos pacientes. Los fines del primer programa fueron: reducir las visitas al médico, permitiendo disminuir los costos producido por el traslado y las medicinas, así también, mejorar la salud de los pacientes respecto a su movilidad, dolor y depresión. Estos programas fueron de corte longitudinal (tuvo una duración alrededor de dos años) con grupos experimentales y controles. Los grupos estaban compuestos entre quince y veinte personas, a los cuales se les impartió diversos contenidos sobre: la enfermedad, los medicamentos, ejercicios específicos para fortalecer determinados músculos, ejercicio en general, dietas, cómo utilizar bien las articulaciones, cómo afrontar las situaciones de dolor, relajación, relaciones con los médicos. Los resultados obtenidos indicaron, al compararse los diferentes grupos, que estos mejoraron por igual. También se halló cambios positivos en las medidas de dolor, incapacidad, depresión y visitas al médico (Lorig et al, 1985). Aunado a estos aspectos, se reconoció que las intervenciones psico-educativas no alteran el funcionamiento físico y que las capacidades funcionales se siguen deteriorando con el tiempo (Hawley, 1995).

Otros estudios han revelado que los factores cognitivo-conductuales disfuncionales que pudieran predecir un empeoramiento a largo plazo de la enfermedad se establecen durante los primeros años de la enfermedad (Smith et al, 1997). Los análisis retrospectivos de estudios con terapias cognitivo-conductuales sugieren mayor efectividad en pacientes con Artritis Reumatoide de inicio más reciente, denotando cambios más favorables en los primeros siete años de la enfermedad (Kraaimaat et al, 1995; Sinclair y Wallston, 2001). Los últimos hallazgos en la investigación sobre dolor crónico manifiestan que la efectividad de la terapia cognitivo

conductual puede ser optimizada cuando se aplica de forma temprana, incluso adaptándola a los pacientes con riesgo de desarrollarlo. Para probar si esto se cumplía también en Artritis Reumatoide, Evers, Kraaimaat, van Riel y de Jong (2002) realizaron un ensayo aleatorio seleccionando a pacientes con un tiempo menor de 8 años, logrando encontrar una mejoría de la función física del paciente, incluso, el propio dolor.

Así también, otras intervenciones psicológicas están centrándose en el entrenamiento en correctas estrategias de afrontamiento. Rodríguez Parra, Esteve y López (2002) muestran que las estrategias de afrontamiento pasivas, es decir, aquellas que están más centradas en la emoción, evitativas y cognitivas, están más correlacionadas con mayores niveles de dolor, y que, en cambio, las estrategias de afrontamiento activas, centradas en el problema, dirigidas al dolor y conductuales están relacionadas con menores niveles de dolor. Con estos hallazgos, las intervenciones psicológicas que se centran en el trabajo dirigido al aumento de las estrategias de afrontamiento más adaptativas han demostrado significativas reducciones en la incapacidad tanto física como psicológica de los pacientes con Artritis Reumatoide, así como en sus niveles de dolor (Keefe, Caldwell, et. al, 1990).

Para finalizar, algunos trabajos abren la discusión sobre la necesidad de elaborar programas específicos para Artritis Reumatoide y así poder lograr mejores resultados que uno global para el dolor crónico, ya que cada enfermedad debe tratarse de manera específica con el fin de optimizar el resultado de estos programas (Lorig, Ritter, Plant, 2005).

1.3.7. Terapia de Aceptación y Compromiso

Después de la aparición de la terapia de conducta y la llamada revolución cognitiva, han surgido las terapias contextuales. Entre otras la Terapia Dialéctica Conductual (DBT; Linehan, 1993), la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP; Kohlenberg y Tsai, 1991), la Terapia Integrativa

Conductual de Parejas (IBCT; Jacobson, Christensen, Prince, Cordova, y Eldridge, 2000), y la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT; Segal, Williams, y Teasdale, 2002). Tienen en común haber dado importancia al contexto en el que se da la conducta.

Estas intervenciones, se centran en elementos como la aceptación, la conciencia plena, la desactivación cognitiva, la dialéctica, los valores, la espiritualidad y las relaciones (Hayes, 2004). Este autor considera estas terapias como una nueva generación, la tercera, dentro de la terapia cognitivo conductual.

La Terapia de Aceptación y Compromiso parte de los postulados de la teoría del marco relacional (Hayes, Barnes-Homes y Roche, 2001), estableciéndola como una forma de intervención psicoterapéutica conductual que se focaliza sobre el influjo de la evitación experiencial en los distintos problemas que presentan los consultantes (Gaudiano, 2009)

Como cualquier teoría, la Teoría del Marco Relacional tiene un marco filosófico; el cual es el Contextualismo Funcional, que se une con el Conductismo Radical de Skinner y el Interconductismo de Kantor. Este considera al organismo como un todo siempre en acción donde priman las funciones que controlan el comportamiento. Expone con vigor que los eventos privados (como contenidos y esquemas cognitivos) se construyen en la historia individual, y que las relaciones entre eventos privados y acciones del organismo (que se convierte en la regulación verbal del comportamiento) responden a relaciones arbitrarias potenciadas socialmente y no a relaciones mecánicas. (Luciano y Hayes, 2001)

En un mundo, donde el contexto lingüístico ha establecido que experimentar tristeza, fracaso o temor, se relaciona con estados “negativos” y que llegan a considerarse inaceptable. Por lo tanto, las personas intentan controlar estos sentimientos con el fin de buscar un estado de

"satisfacción" o "felicidad" perpetua. Dentro de los repertorios de control que se pueden generar, las personas emiten conductas adaptativas de evitación o escape ante situaciones que les demanden contacto con estímulos considerados "negativos" o aversivos, según su historia individual; no obstante, el exceso de control de las experiencias privadas particulares (entendiéndolas como sensaciones corporales, pensamientos o recuerdos) y de los contextos que detonan estos eventos privados es lo que se conceptualiza como el trastorno de evitación experiencial (TEE) (Bach y Hayes, 2002; Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996; Luciano, Gutiérrez y Rodríguez, 2005; Luciano y Hayes, 2001; Wilson y Luciano, 2002). Wilson y Luciano plantean que la ACT es "(...) un modelo de salud y no de enfermedad, ya que se entiende que el sufrimiento es universal y su causa principal es la información del lenguaje en áreas en las que no es funcional o no es útil".

Las terapias de tercera generación identifican la conducta en función de las variables del contexto (Luciano y Valdivia, 2006). En estas se encuentra la terapia de aceptación y compromiso, orientada hacia metas centradas en la activación y la aceptación psicológica, cuyo objetivo final es ayudar a generar en la persona, repertorios conductuales flexibles y amplios, aunado a trabajar sobre la conciencia del momento presente, los valores, sin buscar la eliminación, la lucha o la disminución de los eventos privados (pensamientos o sentimientos ligados específicamente con el sufrimiento del ser humano) (Lozano y Caycedo, 2008)

Respecto al tratamiento de condiciones que incluyan la experiencia del dolor crónico, se hace principal mención de la efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso, con evidencias sólidas. La División 12 de la Asociación Americana de Psicología expone que la premisa básica de la Terapia de Aceptación y Compromiso es que, al aceptar y aprender a vivir con el dolor, uno puede limitar el control que éste ejerce sobre su vida.

Tiene como esencia guiar a las personas a cambiar sus expectativas de la eliminación del dolor a vivir lo mejor posible con el dolor. Esto se puede lograr a través de metáforas y ejercicios experienciales, las personas aprenden la inutilidad de las estrategias orientadas al control y los beneficios de las estrategias orientadas a la aceptación en respuesta a experiencias internas negativas como el dolor y la incomodidad. Se busca alentar a las personas a explorar sus valores personales y establecer metas consistentes con esos valores para mejorar la calidad de vida y el funcionamiento en general.

Generar flexibilidad es una dirección importante en la Terapia de Aceptación y Compromiso. Un componente es el hexaflex; el cual es un hexágono cuyos vértices demuestran los seis focos de intervención interconectados (contacto con el momento presente, aceptación, defusión, Yo contexto, Valores, y Acciones con significado) con el motivo de generar flexibilidad. Se clama el mindfulness y la aceptación a la par que la identificación de los procesos de cambio centrados en el compromiso y la acción (Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig y Wilson, 2004).

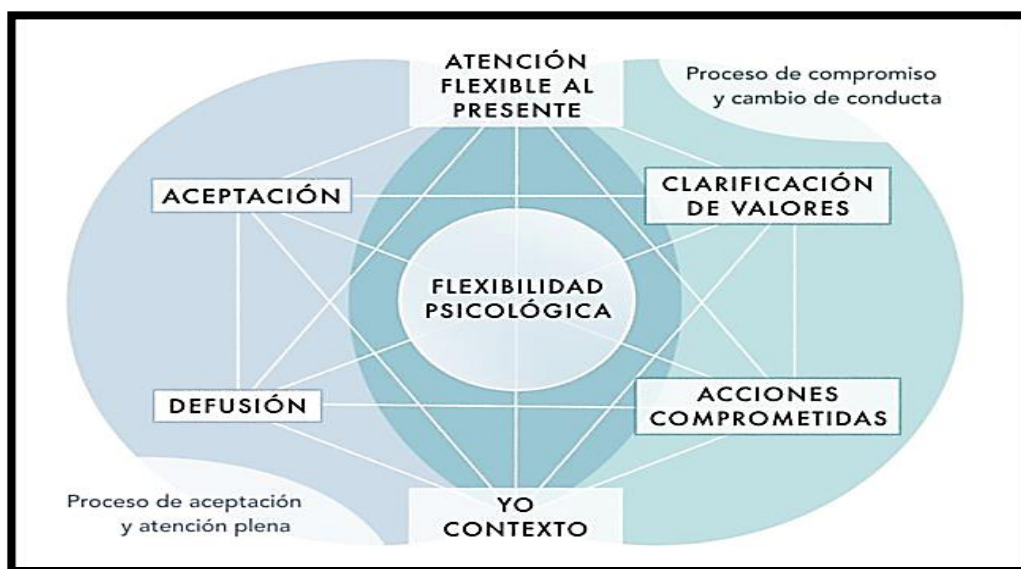


Figura 2. Hexaflex, representación gráfica de los componentes interconectados de la flexibilidad psicológica y el proceso terapéutico de la ACT (elaboración propia basada en Hayes et al. (2013)

Esta terapia ha sido efectiva en múltiples investigaciones de estudio de caso. En los ensayos clínicos controlados (en los que se compara ACT con tratamientos cognitivos empíricamente validados, condiciones placebo, o lista de espera) (Hayes et al., 2004)), la Terapia de Aceptación y Compromiso ha obtenido evidencias más sólidas (especialmente en los casos crónicos) o igualmente eficaz al finalizar los tratamientos, pero las diferencias son sustanciales al revisar los periodos de seguimiento (ensayos controlados en la depresión, esclerosis múltiple, psico-oncología, manejo del estrés laboral, sintomatología psicótica, ansiedad y fobia social, patrones obsesivos-compulsivos, consumo de drogas y tabaco, tricotilomanía, episodios epilépticos, miedos y preocupaciones, diabetes, dolor crónico, actos autolesivos, en intervención con padres de niños con limitaciones, con profesionales). Los hallazgos también indican que resulta eficiente para evitar cronicidad y alterar de forma notable el curso de secuelas y síntomas variados.

Capítulo II

Marco metodológico

2.1 Planteamiento del problema

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica, de naturaleza autoinmune, caracterizada por la afectación simétrica de múltiples articulaciones y la presentación de diversos síntomas generales inespecíficos y manifestaciones extraarticulares. Librada a su evolución natural y en ausencia de tratamiento adecuado, la enfermedad puede causar, en fases avanzadas, importantes limitaciones físicas, así como un marcado deterioro de la calidad de vida.

Hay cerca de 100 tipos de artritis, y la de tipo reumatoide es la más agresiva y discapacitante de todas. En Panamá no se cuenta con estudios de prevalencia ni incidencia sobre artritis. Y las cifras que se manejan son impresiones o aproximaciones que se han hecho al trasladar estudios internacionales que indican que entre el 1% de la población blanca y el 0.5% de otras etnias la padecen, por lo que se presume que más de 30 mil personas viven con artritis en Panamá.

Por otra parte, algunos de los datos recogidos por el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, en el año 2010, solo en este centro se atendieron en la especialidad de Reumatología, 9,471 pacientes y se proyecta que para el año 2030, esta cifra pueda aumentar a 13,974. Lo que nos deja el vacío sobre que ocurre en los otros centros hospitalarios en el país y cuál sería la magnitud del subregistro de este padecimiento.

El dolor es una experiencia compleja que incluye múltiples dimensiones. Alrededor del mundo, es un problema de salud de importancia. Pero, tanto el dolor agudo como el dolor crónico se tratan deficientemente, debido a una variedad de motivos culturales, de actitud, educación, políticos y logísticos.

En los últimos años, se ha abordado de manera multidisciplinaria para dar respuesta a este padecimiento. En el área psicológica se les ha dado vital relevancia a las terapias cognitivas conductuales y a las de tercera ola. En este estudio investigativo, nos centraremos en la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso, que ha evidenciado ayudar a las personas a aceptar y aprender una nueva manera de relacionarse con su dolor, limitando el control que éste ejerce sobre su vida. (Quiñones, Larrieux, Durán, Pons, 2014) Este proceso tiene lugar mediante el cambio de expectativas que se tiene respecto al dolor, dejando a un lado el deseo eliminarlo para vivir lo mejor que se pueda a pesar de su presencia. Por lo que surge la interrogante, ante la diversidad cultural, si ¿La Terapia de aceptación y compromiso será efectiva en el bienestar psicológico en adultos que asisten a la Fundación de Artritis Reumatoide de Panamá, en el año 2022?

2.2 Objetivos de la Investigación

2.2.1 Objetivo general

Evaluar la efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el bienestar psicológico en adultos registrados en la Fundación de Artritis Reumatoide de Panamá.

2.2.2 Objetivos específicos

- Analizar la aplicación de un programa estructurado basado en la Terapia de Aceptación y compromiso en personas con Artritis Reumatoide.
- Identificar las dimensiones del bienestar psicológico que muestran mayor cambio, a través de la Terapia de Aceptación y Compromiso en adultos registrados en la Fundación de Artritis Reumatoide de Panamá, en la ciudad de Panamá.
- Examinar las diferencias según el sexo, en las dimensiones del bienestar psicológico que muestran mayor cambio, a través de la Terapia de Aceptación y Compromiso en

adultos registrados en la Fundación de Artritis Reumatoide de Panamá, en la ciudad de Panamá.

- Comparar las puntuaciones medias obtenidas del pretest y el pos-test de la Escala de Bienestar Psicológico de los adultos registrados en la Fundación de Artritis Reumatoide de Panamá, en la ciudad de Panamá.
- Comparar las puntuaciones medias obtenidas del pretest y el pos-test de las Subescalas de Bienestar Psicológico de los adultos registrados en la Fundación de Artritis Reumatoide de Panamá, en la ciudad de Panamá.

2.3 Justificación

El tratamiento psicológico en aquellos pacientes que tienen un diagnóstico de artritis reumatoide se justifica, por el gran impacto que el padecimiento de un síndrome de dolor tiene sobre la persona y su entorno social, y que puede contribuir a su agravamiento e incapacitar aún más a quien lo padece.

Muchas veces, los pacientes inician sus terapias y las abandonan prontamente. Los factores que más inciden en esta conducta son: el tipo de personalidad y el entorno; un trastorno de salud mental como la depresión; situaciones difíciles y la poca capacidad de adaptación como también la intensidad o potencia del dolor.

Los pacientes con artritis reumatoide, no suelen ser personas con problemas psicológicos (psicopatológicos en sí), sino que dichos problemas suelen acontecer como consecuencia de padecer un síndrome de dolor crónico. Entendiendo la multidimensionalidad del dolor, causando muchos problemas además del propio dolor, como fatiga, ansiedad, depresión, en fin, calidad de vida deficiente.

Según Yescas, Ascencio y Vargas (2008), la depresión sigue siendo un grave problema clínico para casi todos los pacientes con artritis reumatoide, ya que sus síntomas traducen fundamentalmente una fuerte asociación con el dolor y la posible relación entre depresión y discapacidad. Es bien conocido que la artritis reumatoide representa una de las primeras causas de discapacidad grave en los países desarrollados con las consiguientes pérdidas económicas y sociales.

El Ministerio de Salud de Chile, en un estudio realizado en el año 2007, expuso que aquellos pacientes que tienen trabajo remunerado al inicio de la artritis reumatoide, 10% de ellos deja de trabajar dentro del primer año de inicio de la enfermedad y un 50% están incapacitados después de 10 años.

Desde 1996, la Organización Internacional de Artritis Reumatoide instauró el 12 de octubre como el Día Mundial de la Artritis, con la misión de mejorar el conocimiento y conciencia sobre las enfermedades reumáticas y el efecto en quienes lo sufren.

Según cálculos de la OMS, la artritis reumatoide afecta alrededor del 1 y 1.5 % de la población mundial; además en Latinoamérica, cifras de la Organización Panamericana de la Salud, indican que hay 34 millones de personas con discapacidad permanente y 140 millones con discapacidad temporal a causa de las enfermedades reumáticas.

Sin embargo, el escaso número de estudios para la mayoría de las regiones del mundo y la falta de estudios de incidencia para los países en desarrollo limita la comprensión de la epidemiología de la Artritis Reumatoide en todo el mundo.

El Dr. Terence Starz, reumatólogo de la Universidad de Pittsburgh Medical Center, expone que entender la importancia de los aspectos psicológicos y emocionales del dolor es una parte

integral del tratamiento a brindar. Él comparte que algunas señales de dolor se procesan en las mismas partes del cerebro que controlan las emociones y el sueño, y estas son consideraciones importantes en cualquier programa de control del dolor. Debemos entender cómo es que el cerebro procesa la información y el enorme impacto que puede ejercer en el resto del cuerpo y el bienestar psicológico.

Otro indicador de la relevancia de esta investigación radica en que la salud pública, enfermedades crónicas e infecciosas forman parte de las áreas prioritarias de investigación propuestas en el Consejo Superior Universitario Centroamericano (CSUCA) lo que la hace un estudio importante para nuestra región.

Por lo que, la severa afección en la calidad de vida de los padecientes, pocos estudios y cifras nacionales sobre el tema, búsqueda de la promoción de la atención integral de esta enfermedad y como respuesta a la demanda de áreas prioritarias de investigación regional, este estudio resulta relevante y necesario para ampliar líneas de investigación y potenciar el desarrollo de calidad de vida integral, a los pacientes con esta enfermedad que condiciona su bienestar.

2.4 Hipótesis general

- La terapia de Aceptación y Compromiso aumentará los niveles de Bienestar Psicológico en los adultos que padecen Artritis Reumatoide.

Hipótesis específicas

- Existe diferencia significativa entre los resultados obtenidos en el pretest y el post test de la Subescala de Bienestar Subjetivo luego de aplicada la Terapia de Aceptación y Compromiso a una muestra de participantes que poseen Artritis Reumatoide.

- Existe diferencia significativa entre los resultados obtenidos en el pretest y el post test de la Subescala de Bienestar Material luego de aplicada la Terapia de Aceptación y Compromiso a una muestra de participantes que poseen Artritis Reumatoide.
- Existe diferencia significativa entre los resultados obtenidos en el pretest y el post test de la Subescala de Bienestar Laboral luego de aplicada la Terapia de Aceptación y Compromiso a una muestra de participantes que poseen Artritis Reumatoide.
- Existe diferencia significativa entre los resultados obtenidos en el pretest y el post test de la Subescala de Bienestar en la Relación de Pareja luego de aplicada la Terapia de Aceptación y Compromiso a una muestra de participantes que poseen Artritis Reumatoide.

2.5 Hipótesis estadísticas

Hipótesis 1

H₀: No existe diferencia significativa entre los resultados obtenidos en el pretest y el post test de la Escala de Bienestar Psicológico luego de aplicada la Terapia de Aceptación y Compromiso a una muestra de participantes que poseen Artritis Reumatoide

$$H_0: \bar{X}_{\text{pretest}} = \bar{X}_{\text{posttest}}$$

H₁: Existe diferencia significativa entre los resultados obtenidos en el pretest y el post test de la Escala de Bienestar Psicológico luego de aplicada la Terapia de Aceptación y Compromiso a una muestra de participantes que poseen Artritis Reumatoide.

$$H_1: \bar{X}_{\text{pretest}} \neq \bar{X}_{\text{posttest}}$$

Hipótesis 2

H₀: No existe diferencia significativa entre los resultados obtenidos en el pretest y el post test de la Subescala de Bienestar Subjetivo luego de aplicada la Terapia de Aceptación y Compromiso a una muestra de participantes que poseen Artritis Reumatoide

$$H_0: \bar{X}_{\text{pretest}} = \bar{X}_{\text{posttest}}$$

H₁: Existe diferencia significativa entre los resultados obtenidos en el pretest y el post test de la Subescala de Bienestar Subjetivo luego de aplicada la Terapia de Aceptación y Compromiso a una muestra de participantes que poseen Artritis Reumatoide.

$$H_1: \bar{X}_{\text{pretest}} \neq \bar{X}_{\text{posttest}}$$

Hipótesis 3

H₀: No existe diferencia significativa entre los resultados obtenidos en el pretest y el post test de la Subescala de Bienestar Material luego de aplicada la Terapia de Aceptación y Compromiso a una muestra de participantes que poseen Artritis Reumatoide

$$H_0: \bar{X}_{\text{pretest}} = \bar{X}_{\text{posttest}}$$

H₁: Existe diferencia significativa entre los resultados obtenidos en el pretest y el post test de la Subescala de Bienestar Material luego de aplicada la Terapia de Aceptación y Compromiso a una muestra de participantes que poseen Artritis Reumatoide.

$$H_1: \bar{X}_{\text{pretest}} \neq \bar{X}_{\text{posttest}}$$

Hipótesis 4

H₀: No existe diferencia significativa entre los resultados obtenidos en el pretest y el post test de la Subescala de Bienestar Laboral luego de aplicada la Terapia de Aceptación y Compromiso a una muestra de participantes que poseen Artritis Reumatoide

$$H_0: \bar{X}_{\text{pretest}} = \bar{X}_{\text{posttest}}$$

H₁: Existe diferencia significativa entre los resultados obtenidos en el pretest y el post test de la Subescala de Bienestar Laboral luego de aplicada la Terapia de Aceptación y Compromiso a una muestra de participantes que poseen Artritis Reumatoide.

$$H_1: \bar{X}_{\text{pretest}} \neq \bar{X}_{\text{posttest}}$$

Hipótesis 5

H₀: No existe diferencia significativa entre los resultados obtenidos en el pretest y el post test de la Subescala de Bienestar en la Relación de Pareja luego de aplicada la Terapia de Aceptación y Compromiso a una muestra de participantes que poseen Artritis Reumatoide

$$H_0: \bar{X}_{\text{pretest}} = \bar{X}_{\text{posttest}}$$

H₁: Existe diferencia significativa entre los resultados obtenidos en el pretest y el post test de la Subescala de Bienestar en la Relación de Pareja luego de aplicada la Terapia de Aceptación y Compromiso a una muestra de participantes que poseen Artritis Reumatoide.

$$H_1: \bar{X}_{\text{pretest}} \neq \bar{X}_{\text{posttest}}$$

2.6 Variables

2.6.1 Independiente:

Terapia de Aceptación y Compromiso.

2.6.1.1 Definición conceptual de la variable independiente:

Terapia de Aceptación y Compromiso: La terapia de aceptación y compromiso, es un tipo de intervención psicológica orientada a la aceptación psicológica y a los valores personales (Hayes, Strosahl y Wilson, 2015; Wilson y Luciano, 2002) que se ha desarrollado coherentemente con un marco teórico y filosófico que está a la base de esta intervención, fundamentada en investigación básica y aplicada. Es la más conocida dentro de las denominadas Terapias Contextuales o Terapias de Tercera Generación, siendo, de todas ellas, la que goza de mayor evidencia empírica.

2.6.1.2 Definición operacional de la variable independiente:

Se abordará a través de 10 sesiones, la Guía del terapeuta y libro de trabajo del paciente, La vida con dolor crónico: Un enfoque basado en la Aceptación, de los autores Kevin E. Vowles, Ph.D. y John T. Sorrell, Ph.D.

2.6.2 Dependiente

Bienestar psicológico.

2.6.2.1 Definición conceptual de la variable dependiente:

Se define como aquel sentido de felicidad que es una percepción subjetiva; aquella capacidad para reflexionar sobre la satisfacción con la vida o sobre la frecuencia e intensidad de las emociones agradables. (Sánchez-Cánovas, 2008).

2.6.2.2 Definición operacional de la variable dependiente:

La Escala de Bienestar Psicológico (EBP) permite valorar el grado de bienestar general de una persona a partir de la información subjetiva de su nivel de satisfacción en diferentes ámbitos de su vida. Consta de 65 ítems e incluye cuatro subescalas: Bienestar Psicológico Subjetivo,

Bienestar Material, Bienestar Laboral y Relaciones con la Pareja. La construcción del cuestionario EBP se ha apoyado en la recolección de una amplia cantidad de datos, permitiendo un proceso continuo de depuración y fundamentación estadística. La muestra de tipificación está formada por 1.885 sujetos y presenta unos índices de fiabilidad y validez excelentes.

La dimensión de bienestar subjetivo se refiere a la satisfacción con la vida, por un lado, y el afecto positivo y negativo, por otro, como componentes del bienestar psicológico. Los 30 ítems en esta subescala están relacionados con indicadores como satisfacción, felicidad y afectividad positiva.

La dimensión de bienestar material y económico Determinar el bienestar material y económico para una adecuada calidad de vida. Los 10 ítems en esta subescala están relacionados con indicadores de la percepción de ingresos económicos y posesiones materiales cuantificables.

La dimensión de bienestar laboral determina los niveles de satisfacción con las condiciones laborales. Los 10 ítems en esta subescala están relacionados con indicadores de la satisfacción y estrés laboral.

Y la última dimensión, bienestar en la relación de pareja, busca determinar el bienestar respecto a la relación de pareja. Los 10 ítems en esta subescala están relacionados con satisfacción y deseo sexual.

2.7 Tipo de Investigación

Este estudio es de tipo explicativo ya que se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno, en qué condiciones o por qué se relacionan dos o más variables. Es un estudio más estructurado, ya que tiene propósitos de exploración, descripción y correlación. Así como analizar la causa y efecto de la relación de las variables. (Hernández, Fernández y Baptista L, 2014)

2.8 Diseño de Investigación

El diseño de investigación es de tipo cuasiexperimental de grupo único con pretest y pos-test ya que existe una exposición, una respuesta y una hipótesis para contrastar y no hay aleatorización

de los sujetos a los grupos de tratamiento y control. Se trata de diseños que se utilizan cuando la asignación aleatoria no es posible o cuando por razones prácticas o éticas se recurre al uso de grupos naturales o preexistentes como, por ejemplo, sujetos con una determinada enfermedad. Kirk (1995)

2.9 Población y muestra

2.9.1 Población:

La población que fue seleccionada para este estudio fue de 540 Pacientes adultos afiliados a la Fundación de Artritis Reumatoide de Panamá.

2.9.2 Muestra

Para este estudio, se seleccionaron 9 participantes, ya que es la cantidad sugerida por los autores del programa. La muestra es de tipo no probabilística por conveniencia, ya que los participantes serán seleccionados en función de su accesibilidad o a criterio personal e intencional del investigador.

2.9.2.1 Criterios de Inclusión:

- Tener 18 años en adelante.
- Estar registrado en la Fundación de Artritis Reumatoide de Panamá (FUNARP)
- Ser diagnosticado por un médico especialista de la condición de artritis reumatoide.
- Poseer el diagnóstico y tratamiento de Artritis reumatoide mínimo 2 años, máximo 12.
- Obtener puntuaciones significativamente bajas en la Escala Global de Bienestar Psicológico.
- Que la persona esté de acuerdo con participar del estudio.

2.9.2.2 Criterios de Exclusión

- Ser menor a 18 años.
- No estar registrado en la Fundación de Artritis Reumatoide de Panamá (FUNARP)
- Tener una impresión diagnóstica en un tiempo mayor a 12 años, menor de dos.
- No tener diagnóstico por un especialista de la condición de artritis reumatoide.
- Obtener puntuaciones moderadas o altas en la Escala Global de Bienestar Psicológico.
- Haber recibido una terapia similar con anterioridad.
- Que la persona no esté de acuerdo con participar del estudio.

2.9.3 Instrumentos de recopilación de información

2.9.3.1 Entrevista Clínica

Una conversación y/o relación interpersonal entre dos o más personas, con unos objetivos determinados, en la que alguien solicita ayuda y otro la ofrece, lo que configura una diferencia explícita de roles en los intervinientes. Estos roles marcan una relación asimétrica, puesto que uno es el experto, el profesional, y otro es el que necesita de su ayuda. Sullivan (1955). El tipo de entrevista a utilizar es semiestructurada; estas presentan un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados. Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos.

2.9.3.2 Escala de Bienestar Psicológico

La Escala de Bienestar Psicológico (EBP) permite valorar el grado de bienestar general de una persona a partir de la información subjetiva de su nivel de satisfacción en diferentes ámbitos de su vida. Consta de 65 ítems e incluye cuatro subescalas: Bienestar Psicológico Subjetivo, Bienestar Material, Bienestar Laboral y Relaciones con la Pareja. La construcción del cuestionario EBP se ha apoyado en la recolección de una amplia cantidad de datos, permitiendo un proceso continuo de depuración y fundamentación estadística. La muestra de tipificación está formada por 1.885 sujetos y presenta unos índices de fiabilidad y validez excelentes.

Reporta coeficientes de consistencia interna Alfa de Cronbach (α) de 0,941 puntos para la escala combinada (65 ítems), y de 0,886 puntos para la escala ponderada (24 ítems). También se reportan coeficientes que oscilan entre 0,870 y 0,935 puntos para cada subescala.

Con respecto a la validez, indica una relación alta, positiva y significativa (0,899) con el Inventario de felicidad de Oxford de Argyle y moderada, significativa y positiva (0,451) con el cuestionario de Satisfacción con la vida del mismo autor. También se reportan correlaciones altas, significativas y positivas con las puntuaciones del Cuestionario de salud de Goldberg (0,623) y con la escala de Afectos positivos (0,657).

2.9.4 Programa de Intervención

El programa que se utilizará para la intervención con la Terapia de Aceptación y Compromiso, es la Guía del terapeuta y libro de trabajo del paciente, La vida con dolor crónico: Un enfoque basado en la Aceptación, de los autores Kevin E. Vowles, Ph.D. y John T. Sorrell, Ph.D

El programa consta de 10 sesiones estructuradas. Cada una con una duración aproximada de 90 minutos.

2.9.4.1 Descripción del contenido de las sesiones del programa de intervención

• Sesión 1: Introducción y Agenda de Tratamiento

Objetivos:

- 1) Brindar la oportunidad a los pacientes de familiarizarse entre sí y lo que el tratamiento pretende.
- 2) Establecer el cambio de agenda, a través del Ejercicio de Desesperanza creativa.

Actividades realizadas:

A lo largo de esta primera sesión, se abordó los aspectos en común que comparten las participantes para pertenecer al grupo. Se dio apertura a conocer su convivencia con el dolor crónico y los cambios en su vida que esto había implicado. También, se hizo espacio para conocer sus propias expectativas del programa.

Una vez cumplido este punto, se compartió las diferentes reglas que permitirían el adecuado funcionamiento a lo largo de las 10 sesiones.

Después se avanza a conocer un poco más de ellas, aspectos como su nombre, ¿dónde crecieron?, ¿cómo suelen utilizar su tiempo?, pasatiempos e interés y ¿cuáles son su metas en la vida?

Se procedió a hacer una breve psicoeducación sobre la experiencia del dolor, y en que se va a centrar el Programa “La vida con dolor crónico: Un enfoque basado en la Aceptación, de los autores Kevin E. Vowles, Ph.D. y John T. Sorrell, Ph.D.”

Posterior a este punto, se introdujo el ejercicio de Desesperanza Creativa, donde se busca conocer que mecanismos o movimientos han utilizado para lidiar con el dolor y sus consecuencias a corto y largo plazo.

Tarea:

La tarea fue diseñada para comenzar el proceso de aumentar la flexibilidad directamente, a través de abordar la agenda de cambio de las participantes. La pregunta clave con la que respondieron el registro es: “¿A dónde posiblemente podrías ir desde aquí? Si el dolor pudiera estar presente por el resto de tu vida, ¿qué podrías hacer a continuación?”

• Sesión 2: Cambio de comportamiento y atención plena.

Objetivos:

- 1) Introducir el modelo de comportamiento y el concepto de cambio de comportamiento.
- 2) Presentar la práctica de Mindfulness.

Actividades realizadas:

Se revisó la tarea asignada en la sesión anterior y se busca identificar las barreras que pudieron surgir.

Posteriormente se realizó la introducción del modelo de comportamiento y el concepto de cambio de comportamiento. Se abrió un espacio para reflexionar y comentar acerca de la relación entre dolor, estado de ánimo y funcionamiento.

Se finalizó con la introducción del Mindfulness, la práctica formal, donde se comparte la experiencia de estar presentes, atentos, junto a ejercicios de respiración.

Tarea:

Se asignó un ejercicio simple y breve de atención plena pidiendo a los participantes que se registren con ellos mismos varias veces en el transcurso del día y registrar experiencias en un diario base.

• Sesión 3: Valores- “Aprendiendo a vivir” con dolor crónico.

Objetivos:

- 1) Introducir concepto de Aceptación través del debate.
- 2) Orientar en la identificación y clarificación de valores.
- 3) Entrenar en habilidades Mindfulness

Actividades realizadas:

Se inició debatiendo con las participantes: ¿Qué significa “aceptar” el dolor crónico? Se buscó conocer qué significado, pensamientos o imágenes vienen a la cabeza. También se introduce el concepto de enfoque amplio (frente a “visión de túnel”) en este punto del tratamiento.

Posterior al debate, se trabajó en la introducción de los Valores, que puede ser el tema más importante y significativo del tratamiento entero. Para facilitar la identificación de los valores de cada una de las participantes, se reprodujo el Ejercicio “El día de mi Funeral”. Se reflexionó en grupo sobre los resultados de este ejercicio.

El último punto para abordar fue la revisión de la tarea e introducir otro ejercicio de Atención Plena. Al final, se comentó que notaron o se dieron cuenta durante el ejercicio. Se explicó la tarea.

Tarea:

- a) Completar el formulario de evaluación de valores y su calificación.
- b) Practicar la atención plena a diario.

• Sesión 4: Clarificación de valores y metas- Valores y Acciones.

Objetivos:

- 1) Orientar en la clarificación de los valores.
- 2) Identificar las barreras que pueden aparecer en los movimientos que desean realizar hacia sus valores.
- 3) Establecer metas e introducir acciones comprometidas.
- 4) Entrenar en habilidades Mindfulness.

Actividades realizadas:

Se inició revisando la tarea asignada en la sesión anterior. Se indagó en las similitudes y diferencias que se encuentra entre ellas y se procede a orientar en diferenciar los valores de las metas.

Se dio apertura a hablar sobre las posibles barreras que pueden identificarse, se acompañó esta actividad con la Metáfora de la Burbuja en la Carretera junto con una hoja de registro de valores y barreras.

Al avanzar al punto de metas y acciones, se instruyó que las metas que establezcan deben ser específicas, medibles, realistas y consistentes con los valores de vida identificados. Se procedió a ilustrar con ejemplos estas indicaciones.

Una vez llegado el final, se realizó una práctica breve de atención plena, se comparten las conclusiones junto con la asignación de la tarea de la semana.

Tarea:

a) La hoja de trabajo de tarea pide a las participantes que identifiquen tres valores, tres objetivos relacionados y tres acciones por cada objetivo.

b) Práctica diaria de 10 o 15 minutos de Atención plena.

• Sesión 5: Defusión- Impulsos, pensamientos y sentimientos.

Objetivos:

- 1) Revisar la tarea asignada.
- 2) Identificar las barreras y dificultades en el establecimiento de metas y acciones.

3) Desactivar las amenazas del lenguaje a través de ejercicios para entrenar en la habilidad de la Defusión de pensamientos.

4) Entrenar en habilidades Mindfulness

Actividades realizadas:

Se inició comentando lo avanzado en la asignación anterior, cuales observaciones pueden hacer al respecto. También se conversó sobre la tendencia humana para establecer muchas actividades o metas/acciones que son muy grandes y escasamente definidas.

Se mostró los gráficos referentes al Ciclo de actividades o “Montaña rusa de Actividades” que ilustra como en anteriores ocasiones se han dejado de lado algunas actividades de bienestar y cuáles son las posibles alternativas para mejorar esta barrera.

Una vez realizado esta orientación, se procedió a introducir el concepto de Defusión. Se utilizó, para mayor comprensión, un recurso audiovisual y el ejercicio de Dicotomía Pero/Y. Se comentó la experiencia. Se cerró esta actividad, con el recurso audiovisual “Los pensamientos son pasajeros”.

Se cerró la sesión con la práctica de Atención Plena y la asignación de la próxima sesión.

Tarea:

La tarea estuvo destinada a comenzar parte del trabajo relacionado con la Acción comprometida y permitir que las barreras surjan y sean identificadas. Además, puede servir como pista para ser consciente de las acciones y sus consecuencias.

• Sesión 6: Acción comprometida- Poner los pies en movimiento.

Objetivos:

- 1) Revisar el progreso del tratamiento y áreas de preocupación.
- 2) Reconocer la dificultad del proceso de cambio.
- 3) Planificar las actividades hacia la Acción comprometida.

Actividades realizadas:

La sesión inició realizando un repaso del proceso del tratamiento; las participantes toman un momento para reflexionar sobre: ¿Qué han aprendido?, ¿Qué han hecho diferente?, ¿Qué consideran aun necesitan cambiar? y ¿Qué cuestiones importantes aún no se han abordado?

Se les presentó la actividad y Metáfora “Brújula de Valores”, la cual busca ilustrar la dirección hacia la cual uno se mueve en la vida. Los valores guían la dirección del comportamiento y las metas.

Tarea:

- a) Registro de comportamiento. Necesario para que comiencen las participantes a moverse, más cerca de tomar decisiones independientes sobre la actividad.

• Sesión 7: Voluntad-Compromiso.

Objetivos:

-Introducir el concepto de voluntad y dificultades que pueden aparecer con la misma.

-Reconocer las posibles barreras que puedan aparecer.

-Comprometerse con los valores y sus acciones.

Actividades realizadas:

A lo largo de esta sesión, se supervisó las acciones y movimientos hacia los valores de cada una de las participantes; dieron a conocer los avances, pero también las barreras encontradas. Se abordaron aspectos desde el concepto de voluntad.

El siguiente punto para desarrollar, estuvo relacionado a la psicoeducación del Sufrimiento primario y secundario: El sufrimiento primario se define como la lesión inicial: es inherente a la vida. El sufrimiento secundario se da como reacción al daño inicial. El sufrimiento primario no es una elección; el sufrimiento secundario sí.

Se comentó en torno a elecciones, libertad de comportamiento y vivir una vida valiosa. Se utilizó el recurso audiovisual “El invitado indeseado”.

Se realizó ejercicio dirigido de Atención Plena mientras caminan. Se cerró la sesión con la instrucción de aplicar la voluntad y seguirse moviendo hacia sus valores respecto a las actividades seleccionadas.

Tarea:

No hay verdadera "tarea" esta semana. Es de esperar que estén en un punto de hacer sus propias decisiones sobre lo que funciona mejor para cada una. Se recomendó continuar tomando acción comprometida con sus metas y valores. Al igual de continuar con práctica de atención plena.

• **Sesión 8: Resumen y Conclusiones – Mantenimiento de por vida.**

Objetivos:

- Fortalecer el compromiso con los valores y sus acciones.
- Introducir el concepto de Recaídas a través de la preparación.

Actividades realizadas:

Se supervisó los movimientos que se han realizado en beneficio de vivir sus valores identificados. Así mismo las barreras que pudieron aparecer en el transcurso de la semana.

Se incluyó un ejercicio final de valores para reforzar la identificación de valores en un manera no evasiva y no defensiva. Cada una de las participantes mencionó sus valores identificados, mientras todas las demás estuvieron presentes y focalizadas en el compartir.

Si los otros miembros del grupo sienten esa evitación, actitud defensiva, racionalidad, entre otros, están involucrados en la declaración, pueden proporcionar alguna retroalimentación (suavemente) y pedirle al individuo que haga la declaración de valores nuevamente.

Después de este punto, se abordó el tema de recaídas y contratiempos: desde una perspectiva de preparación, no prevención, dada la naturaleza crónica del dolor. Se elaboraron tarjetas, que permitieron hacer un ejercicio para explicar lo que se puede hacer con estos pensamientos de fusión (a menudo creíbles) y preocupaciones.

Se finalizó con un ejercicio de Atención Plena desde la práctica informal.

Tarea:

No hay verdadera "tarea" esta semana. Es de esperar que estén en un punto de hacer sus propias decisiones sobre lo que funciona mejor para cada una. Se recomendó continuar tomando acción comprometida con sus metas y valores. Al igual de continuar con práctica de atención plena. Es opcional exponerse a las tarjetas, dependiendo de sus propias necesidades.

• Sesión 9: Cierre- Mantenimiento de por vida

La sesión se focalizó como una oportunidad para revisar el tratamiento, planificar para el futuro y despedirnos. También fue una buena oportunidad para revisar la acción comprometida como una "asignación de por vida" y/o proporcionar tiempo para completar las medidas de evaluación posteriores al tratamiento.

• Sesión 10: Seguimiento

Sesión dedicada a revisar los éxitos, fallos y mejoras. Al mismo tiempo, se reforzó las orientaciones y herramientas brindadas.

2.9.5 Descripción de los Materiales del programa de intervención

1. Guía del terapeuta y libro de trabajo del paciente, La vida con dolor crónico: Un enfoque basado en la Aceptación, de los autores Kevin E. Vowles, Ph.D. y John T. Sorrell, Ph.D.

2.10 Análisis estadístico de los resultados

Para evaluar la efectividad del programa, se trabajó con estadísticas descriptivas como medias, desviación estándar, así como también, con frecuencias y porcentajes. Por otra parte, también se hizo uso de estadísticas inferenciales para poder dar respuestas a las hipótesis planteadas.

También se aplicó la prueba de normalidad Shapiro Wilk para conocer si los datos se distribuían normalmente, demostrando de esta manera, el uso de pruebas no paramétricas como la prueba para dos muestras relacionadas Wilcoxon.

Para efectuar la prueba correspondiente, se utilizó el IBM Spss statistics 25, es un software popular utilizado para realizar la captura y análisis de datos para crear tablas y gráficas con data compleja. Aunado al programa de Microsoft Excel.

Al aplicar la prueba correspondiente a la muestra se utilizará el siguiente criterio para definir si las diferencias son significativas o no, utilizando un nivel de significancia de a 0.05.

Regla de decisión:

Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0 , Si $p > 0.05$ se acepta H_0

2.11 Marco ético

Este estudio fue diseñado cumpliendo con los derechos humanos y las normas éticas, tanto nacionales como internacionales. En nuestro país e institución, es el Comité de Bioética de la Universidad de Panamá (CBUP) la autoridad encargada de realizar esta revisión. La cual ha

tomado en cuenta los derechos de los participantes. Por lo cual, los datos de los participantes se mantendrán bajo confidencialidad y en anonimato, para que no se pueda identificar al participante. En dicho trabajo los resultados serán expresados de manera general y no se detallará qué resultados pertenecen a cada persona, para guardar su confidencialidad.

También es importante resaltar que, respetando los derechos de las personas participantes, se les dará acceso a todos los participantes, sus resultados individuales, una vez culmine el proceso de investigación.

2.12 Procedimiento

1. Se conversa con la directora de la Fundación de Artritis Reumatoide de Panamá (FUNARP), Emma Pinzón, sobre el interés de realizar una investigación con las personas pertenecientes a este grupo, recibiendo una respuesta positiva de su parte.
2. Se elabora el anteproyecto de investigación, el cual procede a ser revisado tanto por la Comisión Académica de Investigación de la Facultad de Psicología como por el Comité de Bioética de la Universidad de Panamá.
3. Una vez recibida la aprobación, se procede a confirmar con FUNARP y empezar la difusión a través de un anuncio, por los distintos grupos que maneja la Fundación.
4. Se recibieron alrededor de 27 postulaciones al estudio, por lo que se procede a verificar si cumplían con los criterios de inclusión.
5. Se les presentó el Consentimiento informado y posteriormente se procedió a la firma.

6. Se les aplicó la Escala de Bienestar Psicológico de Sánchez y Cánovas, donde solo 11 obtuvieron resultados significativos que le permitían integrarse en el estudio.
7. Se les aplicó la entrevista clínica a las participantes seleccionadas. A las postulantes que no pudieron integrarse al estudio, se les entregó los resultados y el motivo por el cual no ingresaron.
8. Una vez obtenidos estos datos, se establece junto a las 10 participantes, el calendario con las fechas para realizar las 10 sesiones y el lugar.
9. Al iniciar el primer encuentro, nos encontramos con que 1 participante desertó debido a incompatibilidad de horarios y dificultad para la movilización.
10. Se inició la aplicación del programa, nueve sesiones distribuidas una por semana, y la décima, un mes después de la novena sesión. Se aplicó nuevamente la Escala de Bienestar Psicológico de José Sánchez Cánovas.
11. Se procedió a realizar la entrega de resultados a las participantes del estudio.
12. Se analizaron los datos que se obtuvieron y se ejecutaron los procedimientos estadísticos pertinentes para contestar a las preguntas e hipótesis de investigación.
13. Se elabora la discusión de los resultados, conclusiones y las recomendaciones.
14. El proyecto es revisado y posterior a su aprobación, se procede a cumplir con los pasos para realizar la exposición de los resultados.

CAPÍTULO III
Presentación y Análisis de
resultados

Al recopilarse los datos obtenidos de la Escala de Bienestar Psicológico, se procedió a analizar los resultados que se presentan a continuación a través de tablas y gráficas.

3.1 Características generales de la población investigada

La Escala de Bienestar Psicológico fue aplicada a veinticuatro participantes femeninas, que son pertenecientes a la Fundación de Artritis Reumatoide de Panamá (FUNARP) y que estuvieron de acuerdo con ser parte del estudio.

Tabla 1.

Distribución de frecuencia de la Escala de Bienestar Psicológico de José Sánchez Cánovas en una muestra de mujeres adultas que poseen el Diagnóstico de Artritis Reumatoide.

Puntaje Percentil	Significado	Sujetos	Porcentaje
97 a 99	Muy alto	0	0%
85 a 96	Alto	2	8.30%
71 a 84	Medio alto	1	4.20%
30 a 70	Medio	11	45.80%
17 a 29	Medio bajo	4	16.70%
4 a 16	Bajo	3	12.50%
1 a 3	Muy Bajo	3	12.50%
	Total	24	100%

Fuente: Elaborado por Álvarez, 2022. Datos recolectados a partir de la Escala de Bienestar Psicológico de José Sánchez Cánovas.

Tal como se observa en la Tabla 1, de las 24 participantes que se le aplicó la Escala de Bienestar Psicológico, el 12.50% presentó niveles muy bajos, el 12.50% niveles bajos, el 16.70% niveles medio bajo. Por otra parte, la mayoría se ubicó en percentiles entre 30 a 70, representando el

45.80%. Las puntuaciones medio alta y alta fueron representadas con el 4.20% y 8.30% respectivamente.

Para efecto de la investigación se tomó en cuenta a las participantes que obtuvieron puntuaciones iguales o menores del Percentil 25. La muestra inició con diez participantes, pero hubo una pérdida producto de dificultades para asistir a las sesiones. A continuación, se presenta un cuadro descriptivo de la población a estudiar dentro de la investigación.

Tabla 2.

Distribución de frecuencia según la edad en una muestra de participantes que poseen artritis reumatoide

Edad	Sujetos	Porcentaje
25-35	5	55.60%
36-45	1	11.10%
46-55	3	33.30%
Total	9	100.00%

Fuente: Elaborado por Álvarez, 2022. Datos recolectados a partir de la Escala de Bienestar Psicológico de José Sánchez Cánovas.

La muestra está compuesta por 9 personas pertenecientes a la Fundación de Artritis Reumatoide de Panamá (FUNARP). Dentro de esta muestra existen diversas edades con las cuales se trabajará, distribuidas de la siguiente manera: el 55.6% tiene entre 25 y 35 años, 11.10% tiene entre 36 a 45 años y el 33.3% tiene entre 46 y 55 años. La distribución en cuanto al sexo, no se consideró relevante describirla, ya que todas las participantes fueron mujeres; no hubo hombres interesados en participar del estudio.

3.1.1 Análisis de los resultados de la muestra

3.1.1.1 Puntajes del pretest y post test de la Escala Total de Bienestar Psicológico

Tabla 3.

Distribución de frecuencia de la Escala de Bienestar Psicológico de José Sánchez Cánovas en una muestra de participantes que poseen Artritis Reumatoide

Puntaje (Pc)	Significado	Pretest		Postest	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
97 a 99	Muy alto	0	0%	0	0%
85 a 96	Alto	0	0%	1	11.1%
71 a 84	Medio alto	0	0%	1	11.1%
30 a 70	Medio	0	0%	5	55.6%
17 a 29	Medio bajo	4	44.4%	2	22.2%
4 a 16	Bajo	3	33.3%	0	0%
1 a 3	Muy Bajo	2	22.2%	0	0%
	Total	9	100%	9	100%

Fuente: Elaborado por Álvarez, 2022. Datos obtenidos a partir de la Escala de Bienestar Psicológico de José Sánchez Cánovas.

En la Tabla 3, se observa los puntajes obtenidos en la Escala de Bienestar Psicológico, del total de 9 participantes que culminaron el estudio, al aplicarse el programa basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso. Antes de la aplicación del programa «La vida con dolor crónico: Un enfoque basado en la aceptación», el 44.4% de la muestra obtuvo una puntuación medio baja, el 33.3% un bienestar psicológico bajo y el 22.2%, una puntuación muy baja.

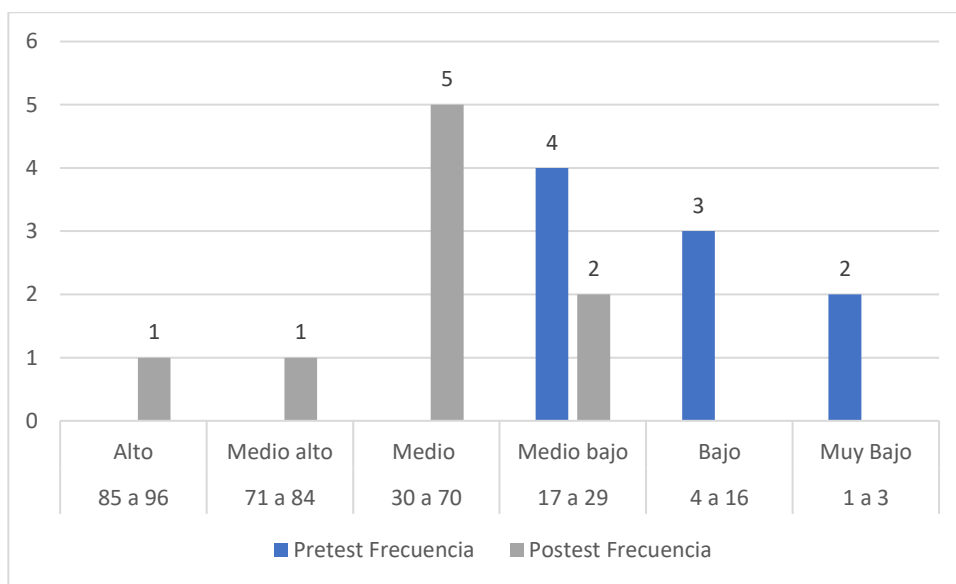
Posterior a la aplicación del programa «La vida con dolor crónico: Un enfoque basado en la Aceptación», se denota la siguiente distribución: el 22.2% obtuvo puntajes medio bajo, el

55.6% alcanzaron un nivel medio, el 11.1% obtuvo puntuaciones medio alto y el otro 11.1% alcanzó un nivel alto. Por lo que podemos decir, que antes de la aplicación del programa, las participantes se encontraban en niveles predominantemente bajos en un 100%. Al finalizar el programa, encontramos una distribución donde 22.2% se encuentra en un nivel medio bajo, mientras que el 77.8% se moviliza hacia la media y algunos, a niveles superiores.

Para ilustrar esta distribución antes y después de la aplicación del programa, observe la siguiente gráfica.

Gráfico 1.

Puntuaciones del pretest y postest de la Escala de Bienestar Psicológico de José Sánchez Cánovas aplicado a una muestra de participantes que poseen artritis reumatoide.



Fuente: Elaborado por Álvarez, 2022. Datos obtenidos a partir de la Escala de Bienestar Psicológico de José Sánchez Cánovas.

Se observa que las puntuaciones antes de la aplicación se encuentran en categorías descriptivas como muy bajo, bajo y medio bajo. Una vez aplicado el programa, al realizar la evaluación, se nota una distribución ascendente hacia puntuaciones medias a altas.

3.1.1.2 Puntajes del Pretest y post Test de las subescalas de Bienestar Psicológico de José Sánchez Cánovas

3.1.1.2.1 Subescala de bienestar subjetivo

Tabla 4.

Distribución de frecuencia del pretest y postest en la subescala de bienestar subjetivo aplicado a una muestra de participantes que poseen artritis reumatoide.

Puntaje	Significado	Pretest		Postest	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
97 a 99	Muy alto	0	0%	0	0%
85 a 96	Alto	0	0%	2	22.2%
71 a 84	Medio alto	0	0%	0	0%
30 a 70	Medio	3	33.3%	4	44.4%
17 a 29	Medio bajo	1	11.1%	2	22.2%
4 a 16	Bajo	1	11.1%	1	11.1%
1 a 3	Muy Bajo	4	44.4%	0	0%
	Total	9	100%	9	100%

Fuente: Elaborado por Álvarez, 2022. Datos obtenidos a partir de la Escala de Bienestar Psicológico de José Sánchez Cánovas.

En la Tabla 4, se observa los puntajes obtenidos en la subescala de bienestar subjetivo, del total de 9 participantes que culminaron el estudio, al aplicarse el programa basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso. Antes de la aplicación del programa «La vida con dolor crónico: Un enfoque basado en la Aceptación», el 33.3% de la muestra obtuvo una puntuación media, el 11.1% medio bajo, otro 11.1% bajo y el 44.4%, una puntuación muy baja.

Posterior a la aplicación del programa, se observa la siguiente distribución: el 22.2% obtuvo puntajes altos, el 44.4% alcanzaron un nivel medio, el 22.2% obtuvo puntuaciones medio bajo y el otro 11.1% alcanzó un nivel bajo. Por lo que podemos decir, que antes de la aplicación del

programa, las participantes se encontraban en niveles medios y bajos en un 100%. Al finalizar el programa, encontramos una distribución en diferentes niveles, con tendencia ascendente.

3.1.1.2.2 Subescala de bienestar material

Tabla 5

Distribución de frecuencia del pretest y postest en la subescala de bienestar material aplicado a una muestra de participantes que poseen artritis reumatoide

Puntaje (Pc)	Significado	Pretest		Postest	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
97 a 99	Muy alto	0	0%	0	0%
85 a 96	Alto	0	0%	1	11.1%
71 a 84	Medio alto	0	0%	4	44.4%
30 a 70	Medio	6	66.7%	4	44.4%
17 a 29	Medio bajo	0	0%	0	0%
4 a 16	Bajo	3	33.3%	0	0%
1 a 3	Muy Bajo	0	0%	0	0%
	Total	9	100%	9	100%

Fuente: Elaborado por Álvarez, 2022. Datos obtenidos a partir de la Escala de Bienestar Psicológico de José Sánchez Cánovas.

En la Tabla 5, se observa los puntajes obtenidos en la subescala de bienestar material, del total de 9 participantes que culminaron el estudio, al aplicarse el programa basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso. Antes de la aplicación del programa «La vida con dolor crónico: Un enfoque basado en la Aceptación», el 66.7% de la muestra obtuvo una puntuación media mientras que el 33.3% fueron puntuaciones bajas.

Posterior a la aplicación del programa, se observa la siguiente distribución: el 44.4% obtuvo puntajes medios, otro 44.4% alcanzaron un nivel medio alto y un 11.1% obtuvo un resultado alto. Por lo que podemos decir, que antes de la aplicación del programa, las participantes se encontraban, en su mayoría, en niveles medios; también hubo quienes se encontraron en niveles bajos. Al finalizar el programa, encontramos una distribución con tendencia ascendente a partir del nivel medio.

3.1.1.2.3 Subescala de bienestar laboral

Tabla 6

Distribución de frecuencia del pretest y postest en la subescala de bienestar laboral aplicado a una muestra de participantes que poseen artritis reumatoide.

Puntaje	Significado	Pretest		Postest	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
97 a 99	Muy alto	0	0%	0	0%
85 a 96	Alto	0	0%	2	22%
71 a 84	Medio alto	0	0%	2	22%
30 a 70	Medio	6	67%	4	44%
17 a 29	Medio bajo	1	11%	1	11%
4 a 16	Bajo	1	11%	0	0%
1 a 3	Muy Bajo	1	11%	0	0%
	Total	9	100%	9	100%

Fuente: Elaborado por Álvarez, 2022. Datos obtenidos a partir de la Escala de Bienestar Psicológico de José Sánchez Cánovas.

En la Tabla 6, se observa los puntajes obtenidos en la subescala de bienestar material, del total de 9 participantes que culminaron el estudio, al aplicarse el programa basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso. Antes de la aplicación del programa «La vida con dolor crónico:

Un enfoque basado en la Aceptación», el 67% de la muestra obtuvo una puntuación media mientras que el 11% obtuvo una puntuación medio baja, otro 11% se encontró en un nivel bajo y muy bajo.

Posterior a la aplicación del programa, se observa la siguiente distribución: el 44.4% obtuvo puntajes medios, un 22% alcanzaron un nivel medio alto y otro 22.2% obtuvo un resultado alto. Un 11% de la muestra, obtuvo puntuaciones medio bajo. Por lo que podemos decir, que antes de la aplicación del programa, las participantes se encontraban, en su mayoría, en niveles medios; también hubo quienes se encontraron en niveles bajos. Al finalizar el programa, encontramos una distribución con tendencia ascendente a partir del nivel medio.

3.1.1.2.4 Subescala de bienestar en la relación de pareja

Tabla 7

Distribución de frecuencia del pretest y postest en la subescala de bienestar de la relación de pareja aplicado a una muestra de participantes que poseen artritis reumatoide

Puntaje	Significado	Pretest		Postest	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
97 a 99	Muy alto	0	0%	0	0%
85 a 96	Alto	0	0%	0	0%
71 a 84	Medio alto	0	0%	1	11.1%
30 a 70	Medio	1	11.1%	5	55.6%
17 a 29	Medio bajo	2	22.2%	3	33.3%
4 a 16	Bajo	4	44.4%	0	0%
1 a 3	Muy Bajo	2	22.2%	0	0%
	Total	9	100%	9	100%

Fuente: Elaborado por Álvarez, 2022. Datos obtenidos a partir de la Escala de Bienestar Psicológico de José Sánchez Cánovas.

En la Tabla 7, se observa los puntajes obtenidos en la subescala de bienestar material, del total de 9 participantes que culminaron el estudio, al aplicarse el programa basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso. Antes de la aplicación del programa «La vida con dolor crónico: Un enfoque basado en la Aceptación», el 22.2% de la muestra obtuvo una puntuación muy baja mientras que el 44.4% obtuvo una puntuación baja, otro 22.2% se encontró en un nivel medio bajo y solo un 11.1% obtuvo resultados que la ubicaban en un nivel medio.

Posterior a la aplicación del programa, se observa la siguiente distribución: el 33.3% obtuvo puntajes medio bajo, un 55.6% alcanzaron un nivel medio y otro 11.1% obtuvo un resultado medio alto. Por lo que podemos decir, que antes de la aplicación del programa, las participantes se encontraban, en su mayoría, en niveles bajos; al finalizar el programa, encontramos una distribución con tendencia ascendente a partir del nivel medio bajo.

3.2 Evaluación de la efectividad del programa de intervención reflejada en los resultados de la Escala de Bienestar Psicológico

3.2.1 Escala de Bienestar Psicológico total

Tabla 8.

Estadística descriptiva del pretest y postest en la Escala de Bienestar Psicológico aplicado a una muestra de participantes que poseen Artritis Reumatoide

Participantes	Pretest	Postest
P1	25	40
P2	25	75
P3	4	30
P4	1	25
P5	25	85
P6	25	65
P7	4	45
P8	1	25
P9	5	55
Total	9	9
Media	12.78	49.44
Mediana	5	45
Máximo	25	85
Mínimo	1	25
Desv. Típ	11.67	22

Fuente: Elaborado por Álvarez, 2022. Datos obtenidos a partir de la Escala de Bienestar Psicológico de José Sánchez Cánovas.

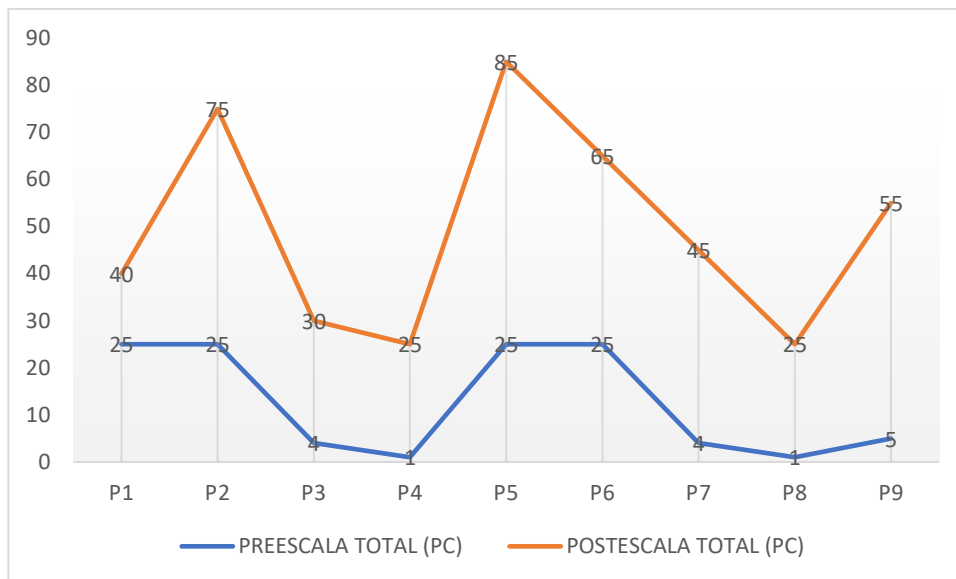
Podemos observar en la tabla 8, los resultados obtenidos del Pretest y Postest en la Escala de Bienestar Psicológico, se denota que el puntaje mínimo en el pretest fue de 1, lo cual implica que se encuentra en una categoría muy bajo y el máximo fue de 25, cuya categoría es medio bajo. Por otra parte, en el postest, el puntaje mínimo fue de 25, que indica estar en una categoría medio baja, y el máximo fue 85, perteneciente a una categoría alta.

Es importante mencionar que, en el pretest, la muestra obtuvo un puntaje promedio de 12.78, lo que es una categoría baja y en el postest, de 49.44 lo que indica una categoría promedio de bienestar psicológico total.

Es posible que el puntaje de la escala de bienestar psicológico total, en el pretest, se encuentre a ± 11.67 puntos y el puntaje postest, a $22 \pm$ puntos. Se muestra en el gráfico 2 las puntuaciones obtenidas por la muestra, en pretest y postest de la escala total de bienestar psicológico.

Gráfico 2

Puntuaciones del pretest y postest de la Escala total de Bienestar Psicológico de José Sánchez Cánovas en mujeres con artritis reumatoide.



Fuente: Elaborado por Álvarez, 2022. Datos obtenidos a partir de la Escala de Bienestar Psicológico de José Sánchez Cánovas.

3.2.2 Subescala Bienestar subjetivo

Tabla 9.

Estadística descriptiva del pretest y postest en la Subescala de Bienestar Subjetivo aplicado a una muestra de participantes que poseen artritis reumatoide

Participantes	Pretest	Postest
P1	20	35
P2	60	85
P3	2	15
P4	1	20
P5	55	90
P6	50	60
P7	2	30
P8	1	20
P9	5	30
Total	9	9
Media	21.78	42.78
Mediana	5	30
Máximo	60	90
Mínimo	1	15
Desv. Típ	25.719	28.517

Fuente: Elaborado por Álvarez, 2022. Datos obtenidos a partir de la Escala de Bienestar Psicológico de José Sánchez Cánovas.

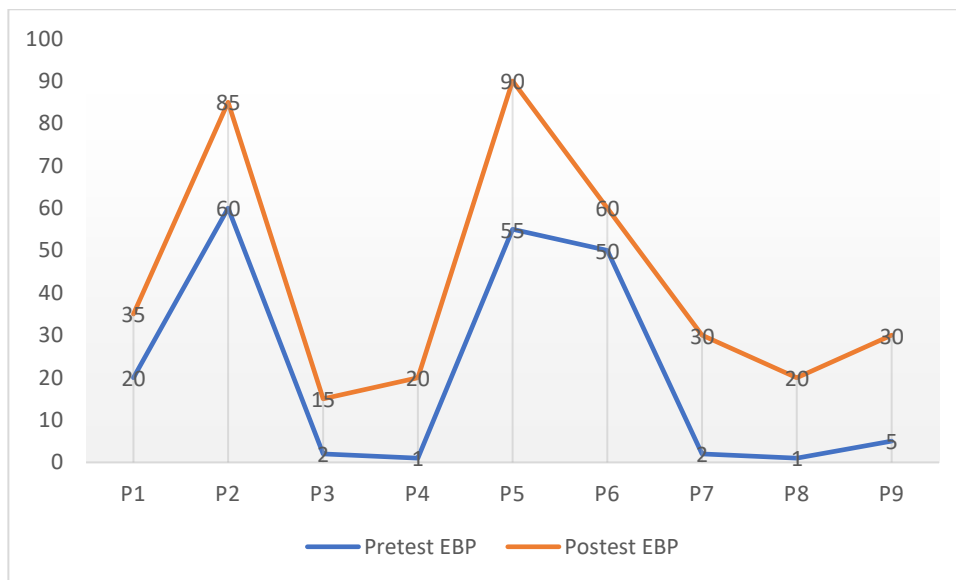
En la Tabla 9, los resultados obtenidos del Pretest y Postest en la subescala de bienestar subjetivo, se denota que el puntaje mínimo en el pretest fue de 1, lo cual implica que se encuentra en una categoría muy bajo y el máximo fue de 60, cuya categoría es medio. Por otra parte, en el postest, el puntaje mínimo fue de 15, que indica estar en una categoría baja, y el máximo fue 90, perteneciente a una categoría alta.

Es importante mencionar que, en el pretest, la muestra obtuvo un puntaje promedio de 21.78, lo que es una categoría media baja y en el postest, de 49.44 lo que indica una categoría promedio de bienestar subjetivo.

Es posible que el puntaje de la escala de bienestar subjetivo en el pretest, se encuentre a ± 25.72 puntos y el puntaje postest, a ± 28.52 puntos. Se muestra en el gráfico 3 las puntuaciones obtenidas por la muestra, en pretest y postest de la subescala de bienestar subjetivo.

Gráfico 3.

Puntuaciones del pretest y postest de la subescala de bienestar subjetivo en mujeres con artritis reumatoide.



Fuente: Elaborado por Álvarez, 2022. Datos obtenidos a partir de la Escala de Bienestar Psicológico de José Sánchez Cánovas.

3.2.3 Subescala Bienestar material

Tabla 10

Estadística descriptiva del pretest y postest en la Subescala de Bienestar Material aplicado a una muestra de participantes que poseen Artritis Reumatoide

Participantes	Pretest	Postest
P1	70	75
P2	5	50
P3	70	75
P4	5	45
P5	50	90
P6	35	75
P7	40	60
P8	5	30
P9	60	75
Total	9	9
Media	37.78	63.89
Mediana	40	75
Máximo	70	90
Mínimo	5	30
Desv. Típ	27.28	19

Fuente: Elaborado por Álvarez, 2022. Datos obtenidos a partir de la Escala de Bienestar Psicológico de José Sánchez Cánovas.

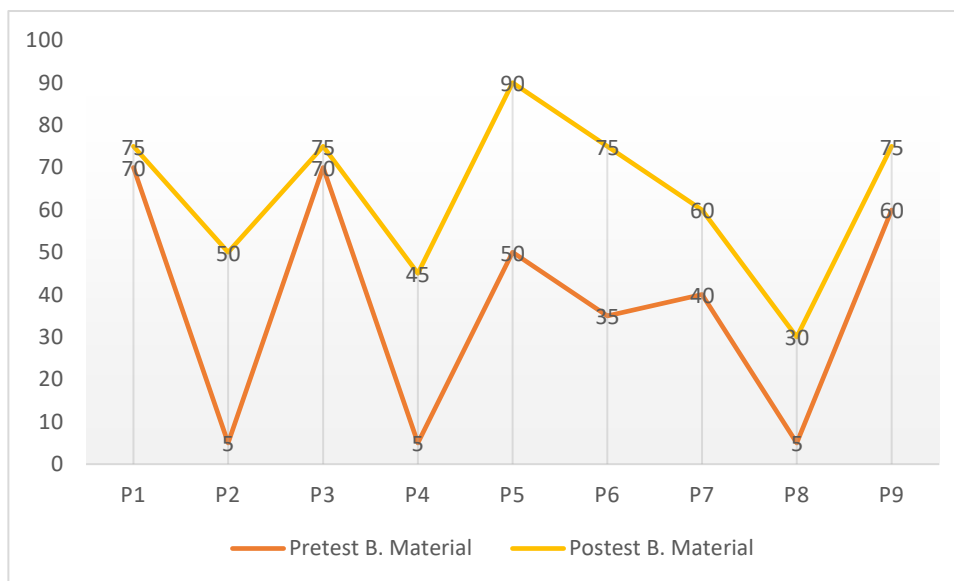
En la Tabla 10, los resultados obtenidos del Pretest y Postest en la subescala de bienestar subjetivo, se denota que el puntaje mínimo en el pretest fue de 5, lo cual implica que se encuentra en una categoría baja y el máximo fue de 70, cuya categoría es medio. Por otra parte, en el postest, el puntaje mínimo fue de 30, que indica estar en una categoría media, y el máximo fue 90, perteneciente a una categoría alta.

Es importante mencionar que, en el pretest, la muestra obtuvo un puntaje promedio de 37.78, lo que es una categoría media y en el postest, de 63.89 la cual también pertenece a una categoría promedio de bienestar material.

Es posible que el puntaje de la escala de bienestar subjetivo en el pretest se encuentre a ± 27.28 puntos y el puntaje postest, a ± 19 puntos. Se muestra en el gráfico 4 las puntuaciones obtenidas por la muestra, en pretest y postest de la subescala de bienestar material.

Gráfica 4.

Puntuaciones del pretest y postest de la subescala de bienestar material en mujeres con artritis reumatoide.



Fuente: Elaborado por Álvarez, 2022. Datos obtenidos a partir de la Escala de Bienestar Psicológico de José Sánchez Cánovas.

3.2.4 Subescala Bienestar laboral

Tabla 11.

Estadística descriptiva del pretest y postest en la Subescala de Bienestar Laboral aplicado a una muestra de participantes que poseen Artritis Reumatoide

Participantse	Pretest	Postest
P1	65	80
P2	40	40
P3	65	80
P4	5	25
P5	40	90
P6	20	60
P7	50	85
P8	1	40
P9	45	55
Total	9	9
Media	36.78	61.67
Mediana	40	60
Máximo	65	90
Mínimo	1	25
Desv. Típ	23.52	23.32

Fuente: Elaborado por Álvarez, 2022. Datos obtenidos a partir de la Escala de Bienestar Psicológico de José Sánchez Cánovas.

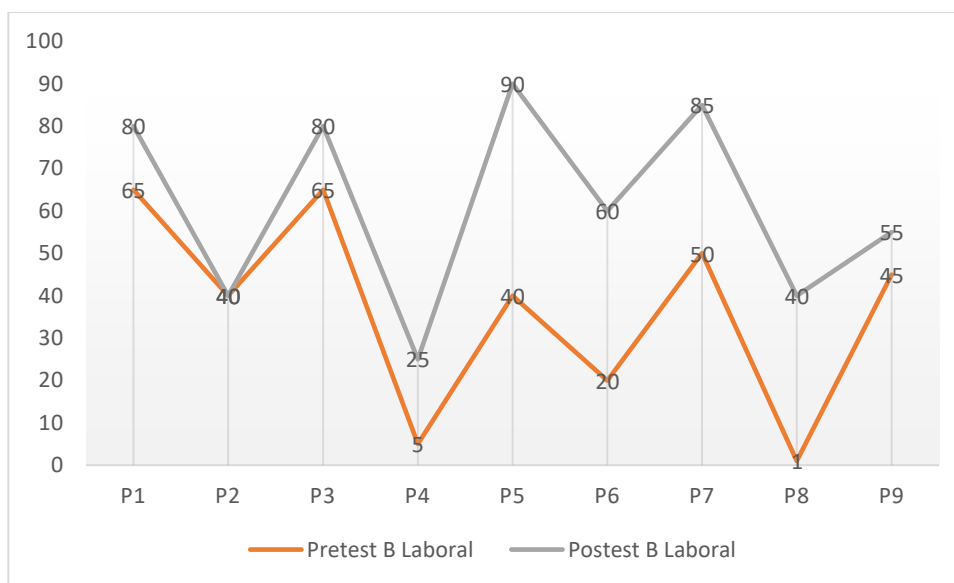
En la tabla 11, los resultados obtenidos del Pretest y Postest en la subescala de bienestar laboral, se denota que el puntaje mínimo en el pretest fue de 1, lo cual implica que se encuentra en una categoría muy baja y el máximo fue de 65, cuya categoría es medio. Por otra parte, en el postest, el puntaje mínimo fue de 25, que indica estar en una categoría medio bajo, y el máximo fue 90, perteneciente a una categoría alta.

Es importante mencionar que, en el pretest, la muestra obtuvo un puntaje promedio de 36.78, lo que es una categoría media y en el postest, de 61.67 la cual también pertenece a una categoría promedio de bienestar laboral.

Es posible que el puntaje de la escala de bienestar laboral en el pretest, se encuentre a ± 23.52 puntos y el puntaje postest, a ± 23.32 puntos. Se muestra en el gráfico 5 las puntuaciones obtenidas por la muestra, en pretest y postest de la subescala de bienestar laboral.

Gráfica 5

Puntuaciones del pretest y postest de la subescala de bienestar laboral en mujeres con artritis reumatoide.



Fuente: Elaborado por Álvarez, 2022. Datos obtenidos a partir de la Escala de Bienestar Psicológico de José Sánchez Cánovas.

3.2.5 Subescala Bienestar en la relación de pareja

Tabla 12

Estadística descriptiva del pretest y postest en la Subescala de Bienestar en la Relación de Pareja aplicado a una muestra de participantes que poseen Artritis Reumatoide

Participantes	Pretest	Postest
P1	15	20
P2	15	90
P3	5	20
P4	1	70
P5	1	20
P6	20	60
P7	20	45
P8	10	35
P9	40	65
Total	9	9
Media	14.11	47.22
Mediana	15	45
Máximo	40	90
Mínimo	1	20
Desv. Típ	12.17	25.51

Fuente: Elaborado por Álvarez, 2022. Datos obtenidos a partir de la Escala de Bienestar Psicológico de José Sánchez Cánovas.

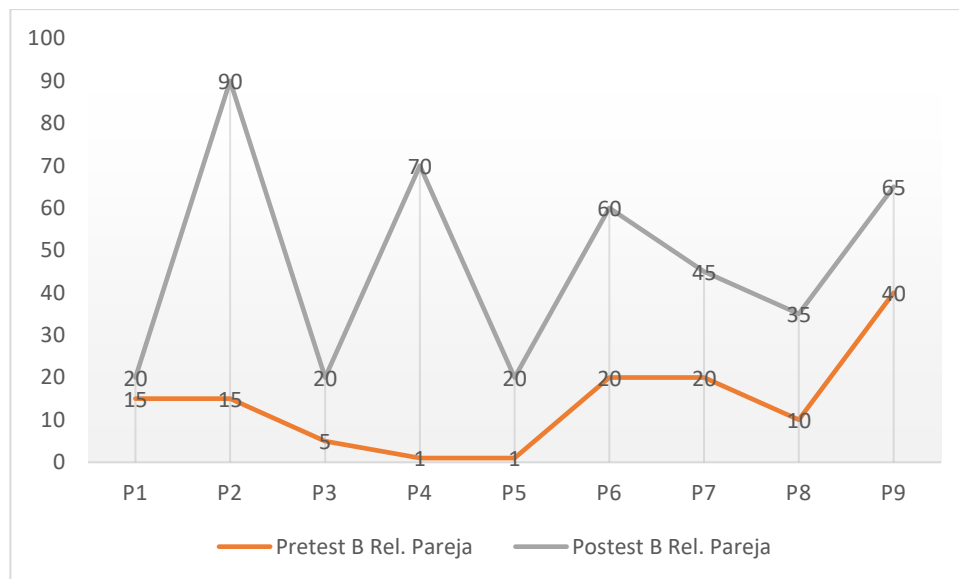
En la Tabla 12, los resultados obtenidos del Pretest y Postest en la subescala de bienestar en la relación de pareja, se denota que el puntaje mínimo en el pretest fue de 1, lo cual implica que se encuentra en una categoría muy baja y el máximo fue de 40, cuya categoría es medio. Por otra parte, en el postest, el puntaje mínimo fue de 20, que indica estar en una categoría medio bajo, y el máximo fue 90, perteneciente a una categoría alta.

Es importante mencionar que, en el pretest, la muestra obtuvo un puntaje promedio de 14.11, lo que es una categoría baja y en el postest, de 47.22 la cual pertenece a una categoría promedio de bienestar en la relación de pareja.

Es posible que el puntaje de la escala de bienestar laboral en el pretest, se encuentre a ± 12.17 puntos y el puntaje postest, a ± 25.51 puntos. Se muestra en el gráfico 6 las puntuaciones obtenidas por la muestra, en pretest y postest de la subescala de bienestar en la relación de pareja.

Grafica 6.

Puntuaciones del pretest y postest de la subescala de bienestar en la relación de pareja en mujeres con artritis reumatoide.



Fuente: Elaborado por Álvarez, 2022. Datos obtenidos a partir de la Escala de Bienestar Psicológico de José Sánchez Cánovas.

3.3 Hipótesis general

La terapia de Aceptación y Compromiso aumentará los niveles de Bienestar Psicológico en los adultos que padecen Artritis Reumatoide.

3.3.1 Hipótesis estadísticas

Hipótesis 1

H₀: No existe diferencia significativa entre los resultados obtenidos en el pretest y el post test de la Escala de Bienestar Psicológico luego de aplicada la Terapia de Aceptación y Compromiso a una muestra de participantes que poseen Artritis Reumatoide

$$H_0: \bar{X}_{\text{pretest}} = \bar{X}_{\text{posttest}}$$

H₁: Existe diferencia significativa entre los resultados obtenidos en el pretest y el post test de la Escala de Bienestar Psicológico luego de aplicada la Terapia de Aceptación y Compromiso a una muestra de participantes que poseen Artritis Reumatoide.

$$H_1: \bar{X}_{\text{pretest}} \neq \bar{X}_{\text{posttest}}$$

Prueba estadística: Wilcoxon

Nivel de significancia: α 0.05

Regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza H₀, Si $p > 0.05$ se acepta H₀

Resultados:

Tabla 13.

Estadístico de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para la Escala total de bienestar psicológico total.

Estadísticos	Bienestar psicológico total
Z	-2.670 ^b
Sig. Asintótica (bilateral)	0.008

Fuente: Elaborado por Álvarez, 2022. Datos obtenidos a partir de la Escala de Bienestar Psicológico de José Sánchez Cánovas.

Decisión:

De acuerdo a los resultados obtenidos, el valor Z es de -2.670, con una significancia asintótica de $p = 0.008$, que es menor al valor $\alpha = 0.05$, por lo que hay suficiente evidencia para rechazar la H_0 , aceptando la H_1 , esto indica que si hay diferencia significativa entre los puntajes del pretest y posttest después aplicada la intervención basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso, en la Escala de Bienestar Psicológico en una muestra de 9 mujeres que padecen de Artritis Reumatoide.

Hipótesis 2

H₀: No existe diferencia significativa entre los resultados obtenidos en el pretest y el post test de la Subescala de Bienestar Subjetivo luego de aplicada la Terapia de Aceptación y Compromiso a una muestra de participantes que poseen Artritis Reumatoide

$$H_0: \bar{X}_{\text{pretest}} = \bar{X}_{\text{posttest}}$$

H₁: Existe diferencia significativa entre los resultados obtenidos en el pretest y el post test de la Subescala de Bienestar Subjetivo luego de aplicada la Terapia de Aceptación y Compromiso a una muestra de participantes que poseen Artritis Reumatoide.

$$H_1: \bar{X}_{\text{pretest}} \neq \bar{X}_{\text{posttest}}$$

Prueba estadística: Wilcoxon

Nivel de significancia: α 0.05

Regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza H₀, Si $p > 0.05$ se acepta H₀

Resultados:

Tabla 14.

Estadístico de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para la subescala de bienestar subjetivo.

Estadísticos	Bienestar subjetivo
Z	-2.670 ^b
Sig. Asintótica (bilateral)	0.008

Fuente: Elaborado por Álvarez, 2022. Datos obtenidos a partir de la Escala de Bienestar Psicológico de José Sánchez Cánovas.

Decisión:

De acuerdo a los resultados obtenidos, el valor Z es de -2.670, con una significancia asintótica de $p = 0.008$, que es menor al valor $\alpha = 0.05$, por lo que hay suficiente evidencia para rechazar la H_0 , aceptando la H_1 , esto indica que si hay diferencia significativa entre los puntajes del pretest y posttest después aplicada la intervención basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso, en la subescala de bienestar subjetivo en una muestra de 9 mujeres que padecen de Artritis Reumatoide.

Hipótesis 3

H_0 : No existe diferencia significativa entre los resultados obtenidos en el pretest y el post test de la Subescala de Bienestar Material luego de aplicada la Terapia de Aceptación y Compromiso a una muestra de participantes que poseen Artritis Reumatoide

$$H_0: \bar{X}_{\text{pretest}} = \bar{X}_{\text{posttest}}$$

H_1 : Existe diferencia significativa entre los resultados obtenidos en el pretest y el post test de la Subescala de Bienestar Material luego de aplicada la Terapia de Aceptación y Compromiso a una muestra de participantes que poseen Artritis Reumatoide.

$$H_1: \bar{X}_{\text{pretest}} \neq \bar{X}_{\text{posttest}}$$

Prueba estadística: Wilcoxon

Nivel de significancia: $\alpha 0.05$

Regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0 , Si $p > 0.05$ se acepta H_0

Resultados:

Tabla 15.

Estadístico de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para la subescala de bienestar material.

Estadísticos	Bienestar material
Z	-2.677 ^b
Sig. Asintótica (bilateral)	0.007

Fuente: Elaborado por Álvarez, 2022. Datos obtenidos a partir de la Escala de Bienestar Psicológico de José Sánchez Cánovas.

Decisión:

De acuerdo a los resultados obtenidos, el valor Z es de -2.677, con una significancia asintótica de $p = 0.007$, que es menor al valor $\alpha = 0.05$, por lo que hay suficiente evidencia para rechazar la H_0 , aceptando la H_1 , esto indica que si hay diferencia significativa entre los puntajes del pretest y posttest después aplicada la intervención basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso, en la subescala de bienestar material en una muestra de 9 mujeres que padecen de Artritis Reumatoide.

Hipótesis 4

H₀: No existe diferencia significativa entre los resultados obtenidos en el pretest y el post test de la Subescala de Bienestar Laboral luego de aplicada la Terapia de Aceptación y Compromiso a una muestra de participantes que poseen Artritis Reumatoide

$$H_0: \bar{X}_{\text{pretest}} = \bar{X}_{\text{posttest}}$$

H₁: Existe diferencia significativa entre los resultados obtenidos en el pretest y el post test de la Subescala de Bienestar Laboral luego de aplicada la Terapia de Aceptación y Compromiso a una muestra de participantes que poseen Artritis Reumatoide.

$$H_1: \bar{X}_{\text{pretest}} \neq \bar{X}_{\text{posttest}}$$

Prueba estadística: Wilcoxon

Nivel de significancia: α 0.05

Regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza H₀, Si $p > 0.05$ se acepta H₀

Tabla 16.

Estadístico de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para la subescala de bienestar laboral.

Estadísticos	Bienestar laboral
Z	-2.524 ^b
Sig. Asintótica (bilateral)	0.012

Fuente: Elaborado por Álvarez, 2022. Datos obtenidos a partir de la Escala de Bienestar Psicológico de José Sánchez Cánovas.

Decisión:

De acuerdo a los resultados obtenidos, el valor Z es de -2.524, con una significancia asintótica de $p = 0.012$, que es menor al valor $\alpha = 0.05$, por lo que hay suficiente evidencia para rechazar la H_0 , aceptando la H_1 , esto indica que, si hay diferencia significativa entre los puntajes del pretest y posttest después aplicada la intervención basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso, en la subescala de bienestar laboral en una muestra de 9 mujeres que padecen de Artritis Reumatoide.

Hipótesis 5

H_0 : No existe diferencia significativa entre los resultados obtenidos en el pretest y el post test de la Subescala de Bienestar en la Relación de Pareja luego de aplicada la Terapia de Aceptación y Compromiso a una muestra de participantes que poseen Artritis Reumatoide

$$H_0: \bar{X}_{\text{pretest}} = \bar{X}_{\text{posttest}}$$

H_1 : Existe diferencia significativa entre los resultados obtenidos en el pretest y el post test de la Subescala de Bienestar en la Relación de Pareja luego de aplicada la Terapia de Aceptación y Compromiso a una muestra de participantes que poseen Artritis Reumatoide.

$$H_1: \bar{X}_{\text{pretest}} \neq \bar{X}_{\text{posttest}}$$

Prueba estadística: Wilcoxon

Nivel de significancia: $\alpha 0.05$

Regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0 , Si $p > 0.05$ se acepta H_0

Tabla 17.

Estadístico de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para la subescala de bienestar en la relación de pareja.

Estadísticos	Bienestar en la relación de pareja
Z	-2.675 ^b
Sig. Asintótica (bilateral)	0.007

Fuente: Elaborado por Álvarez, 2022. Datos obtenidos a partir de la Escala de Bienestar Psicológico de José Sánchez Cánovas.

Decisión:

De acuerdo a los resultados obtenidos, el valor Z es de -2.675, con una significancia asintótica de $p = 0.007$, que es menor al valor $\alpha = 0.05$, por lo que hay suficiente evidencia para rechazar la H_0 , aceptando la H_1 , esto indica que si hay diferencia significativa entre los puntajes del pretest y posttest después aplicada la intervención basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso, en la subescala de bienestar sen la relación de pareja en una muestra de 9 mujeres que padecen de Artritis Reumatoide.

Capítulo IV

Discusión de resultados

Los niveles de bienestar psicológico de mujeres con artritis reumatoide, cuyas edades oscilan entre 25 a 55 años, reflejados en la Escala de Bienestar Psicológico de José Sánchez Cánovas, antes y después de la aplicación del programa: La vida con dolor crónico, un enfoque basado en la Aceptación, de los autores Kevin E. Vowles, Ph.D. y John T. Sorrell, Ph.D. (2007) fueron los siguientes: en el pretest de Bienestar psicológico total, se encontró que antes de la aplicación del programa, el 44.4% de la muestra obtuvo una puntuación medio baja, mientras que el restante 55.5% sus niveles estuvieron distribuidos entre bajo y muy bajo. Lo cual es semejante con los resultados obtenidos en Chico et al (2012), que evaluaron la capacidad funcional y lograron detectar una correlación 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. Concluyendo que el bienestar psicológico en pacientes con artritis reumatoide se encuentra afectado y se asocia de forma significativa con el grado de discapacidad funcional.

Luego de que se aplicara el programa, se notó una considerable y proporcional diferencia en la distribución de los puntajes. En estos se halló que el 100% de los participantes aumentaron su bienestar psicológico total, ubicándose la mayoría, el 55.6% en una puntuación media; mientras que otros, el 22.2% en un rango medio bajo, 11.1% en nivel medio alto y el 11.1% alto.

Es notoria una proporcionalidad, ya que aquellos que lograron puntuaciones muy bajas en el pretest, es decir, en un rango percentil entre 1 a 3, lograron ascender a un bienestar psicológico total de 25, lo que los ubica en un nivel medio bajo.

Aquellos que obtuvieron puntuaciones bajas en el pretest, es decir, en un rango percentil de 4 a 16, lograron ascender a un bienestar psicológico total alrededor a la media, entre 30 a 70.

Finalmente, las participantes que obtuvieron puntuaciones medias bajas, ubicadas en un rango entre 17 a 29, lograron ascender a un nivel medio, medio alto y alto.

Al tener que responder la pregunta de ¿Cuáles dimensiones del Bienestar Psicológico se ven significativamente impactadas por el padecimiento de la artritis reumatoide? Según los resultados que nos permite obtener la escala elaborada por José Sánchez Cánovas, en las principales subescalas donde fueron más notorias la afección al bienestar psicológico, fueron: Bienestar subjetivo con el 66% con puntuaciones predominantemente muy bajas. Al igual que el bienestar en la relación de pareja, con el 88.8% con puntuaciones a partir de un nivel medio bajo a muy bajo. Y que fueron las puntuaciones principales que incidieron que, en la Escala total de Bienestar Psicológico, sus resultados las ubicaran en un percentil 25 o menos.

Por otra parte, al tratar de conocer ¿Cuáles dimensiones del Bienestar Psicológico se ven menos impactadas por el padecimiento de la artritis reumatoide?, es curioso los resultados obtenidos en esta muestra, ya que indican que, en la subescala de bienestar laboral, el 67% se encontraba en un nivel medio contrario a un 33% que se ubicó en niveles medio bajos hasta muy bajo. Y en la subescala de bienestar material, el 66.7% obtuvo puntuaciones en un nivel medio, mientras que el resto, el 33.3%, en un nivel bajo.

Hay que considerar datos como los brindados por el Ministerio de Salud de Chile, en un estudio realizado en el año 2007, donde expuso que aquellos pacientes que tienen trabajo

remunerado al inicio de la artritis reumatoide, 10% de ellos deja de trabajar dentro del primer año de inicio de la enfermedad y que hasta un 50% están incapacitados después de 10 años. Como expresó Soriano (2013), la Artritis reumatoide es una enfermedad discapacitante que afecta la productividad laboral de las personas que la padecen y asegura que hay muchas investigaciones que lo han evidenciado. Aclara que el porcentaje varía según tiempo de evolución de la enfermedad y sostiene que hasta un 40% se ven afectados en cuanto a su productividad laboral. Por otra parte, también manifiesta que existen diferentes factores que pueden afectar la productividad laboral de los pacientes con Artritis Reumatoide, como factores propios de la enfermedad, es decir, pacientes que tienen la enfermedad en una modalidad más agresiva, y hay también factores vinculados con el tratamiento si es inadecuado. Otros factores son la demora en el inicio del tratamiento y el grado de adherencia. Los pacientes que no son adherentes, que suspenden sus tratamientos y que los hacen de forma intermitentes, son los que generalmente más problemas laborales tienen. Por lo que se consideran estos aspectos en los resultados obtenidos en esta muestra. La mayoría de las participantes, daban seguimiento a sus citas y exámenes médicos, como también, procurar seguir sus medicaciones, generalmente, aunque este último aspecto, podía variar. Las participantes que obtuvieron puntuaciones bajas en esta escala, sus trabajos estaban relacionados a trabajo manual y ventas, donde requería trasladarse a distintos lugares. Mientras que las que estaban en un nivel medio, sus trabajos estaban relacionados a administración de empresas, ingeniería en sistemas y otros trabajos de oficina.

Aplicando el programa: La vida con dolor crónico, un enfoque basado en la Aceptación, de los autores Kevin E. Vowles, Ph.D. y John T. Sorrell, Ph.D. (2007), podemos responder

¿En cuales dimensiones del Bienestar Psicológico tiene mayor incidencia la Terapia de Aceptación y Compromiso?, donde podemos evidenciar que en cada una de las subescalas se encontraron diferencias significativas. Una posible explicación a estos aumentos es que al poder plantear desde el inicio que no se trataba de una intervención centrada en mejorar sus niveles de dolor, sino más bien, en cambiar las expectativas de eliminar el dolor, a vivir una vida lo mejor posible aun con dolor crónico, a través de discusiones y ejercicios experienciales, pudo marcar una pauta sobre lo que las participantes podrían esperar. A nivel cualitativo, como reporte verbal tomado durante la intervención dentro de las primeras sesiones, varias de las participantes estaban curiosas y optimistas con esta información, comentaban que en algunas oportunidades previas habían podido participar en grupos de apoyo, pero los abandonaron porque solo se concentraban en la experiencia del dolor y eso podía llegar a abrumarlas aún más y disminuir su esperanza sobre el progreso y desenlace de su enfermedad. Si bien es cierto, en las primeras dos sesiones de este programa se aborda el dolor, su experiencia, limitantes y finalmente la aceptación; posteriormente, la intervención da un giro dirigido a construir una vida con propósito, a través del reconocimiento de los valores personales y que acciones los operacionaliza.

Justamente en la acción de orientar en la clarificación de valores, donde radica buena parte de la eficacia de esta intervención. Luciano, Rodríguez y Gutiérrez (2005) exponen que la clarificación implica operaciones verbales contenidas en metáforas, paradojas, y ejercicios, para empezar a conocer y entender la experiencia privada y que pueden modificar las funciones de los eventos privados (los miedos, la angustia, la depresión, las barreras) al coordinarlas con acciones valiosas. Uno de los objetivos principales de la clarificación de valores supone cambiar los eventos privados desde un marco temporal de

oposición con la actuación valiosa y elegida por el paciente hasta un marco de planificación o continuidad con lo que es verdaderamente relevante para la persona.

Un ejercicio que marcó un antes y después en esta importante tarea de la clarificación de valores, fue la del “Día de mi funeral”, donde según reportes verbales compartidos, fue el que generó más impacto, y aun en el cierre del programa, las participantes coincidían en como éste les permitió darse cuenta de la forma en que estaban manejando su dolor y vida. Junto a este, también se utilizaron otros recursos como metáforas y material audiovisual vinculados a procesos como atención plena y defusión.

La intervención promueve de manera activa que las personas actúen en base a aquellas áreas y valores. Como también, identificar las barreras que puede estar limitando las posibilidades de avanzar, en un espacio de apoyo, no juicio y acompañamiento. Es este contexto el que promueve la aceptación de estos acontecimientos y la adquisición del compromiso en beneficio de realizar aproximaciones sucesivas.

Estos resultados se asemejan a otros obtenidos en diferentes estudios como en Soto et al, (2013), se aplicó una intervención breve basada en ACT en un grupo de personas con fibromialgia con el objetivo de realizar una comparación intrasujeto entre dos medidas, una antes de la intervención y otra después. Los resultados mostraron que el 75% de los participantes aumentaron la implicación en sus tareas diarias. En este mismo estudio han mencionado que protocolos basados en la terapia de aceptación y compromiso donde participantes con dolor crónico han obtenido resultados clínicamente relevantes. Citan a McCracken, MacKichan y Eccleston (2007) quienes evidenciaron que tanto enfermos con dolor crónico altamente impedidos (con movilidad muy limitada), como enfermos estándar afectados por dolor crónico, lograban avances después de seguir una

intervención en que la parte psicológica estaba basada en la aceptación, la defusión, la práctica de mindfulness y el trabajo con valores.

Martínez (2022) señala en su investigación, donde el objetivo fue analizar el efecto de la terapia de aceptación y compromiso en el dolor crónico de pacientes con artritis reumatoide, por lo que adaptó un protocolo breve a la modalidad de tele psicología. Además, evaluó la efectividad del protocolo en síntomas emocionales como depresión, estrés, ansiedad y acciones valiosas a través de un diseño de caso con línea base múltiple concurrente entre sujetos más seguimiento. Se aplicaron las escalas Escala de depresión, ansiedad y estrés – 21 (DASS-21), Puntuación de actividad de la enfermedad que incluye 28 articulaciones (DAS28), el cuestionario de valores (VQ) y cuestionario de fusión cognitiva (CFQ), obteniendo como resultado una alta eficacia en sintomatología ansiosa, depresiva y de estrés, fusión cognitiva, aumento en acciones valiosas con cambios clínicos, disminución en el puntaje de dolor y grandes tamaños del efecto.

Por último, la interrogante de, según el sexo, ¿Quiénes lograron mayor incremento en su bienestar psicológico? No pudo ser respondida, ya que la muestra solo estuvo compuesta por mujeres, ningún hombre mostró interés en participar del estudio. También se puede explicar esto, ya que las mujeres son las que más sufren la enfermedad: la prevalencia es de 1,54% en la población femenina versus 0,57% en la población masculina. Dos de cada tres personas con artritis reumatoide son mujeres.

El programa La vida con dolor crónico, un enfoque basado en la Aceptación, de los autores Kevin E. Vowles, Ph.D. y John T. Sorrell, Ph.D. (2007), contiene los componentes necesarios que han permitido resultados favorables en otros estudios y que ya han sido previamente descritos.

Podemos expresar que la efectividad que se puede encontrar en los protocolos breves se sustenta con el abordaje corto, concreto y oportuno de variables psicológicas (Ruiz et al., 2020) generando el diseño de herramientas que permiten hacer frente a las dificultades emocionales, mentales y fisiológicas que poseen las personas.

Capítulo V

Conclusiones

5.1 Conclusiones

- Nuestra hipótesis general consistía en que se esperaba que la terapia de Aceptación y Compromiso aumentará los niveles de Bienestar Psicológico en los adultos que padecen Artritis Reumatoide. Considerando también, que los niveles obtenidos en la escala de bienestar psicológico total, antes de la aplicación del programa, donde el 44.4% de la muestra obtuvo una puntuación Medio Baja, mientras que el restante 55.5% sus niveles estuvieron distribuidos entre bajo y muy bajo. Una vez aplicado el programa, se notó diferencia significativa en las puntuaciones del pretest y postest. En estos se halló que el 100% de los participantes aumentaron su bienestar psicológico total en diferentes proporciones.
- El presente estudio tuvo como objetivo, identificar las dimensiones del bienestar psicológico que muestran mayor cambio, a través de la Terapia de Aceptación y Compromiso en adultos registrados en la Fundación de Artritis Reumatoide de Panamá, en la ciudad de Panamá. La escala total de bienestar psicológico alcanzó puntuaciones medias en el de Pretest \bar{X} :12.78, y en el Postest \bar{X} :49.44.
- Todas las dimensiones demostraron diferencias significativas; podemos denotar que las subescalas donde más se identificaron cambios, fueron la subescala de bienestar material (Pretest \bar{X} :37.78, Postest \bar{X} :63.89) y bienestar en la relación de pareja (Pretest \bar{X} :14.11, Postest \bar{X} :47.22).

- Al comparar las puntuaciones medias obtenidas del pre-test y el pos-test de la Escala de Bienestar Psicológico de los adultos registrados en la Fundación de Artritis Reumatoide de Panamá, podemos hallar las siguientes diferencias: Bienestar psicológico total (Pretest \bar{X} :12.78, Postest \bar{X} :49.44), bienestar subjetivo (Pretest \bar{X} :21.78, Postest \bar{X} :42.78) , bienestar material (Pretest \bar{X} :37.78, Postest \bar{X} :63.89), bienestar laboral (Pretest \bar{X} :36.78, Postest \bar{X} :61.67) y bienestar en la relación de pareja (Pretest \bar{X} :14.11, Postest \bar{X} :47.22).
- No se logró examinar las diferencias según el sexo, en las dimensiones del bienestar psicológico ya que, en la muestra de este estudio, no participaron varones.
- El programa «La vida con dolor crónico: Un enfoque basado en la Aceptación», de los autores Kevin E. Vowles, Ph.D. y John T. Sorrell, Ph.D. demostró su efectividad en esta población, siendo un protocolo breve, sustentado con un abordaje corto, concreto y oportuno; generando similares resultados como en otros estudios realizados.

5.2 Recomendaciones

- Aplicar el programa «La vida con dolor crónico: Un enfoque basado en la Aceptación», como una intervención preventiva para mitigar la posibilidad de desajustes en el bienestar psicológico, en el proceso de adaptación a la enfermedad de Artritis Reumatoide. Los resultados de esta investigación demuestran la significancia de la psicología para el abordaje de la artritis reumatoide y la urgencia de un trabajo multidisciplinario en su tratamiento. Exponiendo así, el abordaje de esta enfermedad desde una perspectiva biopsicosocial, como un sistema en donde la modificación de una dimensión puede producir impactos en la otra.
- Aplicar el programa «La vida con dolor crónico: Un enfoque basado en la Aceptación», con un grupo control y experimental, y así poder observar si los resultados obtenidos en la Escala de Bienestar Psicológico pueden ser influenciados por otros factores ambientales.
- Realizar la intervención del programa «La vida con dolor crónico: Un enfoque basado en la Aceptación», con una muestra más representativa para poder generalizar los resultados de la investigación.
- Realizar la intervención del programa «La vida con dolor crónico: Un enfoque basado en la Aceptación», con una muestra con mayor participación de varones, para poder generalizar los resultados de la investigación.

Bibliografía

Abraído-Lanza, A.F. (2004). Social Support and Psychological Adjustment Among Latinas with Arthritis: a Test of a Theoretical Model. *Annals of Behavioral Medicine*, 27(3), 162-171.

Almendro, M., Clariana, S., Hernández, S., Rodríguez, C., Camarero, B. & Río, T. (2011). Programa de atención psicológica al dolor crónico: El reto de un afrontamiento activo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(2), 213-227.

Araya, D., 2017. *Terapia de Aceptación y Compromiso para el tratamiento del dolor crónico no oncológico: Una revisión sistemática de la literatura*. 1st ed. [ebook] Costa Rica: Ciudad Universitaria Rodrigo Facio.

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.

Calvo Quiroz, Armando. (2007). El dolor en el paciente reumático. *Acta Médica Peruana*, 24(2), 46-50. Recuperado en 25 de octubre de 2022, de

Chico, A., Carballar, L., Estévez del Toro, M., García-Viniegras, C., Pernas, A., (2012) Factores que influyen en el bienestar psicológico de pacientes con artritis reumatoide. *Revista Cubana de Medicina*. 2012; 51(1):48-60.

Crespo M, Labrador F. *Estrés*. Madrid: Editorial Síntesis; 2003.

Cutolo, M. & Straub, R.H. (2006). Stress as a Risk Factor in the Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. *Neuroimmunomodulation* 13(5-6):277-282.

González, M. (2014). Dolor crónico y psicología: actualización. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(4), 610-617.

González-Rendón, C. & Moreno-Monsiváis, M. Guadalupe. (2007). Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 14(6), 422-427.

Geneen LJ, Moore R, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH. (2017) Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane*

Database of Systematic Reviews, Issue 1. Art. No.: CD011279. DOI: 10.1002/14651858.CD011279.pub2

González- Méndez, H. (2005). El paradigma personal. Un modelo integrador en psicoterapia. Universidad de Los Andes. Consejo de Publicaciones. Mérida, Venezuela.

González, R., Montoya, I., Casullo, M.M & Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14 (002), 363-368.

Hayes, S. c.; Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Bilbao. España: Desclée De Brouwer.

Hernández, R., Fernández, C & Baptista, P. (2010) *Metodología de la Investigación*. Quinta edición. México, D.F: McGraw Hill, 83-84.

Keefe, F.J., Caldwell, D.S., Williams, D.A., Gil, K.M., Mitchel, D., Martínez, S., Nunley, J., Beckham, J.C., Crisson, J.E. y Helms, M. (1990). Pain coping skills training in the management of osteoarthritic knee pain: a comparative study. *Behavior Therapy*, 21, 49-62.

Keefe FJ, Smith SJ, Buffington AL, Gibson J, Studts JL, Caldwell DS (2002) Recent advances and future directions in the biopsychosocial assessment and treatment of arthritis. *J Consult Clin Psychol*.70:640-55.

Kraaimaat FW, Brons MR, Geenen R, Bijlsma JWJ. (1995). The effect of cognitive behavior therapy in patients with rheumatoid arthritis. *Behavior Research and Therapy*, 33, 487-495.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos. Evaluación, afrontamiento y consecuencias adaptativas*. Nueva York: Martínez Roca

López-Silva, M. C., Sánchez de Enciso, M., Rodríguez-Fernández, M. C., & Vázquez-Seijas, E. (2007). Cavidol: Calidad de vida y dolor en atención primaria. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 14(1), 9-19.

Lorig K., Ritter P.L., Plant K. (2005). A Disease-Specific Self-Help Program Compared With a Generalized Chronic Disease Self-Help Program for Arthritis Patients. *Arthritis and Rheumatism (Arthritis Care and Research)*, 53, 6, 950–957.

Lozano, M. X. & Caycedo, C. (2008). *Terapia de aceptación y compromiso para un caso de trastorno de evitación experiencial (tesis de especialización)*. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Luciano, C., Gutiérrez, O., & Rodríguez, M. (2005). Análisis de los contextos verbales en el trastorno de evitación experiencial y en la terapia de aceptación y compromiso. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(2), 333.

Luciano Soriano, M. C., y Valdivia Salas, M. S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (Act). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.

Martínez Peña, D. (2022). *Eficacia de la terapia de aceptación y compromiso para el manejo del dolor crónico en pacientes con artritis reumatoide*. Bogotá D.C : Fundación Universitaria Konrad Lorenz, 2022.

Mesas, A (2012). *Dolor agudo y crónico*. Hospital Universitario Vall d'Hebrón.

Narváez, Jonnathan Harvey, Obando-Guerrero, Lina María, Hernández-Ordoñez, Karen Melisa, & Cruz-Gordon, Eliana Katherine De la. (2021). Bienestar psicológico y estrategias de afrontamiento frente a la COVID-19 en universitarios. *Universidad y Salud*, 23(3), 207-216.

Pévez-Hernández C, Berrocal-Tenorio KF, Llauca-Ramírez BE, Ramírez-Quinte W. (2013) Características sociodemográficas y clínicas asociadas a depresión mayor en pacientes con artritis reumatoide. *Rev méd panacea*; 3 (1):15-18.
]

Quiceno, Japcy Margarita, & Vinaccia, Stefano. (2011). Artritis reumatoide: consideraciones psicobiológicas. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 7(1), 27-41.

Reyes, M., 2021. Implementación de una Intervención Basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso para Pacientes con Dolor Crónico Adaptada al Contexto del CRS Cordillera Oriente. 1st ed. [ebook] Santiago, Chile: A Pontificia Universidad Católica de Chile.

Ribero-Marulanda, Sergio, & Agudelo-Colorado, Lina. (2016). La aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en dos casos de evitación experiencial. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(1), 29-46.

Rodríguez-Parra, M.J., Esteve, R. y López, A.E. (2000). Dolor crónico y estrategias de afrontamiento. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 391-418.

Ryan, Richard M. & Deci, Edward L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*, 52(1), 141-166.

Ryff, C (1989) "Happiness is Everything, or is it? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being", en *Journal of Personality and Social Psychology*, núm. 57, pp. 1069-108

Ryff, C. & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719- 727.

Sandín B. (1999) El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas. Madrid: Klinik; (pp. 155-164).

Smith, C. A., Wallston, K. A., Dwyer, K. A., & Dowdy, S. W. (1997). Beyond good and bad coping: A multidimensional examination of coping with pain in persons with rheumatoid arthritis. *Annals of Behavioral Medicine*, 19(1), 11–21.

Simeon, D., Yehuda, R., Cunill, R., Knutelska, M., Putnam, F.W. & Smith, L.M. (2007). Factors Associated with Resilience in Healthy Adults. *Psychoneuroendocrinology*, 32(8-10), 1149- 1152

Singh JA, Saag KG, Bridges SL, et al. 2015 American College of rheumatology guideline for the treatment of rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res* 2016;68:1–25.

Smith, B.W. y Zautra, A.J. (2008). The effects of anxiety and depression on weekly pain in women with arthritis. *Pain*, 138, 354-361.

Soler, D., Sauri, J., Gallemí, M^a., Penalva, B., Opisso, Eloy., Chamarro, A & Vidal, J. (2007). Características del dolor neuropático crónico y su relación con el bienestar psicológico en pacientes con lesión medular. *Revista de Neurología*.

Soto, S., Benerrechea-Arando, L.C., & Struch, J.M. (2013). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en pacientes con fibromialgia: una experiencia clínica.

Strand, E.B., Zautra, A.J., Thoresen, M., Odegard, S., Uhlig, T. & Finset, A. (2006). Positive Affect as a Factor of Resilience in the Pain negative Affect Relationship in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Journal Psychosomatic Research*, 60(5), 477-484.

Van-der Hofstadt Román, C. J., Leal-Costa, C., Alonso-Gascón, M. R., & Rodríguez-Marín, J. (2017). Calidad de vida, emociones negativas, autoeficacia y calidad del sueño en pacientes con dolor crónico: efectos de un programa de intervención psicológica. *Universitas Psychologica*, 16(3), 1-9.

Vargas Madriz, L. F., & Ramírez Henderson, R. (2012). Terapia de aceptación y compromiso: descripción general de una aproximación con énfasis en los valores personales. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, IV(138),101-110

Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de psicología clínica y de la salud*, 5, 15-28.

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

Vowles, K. E., & McCracken, L. M. (2008). Acceptance and values-based action in chronic pain: A study of treatment effectiveness and process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 397–407.

Yegros, María Isabel Bordon. (2012). Depresión en Pacientes con Enfermedad Crónica de Artritis Reumatoidea. *Eureka (Asunción) en Línea*, 9(1), 78-87.

Yescas, E., Ascencio, L & Vargas, S (2008) Depresión, ansiedad y desesperanza aprendida en pacientes con artritis reumatoide. *Psicología y salud*; 18(001):81-89.

Artículos de prensa

93 millones de pacientes con dolor crónico en América no reciben tratamiento(2015) [Blog].

Retrieved from https://www.prensa.com/salud_y_ciencia/millones-pacientes-America-reciben-tratamiento_0_4194330628.html

Manejo del dolor crónico: perspectiva experta

<http://espanol.arthritis.org/espanol/combata-el-dolor/dolor/dolor-cronico-expertos/>

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA UN ESTUDIO SOBRE LA EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN EL BIENESTAR PSICOLÓGICO EN ADULTOS QUE PADECEN ARTRITIS REUMATOIDE.

Tema:

“Efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el Bienestar Psicológico en adultos que padecen Artritis Reumatoide”.

Por: Laura Andrea Álvarez Rodríguez, estudiante de Maestría en Psicología Clínica, Universidad de Panamá.

Asesor/Tutor de investigación: Dr. Miguel Ángel Cañizales.

Objetivo

Evaluar la efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el bienestar psicológico en adultos registrados en la Fundación de Artritis Reumatoide de Panamá, en la ciudad de Panamá.

Propósito

Entendiendo la importancia de los aspectos psicológicos y emocionales del dolor, es un aspecto importante por atender en el tratamiento a brindar a las personas que padecen la condición de Artritis Reumatoide.

La afección en el bienestar psicológico sigue siendo un grave problema clínico para casi todos los pacientes con artritis reumatoide, ya que sus síntomas traducen fundamentalmente una fuerte asociación con el dolor y la posible relación entre depresión y discapacidad.

Por lo que comprometiéndonos con la misión de mejorar el conocimiento y conciencia sobre las enfermedades reumáticas y el efecto en quienes lo sufren, en este estudio investigativo, nos centraremos en la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso, que ha evidenciado ayudar a las personas a aceptar y aprender una nueva manera de relacionarse con su dolor, limitando el control que éste ejerce sobre su vida. Buscando validar esta intervención psicológica en nuestro país y sugerir el tratamiento integral de la Artritis Reumatoide.

Tipo de investigación

La investigación tiene un diseño explicativo cuasiexperimental, ya que el interés se centra en explicar porque ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta, o porque se relaciona con 2 o más variables. No hay aleatorización de los sujetos a los grupos de tratamiento y control.

Procedimientos

Dentro de esta investigación se aplicará 2 instrumentos para evaluar la variable de Bienestar Psicológico. Para recolectar datos respecto a los antecedentes, se le realizará una entrevista clínica. Esta entrevista se realizará de manera individual y puede tener una duración aproximada de 50 minutos a 1 hora. También se aplicará la Escala de Bienestar Psicológico de Sánchez-Cánovas, el cual tiene una duración aproximada de 20 a 25 minutos y podrá ser aplicada de manera individual o colectiva.

En esta investigación su participación se limita a **13** sesiones: Aplicación de prueba (1), Entrevista psicológica (1), Intervención grupal (10) y Aplicación de postprueba (1).

La participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a las

escalas serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Es importante que conozca que el Comité de Bioética de la Universidad de Panamá avala el estudio.

Algunos de los riesgos es que las preguntas y actividades que se realicen pueden generar sentimientos encontrados y mayor contacto con sus pensamientos y emociones, pero justamente serán abordados y trabajados con herramientas basadas en evidencia y mucho respeto. Abriendo la posibilidad de obtener beneficios como una mejor relación con su dolor, historia de vida, gestión emocional y aumento de herramientas y habilidades para la vida.

No recibirán pago alguno por su participación y tampoco les generará gastos. Desde ya agradecemos su colaboración.

Si tiene alguna duda respecto al procedimiento y la investigación, puede realizarla con toda seguridad y confianza. Tiene el derecho de poder retirarse del estudio en cualquier momento, sin ningún perjuicio. Si usted acepta participar de la investigación, firme donde corresponda.

Firma del participante _____

Firma investigadora responsable _____

Psic. Laura A. Álvarez R. CIP 5491

Celular: 6372-8018

Correo: alvarezlaura9430@gmail.com

Anexo 2. Entrevista semiestructurada

1. DATOS GENERALES

- Número de identificación asignado
- Edad
- Sexo
- Estado Civil
- Escolaridad
- Profesión u ocupación
- Corregimiento donde reside
- ¿Está de acuerdo con lo establecido en el Consentimiento Informado?
- ¿Firmó el consentimiento informado?

2. ANTECEDENTES DE ASPECTOS FAMILIARES

Se indaga sobre la relación de los padres o cuidadores principales, dinámica familiar, crianza y afecto, factores estresores y protectores, áreas de conflicto y áreas de desarrollo normal. Eventos significativos durante infancia y adolescencia.

3. SITUACION FAMILIAR ACTUAL

Se indaga sobre estado civil, miembros de la familia nuclear conformada, vida familiar. Factores protectores y de riesgo.

4. EDUCACIÓN

Se indaga sobre los estudios realizados, habilidades y dificultades, experiencia con docentes y compañeros. Eventos estresores.

5. SALUD

Se indaga sobre la evolución en las diferentes etapas de desarrollo humano. Factores psicológicos o enfermedades médicas que podrían afectar la salud. Hábitos alimenticios, actividad física, consumo de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, consumo de sustancias, entre otros.

Anexo 3. Escala de bienestar psicológico, por José Sánchez Cánovas

	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					

NO PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE HASTA QUE SE LE INDIQUE.

Nunca	Raras veces	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
-------	-------------	---------------	----------------	--------------

- | | |
|----|---|
| 1 | Mi trabajo es creativo, variado, estimulante. |
| 2 | Mi trabajo da sentido a mi vida. |
| 3 | Mi trabajo me exige aprender cosas nuevas. |
| 4 | Mi trabajo es interesante. |
| 5 | Mi trabajo es monótono, rutinario y aburrido. |
| 6 | En mi trabajo he encontrado apoyo y afecto. |
| 7 | Mi trabajo me ha proporcionado independencia. |
| 8 | Estoy discriminado en mi trabajo. |
| 9 | Mi trabajo es lo más importante para mí. |
| 10 | Disfruto con mi trabajo. |

NO PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE HASTA QUE SE LE INDIQUE.

Totalmente
en desacuerdo

Moderadamente
en desacuerdo

Parte de acuerdo,
parte en desacuerdo

Moderadamente
de acuerdo

Totalmente
de acuerdo

MUJERES

- 1 Atiendo al deseo sexual de mi esposo.
- 2 Disfruto y me relajo con las relaciones sexuales.
- 3 Me siento feliz como esposa.
- 4 La sexualidad sigue ocupando un lugar importante en mi vida.
- 5 Mi marido manifiesta cada vez menos deseo de realizar el acto sexual.
- 6 Cuando estoy en casa no aguanto a mi marido en ella todo el día.
- 7 Mis relaciones sexuales son ahora poco frecuentes.
- 8 Mi pareja y yo tenemos una vida sexual activa.
- 9 No temo expresar a mi marido mi deseo sexual.
- 10 A mi marido le cuesta conseguir la erección.
- 11 Mi interés sexual ha descendido.
- 12 El acto sexual me produce dolores físicos, cosa que antes no me ocurría.
- 13 Mi esposo y yo estamos de acuerdo en muchas cosas.
- 14 Hago con frecuencia el acto sexual.
- 15 El acto sexual me proporciona placer.

VARONES

- 1 Atiendo al deseo sexual de mi esposa.
- 2 Disfruto y me relajo con las relaciones sexuales.
- 3 Me siento feliz como esposo.
- 4 La sexualidad sigue ocupando un lugar importante en mi vida.
- 5 Mi mujer manifiesta cada vez menos deseo de realizar el acto sexual.
- 6 Cuando estoy en casa no aguanto a mi mujer en ella todo el día.
- 7 Mis relaciones sexuales son ahora poco frecuentes.
- 8 Mi pareja y yo tenemos una vida sexual activa.
- 9 No temo expresar a mi mujer mi deseo sexual.
- 10 Me cuesta conseguir la erección.
- 11 Mi interés sexual ha descendido.
- 12 El acto sexual me produce dolores físicos, cosa que antes no me ocurría.
- 13 Mi esposa y yo estamos de acuerdo en muchas cosas.
- 14 Hago con frecuencia el acto sexual.
- 15 El acto sexual me proporciona placer.

EBP

HOJA DE RESPUESTAS

Apellidos y nombre _____

Sexo V M Edad / / Localidad _____

Estudios realizados _____ Profesión _____

Fecha / / Cuestionario n° ① ② ③ (Marque el que corresponda a los cuestionarios contestados)

①	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
Ej.	X				
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					

②	Nunca	Raras veces	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
Ej.				X	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

③	Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Parte de acuerdo, parte en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					



Autor: J. Sánchez-Cánovas.
 Copyright © 1998, 2014 by TEA Ediciones, S.A.U.
 Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados. Edita: TEA Ediciones, S.A.U.; Fray Bernardino Sahagún, 24; 28036 MADRID - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España.