

EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN EL BIENESTAR PSICOLÓGICO EN ADULTOS QUE PADECEN ARTRITIS REUMATOIDE

EFFECTIVENESS OF ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY ON PSYCHOLOGICAL WELL-BEING IN ADULTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

¹**Laura Andrea Álvarez Rodríguez**, Universidad de Panamá. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Clínica y de la Salud y Clínica Psicológica. Panamá. Email: laura.alvarezr@up.ac.pa
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7195-6817>

²**Miguel Ángel Cañizales Mendoza**, Universidad de Panamá. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Industrial, Organizacional y Social, Panamá. Email: macanizales@wpanama.net Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7433-2118>
DOI <https://doi.org/10.48204/red.v2n2.4023>

Recibido: 2 de mayo de 2023

Aceptado: 15 de mayo de 2023

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 clave: 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

En esta investigación, se busca conocer la efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso, en el bienestar psicológico de adultos que padecen artritis reumatoide.

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)

Como antecedentes de este estudio, encontramos dentro de las investigaciones nacionales a 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.

Por otra parte, en el plano internacional, son diversos los aportes, como los de Reyes (2021) donde realizó una investigación cuyo 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 logró 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.

En España, Van-der Hofstadt et al. (2017) realizaron una investigación que buscó 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, 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.

Este 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 trabajó directamente con la reducción del mismo. Sino que buscó 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 esperaba que incidiera de manera significativa en el Bienestar psicológico de los participantes.

MATERIALES Y MÉTODOS

La variable independiente es la Terapia de Aceptación y Compromiso, se abordó 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, PhD. y John T. Borrell, PhD.

La variable dependiente es el bienestar psicológico y se midió a través de La Escala de Bienestar Psicológico (EBP) de José Sánchez –Cánovas. Esta 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.

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. El diseño de investigación es de tipo cuasiexperimental de grupo único con pretest y postest 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.

La población que fue seleccionada para este estudio fue de 540 Pacientes adultos afiliados a la Fundación de Artritis Reumatoide de Panamá. 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, porque los participantes fueron seleccionados en función de su accesibilidad o a criterio personal e intencional del investigador.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

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

Características generales de la población

Se les aplicó la Escala de Bienestar Psicológico a 24 participantes, y de las cuales, 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.

Análisis de los resultados de la muestra

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

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 73 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. (Tabla 1)

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

Escala de Bienestar Psicológico total

Los resultados obtenidos del Pretest y Postest en la Escala de Bienestar Psicológico, se evidencia 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.

En la prueba de Wilcoxon, se observa que al comparar las medias del pretest y postest en la Escala de bienestar psicológico total. De acuerdo con los resultados obtenidos, el valor Z es de -2.670 y el valor de $p = 0.008$, que es menor al valor $\alpha = 0.05$, por lo que hay suficiente

evidencia para rechazar la hipótesis nula, aceptando la hipótesis de investigación, 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.

Subescala de bienestar subjetivo

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.

En la prueba de Wilcoxon, se observa que al comparar las medias del pretest y posttest en la subescala de bienestar subjetivo. De acuerdo con los resultados obtenidos, el valor Z es de -2.670 y el valor de $p = 0.008$, que es menor al valor $\alpha = 0.05$, por lo que hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula, aceptando la hipótesis de investigación, 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.

Subescala de bienestar material

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.

En la prueba de Wilcoxon, se observa que al comparar las medias del pretest y posttest en la subescala de bienestar material. De acuerdo con los resultados obtenidos, el valor Z es de -2.677 y el valor de $p = 0.007$, que es menor al valor $\alpha = 0.05$, por lo que hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula, aceptando la hipótesis de investigación, 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.

Subescala de bienestar laboral

Los resultados obtenidos del Pretest y Posttest en la subescala de bienestar laboral, se evidencia 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 posttest, 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 posttest, 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 posttest, a ± 23.32 puntos.

En la prueba de Wilcoxon, se observa que al comparar las medias del pretest y posttest en la subescala de bienestar laboral. De acuerdo con los resultados obtenidos, el valor Z es de -2.524 y el valor de $p = 0.012$, que es menor al valor $\alpha = 0.05$, por lo que hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula, aceptando la hipótesis de investigación, 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.

Subescala de bienestar en la relación de pareja

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.

En la prueba de Wilcoxon, se observa que al comparar las medias del pretest y postest en la subescala de bienestar en la relación de pareja. De acuerdo con los resultados obtenidos, el valor Z es de -2.675 y el valor de $p = 0.007$, que es menor al valor $\alpha = 0.05$, por lo que hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula, aceptando la hipótesis de investigación, esto indica que si hay diferencia significativa entre los puntajes del pretest y postest después aplicada la intervención basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso.

DISCUSIÓN

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 evidente la 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 100 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 cómo 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 103 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.

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 posttest. 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 posttest \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 y bienestar en la relación de pareja.

Por otra parte, 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.

ANEXOS: FIGURAS

Figura 1:

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.

Figura 2:

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.

Figura 3:

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.

Figura 4:

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.

Figura 5:

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.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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. (2002). Depresión y familia en pacientes con artritis reumatoide. *Rev Col de Reum.*; 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.
- 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.
- Geenen 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. (2005) Autoeficacia, desesperanza aprendida e incapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Inter J Clin Health Psychol*. 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/>.