

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Stefano Vinaccia, Japcy Margarita Quiceno, Carla Zapata, Liliana Abad
Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia

Ricardo Pineda y Juan Manuel Anaya
Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB) Medellín, Colombia

RESUMEN

La siguiente investigación presenta los resultados de un estudio desarrollado en Colombia sobre la evaluación de la calidad de vida y sus relaciones con la depresión, ansiedad y optimismo disposicional en 32 pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico de la Clínica Universitaria Bolivariana de la ciudad de Medellín, Colombia. Para evaluar la calidad de vida se utilizó el Cuestionario SF36, la ansiedad-depresión fue evaluada mediante el Cuestionario HAD, y se trabajó con el Cuestionario DIOP para medir optimismo. El estudio evidenció que los pacientes perciben una calidad de vida favorable en todas las dimensiones que conforman el cuestionario SF36, no se encontraron niveles clínicamente significativos de ansiedad-depresión, y por último se encontró alta predisposición hacia el optimismo.

Palabras Claves: lupus eritematoso sistémico, calidad de vida relacionada con la salud, emociones negativas, optimismo disposicional.

ABSTRACT

The following investigation shows the results of a study developed in Colombia about the evaluation of the quality of life and its relationship with the anxiety-depression and dispositional optimism in 32 patients with systemic lupus erythematosus diagnosis from the University Clinic Bolivariana of the city of Medellín, Colombia. The quality of life was evaluated through the Questionnaire SF36, the anxiety-depression was evaluated by Questionnaire HAD, and Questionnaire DIOP was used to measure dispositional optimism. The study demonstrated that these patients perceive a quality of life favorable in all the dimensions that conform questionnaire SF36, no clinically significant levels of anxiety-depression were encountered and finally found high predisposition towards the optimism.

Key words: Systemic lupus erythematosus, quality of life related to health, negative emotions, dispositional optimism.



En las últimas décadas, las investigaciones sobre enfermedades crónicas han aumentado vertiginosamente, tanto por la alta incidencia y prevalencia de estas dolencias, como por su carácter permanente, que obliga a diversos cambios en los hábitos y estilos de vida que los sujetos deben afrontar, lo que implica reajustes psicológicos de gran impacto para los mismos (Vinaccia et al., 2005a; Vinaccia et al., 2005b; Vinaccia et al., 2005c).

El Lupus Eritematosos Sistemico (LES) es una enfermedad inflamatoria crónica de causa desconocida, aunque la herencia, el entorno y los cambios hormonales juegan un papel importante que afecta a todas las edades, pero con mayor frecuencia a adultos entre los 18 y 50 años con predominio del sexo femenino en una proporción de un hombre por cada 10 a 12 mujeres. La prevalencia del LES varía en los distintos grupos de población, oscilando entre 300 y 400 pacientes por cada 100.000 habitantes. Es más común en ciertos grupos étnicos, especialmente los afroamericanos. Alrededor del 70 por ciento de las personas que sufren lupus presentan la forma sistémica, o LES (Molina, Anaya y Molina, 2000).

El LES es un desorden del sistema inmunitario el cual, normalmente, funciona protegiendo el organismo contra infecciones y virus. En el LES, dicho sistema inmunitario es hiperactivo y se producen importantes cantidades de anticuerpos anormales que reaccionan con los tejidos del propio paciente, afecta a todos los órganos y sistemas, primordialmente las articulaciones, músculos y piel, pero también aunque en menor grado a estructuras internas como los pulmones, corazón, riñones y cerebro (Camargo, et al., 2005). La inflamación se refiere a una reacción que provoca: dolor; calor; enrojecimiento e hinchazón. Casi la mitad de las personas con lupus sistémico padecen de una forma que afecta los órganos internos principales, especialmente los riñones. En la otra mitad de los pacientes con lupus sistémico, están afectadas principalmente la piel y las articulaciones (Gómez, et al., 2005).

Por consiguiente, el desarrollo de una enfermedad como el LES puede alterar la calidad de vida del paciente, asumiendo que el concepto de “calidad de vida” es complejo, global, inclusivo y multidisciplinario (Schwartzmann, 2003). Este concepto aparece hacia los años cincuenta y tiene una gran expansión a lo largo de los años ochenta, su origen proviene principalmente de la medicina y se amplía rápidamente a la sociología y la psicología, desplazando a otros términos difíciles

de operativizar, como “felicidad” y “bienestar”; si bien, el término es reciente como forma de preocupación individual y social por la mejora de las condiciones de vida, existe desde los comienzos de la historia de la humanidad (Rodríguez-Marín, 1995; Buena-Casal, Caballo y Sierra, 1996). Inicialmente este concepto consistía en el cuidado de la salud personal, luego se convirtió en la preocupación por la salud e higiene públicas, se extendió después a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continuó con la capacidad de acceso a los bienes económicos, y finalmente se transformó en la preocupación por la experiencia del sujeto, la vida social, la actividad cotidiana y la propia salud (Schwartzmann, 2003).

El concepto incluye términos afines, como salud y bienestar, los que se ven seriamente afectados cuando aparece una enfermedad crónica donde el paciente puede experimentar el empobrecimiento de las actividades diarias y el progresivo o permanente acortamiento de las propias posibilidades, afectando asimismo al autoconcepto, al sentido de la vida y provocando estados depresivos (Gil-Roales, 2004). Por último, Schwartzmann (2003), sostiene que el aumento en la esperanza de vida, hace que la calidad de vida sea el objetivo primordial en la atención de éstos pacientes.

A nivel general las enfermedades crónicas suelen afectar de manera importante varios aspectos de la vida de los pacientes (Rodríguez-Marín, 1995), desde la fase inicial aguda, en la que los pacientes sufren un periodo de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico, acompañado de ansiedad, miedo y desorientación (Brannon y Feist, 2001), hasta la asunción del carácter crónico del trastorno, que implica en mayor o menor medida, cambios permanentes en la actividad física, laboral y social de los pacientes, condición que suele durar toda la vida (Latorre y Beneit, 1994).

Numerosos síntomas psicológicos han sido señalados de forma consistente en relación a esta enfermedad, léase: depresión, ansiedad, euforia asociada a algún grado de demencia, ignorancia de la enfermedad o de sus síntomas, irritabilidad, apatía, trastornos de la autoimagen, fatiga, alteraciones cognitivas, y disfunciones sensorio motoras. Al respecto Rubio, et al. (1998) desarrollaron una investigación con 46 pacientes con diagnóstico de LES para investigar el predominio particular de los desórdenes psiquiátricos en estos pacientes y la relación entre los desórdenes psiquiátricos, la debilitación cognoscitiva, la calidad de la vida, el estado psicológico y el ajuste a la enfermedad. Se

encontró que un 33% de la muestra tenía desórdenes psiquiátricos de tipo afectivo. Estos desórdenes eran asociados a una menor calidad de vida y a un número de hospitalizaciones mayores.

Sobre el mismo tema Jump, et al. (2005) desarrollaron una investigación con 127 pacientes con diagnóstico de LES para determinar la relación entre la depresión, la fatiga, el dolor y el apoyo social. Los resultados concluyeron que el dolor y la depresión eran predictores principales de la fatiga y que el apoyo social percibido podía favorecer la disminución en la percepción de los síntomas de fatiga, sugiriendo un efecto de “colchón” contra los agentes estresores producidos por la enfermedad.

En otra investigación sobre desórdenes psiquiátricos en enfermedades reumáticas, se encontró que un 90% de los pacientes tenían síndromes psiquiátricos como síndromes cognoscitivos que incluyen el estado agudo confusional, los desórdenes de ansiedad, la sintomatología depresiva y la psicosis (Haupt, 2004).

Por el contrario, en otro estudio Segui et al. (2000) concluyeron que en los pacientes con LES, los desórdenes psiquiátricos y psicosociales durante los episodios agudos de la enfermedad son normalmente moderados y parecen estar relacionados al impacto psicológico de la actividad de la enfermedad sobre los pacientes. Además consideran que este tipo de patología psiquiátrica es similar a lo que se esperaría en otros grupos quienes se estén enfrentando con un evento estresante, indicando que los pacientes no reaccionaron en una forma específicamente determinada por su enfermedad sistémica.

De otro lado, diferentes investigadores se han interesado en estudiar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), la cual hace referencia a las experiencias y expectativas relacionadas con el estado de salud y la asistencia sociosanitaria (Martínez-Martín, 1999).

Rinaldi, et al. (2004) en un estudio donde el objetivo era examinar la calidad de la vida relacionada con la salud a 126 pacientes italianos con LES y compararla con una muestra sana de 96 personas, a quienes se les aplicó el Cuestionario SF36 se encontró bajos niveles de calidad de vida en las dimensiones físicas y psicosociales de los pacientes con LES comparados con los sujetos controles. Igualmente Rinaldi et al. (2001) han demostrado que estos pacientes tienen una peor calidad de vida que las personas saludables de la misma edad, y que algunos aspectos de la vida diaria, como la actividad física, el trabajo, las relaciones sociales y la vitalidad, están particularmente afectadas.

Por consiguiente Abu-Shakra et. al. (1999) encontraron al evaluar calidad de vida en pacientes con LES con y sin síntomas asociados de Fibromialgia que las puntuaciones más bajas las tenían los pacientes con comorbilidad entre LES y Fibromialgia en comparación a pacientes con solo LES y controles sanos. Concluyendo que la calidad de vida de los pacientes con LES se encontraba particularmente deteriorada cuando se presentaba la enfermedad asociada con fibromialgia. Otros estudios sugieren que el LES afecta todas las áreas que son consideradas esenciales para la calidad de vida de un individuo, incluso la conducta de vigilancia, recreación/entretenimiento, sueño y descanso, manejo de la casa, interacción social, y el equilibrio emocional (Lash, 1998). Finalmente Jolly, (2005) en una investigación donde se comparó la calidad de vida de pacientes con LES y otras enfermedades crónicas como diabetes tipo II, hipertensión e infarto de miocardio encontró que la calidad de vida de estos pacientes era inferior en todas sus dimensiones en comparación con las enfermedades anteriormente mencionadas.

De otro lado, el optimismo disposicional puede ser considerado una variable en el funcionamiento del ser humano, la cual actúa como un factor moderador intermedio en la salud y los comportamientos de las personas, ya que sirve como elemento motivador de las conductas que promueven el cambio y la acción humana (Ortíz, Ramos y Vera, 2003).

Numerosos estudios con enfermedades crónicas han demostrado la influencia positiva del optimismo disposicional sobre el bienestar psicológico y la percepción de la calidad de vida en enfermos crónicos (Schou, et al., 2005; Ironson, et al., 2005)

El objetivo de este estudio descriptivo exploratorio mediante encuestas de tipo transversal (Montero y León, 2002), fue estudiar las relaciones entre la calidad de vida, la depresión-ansiedad y optimismo disposicional en una muestra de pacientes colombianos con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico.

MÉTODO

Participantes

En el presente estudio se lograron obtener los datos sociodemográficos de 32 pacientes con diagnóstico de LES según los criterios del Colegio Americano de Reumatología (Hochberg, 1997) en tratamiento médico de la unidad de Reumatología de la Clínica Univer-

sitaria Bolivariana de la ciudad de Medellín, Colombia. El 93,8% de ellos fueron mujeres con una edad media de $32,37 \pm 13,77$. La media de años de escolaridad fue de $11,3 \text{ años} \pm 3,85$. De acuerdo a la estratificación socioeconómica por servicios públicos, utilizada en Colombia, se encontró que el 44,8% pertenecieron al estrato 2 y el 48,3% pertenecieron al estrato 3, solo 2 pacientes (6,9%) pertenecieron al estrato 4 y no hubo pacientes de los estratos 1, 5 y 6 en la muestra estudiada. La mayoría de los pacientes eran solteros (56%), el 38% eran casados y el resto estaban ubicados en estado civil divorciado, viudo y unión libre (6.0%).

Instrumentos

La calidad de vida se evaluó mediante el Cuestionario de Salud SF36, diseñado por el Health Institute, New England Medical Center, de Boston Massachusetts, para medir conceptos genéricos de salud relevantes a través de la edad, enfermedad y grupos de tratamiento (Ware y Sherbourne, 1992). El SF36 es un instrumento psicométricamente sólido, para evaluar calidad de vida relacionada con la salud en términos de funcionamiento físico y psicológico, sus ítems detectan tanto estados positivos como negativos de salud. El SF 36, ha sido traducido y adaptado para ser utilizado internacionalmente a través del proyecto Internacional Quality of Life Assessment (IQUOLA), su traducción al castellano siguió un protocolo común a todos los países que participan en el proyecto IQUOLA, y se basó en el método de traducción y retrotraducción por profesionales y la realización de estudios piloto (Alonso et al., 1995; Alonso et al., 1998).

El SF 36 evalúa las ocho dimensiones siguientes: Función Física (limitaciones físicas), Rol Físico (interferencia en el trabajo y actividades diarias), Dolor Corporal (intensidad del dolor y su efecto en las actividades), Salud General (valoración personal de la salud), Vitalidad (sentimiento de energía), Función Social (interferencia en la vida social habitual), Rol Emocional (interferencia en el trabajo u otras actividades diarias), Salud Mental (depresión, ansiedad, control emocional y de la conducta), y Evolución declarada de la salud (valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás). El SF 36 puntúa en una escala de 0 a 100, las cifras más altas indican una mejor calidad de vida.

Para evaluar el nivel de ansiedad y depresión se utilizó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), en la versión en castellano desarrollada en Colombia por Rico, Restrepo y Molina (2005). El coefi-

ciente alfa de Cronbach encontrado en la validación fue de 0.85. El HAD utiliza una escala tipo Likert con 4 posibilidades de respuesta que van de 0 hasta 3 para evaluar de manera situacional la ansiedad y la depresión, con relación al periodo actual. La puntuación total en cada subescala de 7 preguntas se obtiene sumando los ítems correspondientes, en un rango de 0 a 21. A mayor puntuación, más altos niveles de ansiedad o depresión.

Escala de Optimismo Disposicional -DIOP- desarrollado por Joiner, 1997, versión española de Chorot, (1998). Diseñado para medir optimismo disposicional funcional en mayores de 18 años, puede aplicarse en forma individual o colectiva y tiene una duración aproximada de 3 minutos. Está formado por 12 ítems que forman una sola dimensión sobre optimismo. Esta escala utiliza un formato tipo Likert con 4 posibilidades de respuesta que van desde 0 para "Nada aplicable a mí" hasta 3 para "Completamente aplicable a mí", con un rango que oscila entre 0 a 36 puntos. A mayor puntuación alcanzada más altos niveles de optimismo disposicional percibido.

Procedimiento

Las pruebas se aplicaron en el auditorio de la facultad de Medicina de la Clínica Universitaria Bolivariana, de la ciudad de Medellín. Antes de la administración de los instrumentos se realizó una reunión con el fin de dar la información pertinente y aclarar dudas a los participantes (sobre su participación y retiro libre y voluntario del proceso, objetivo de la investigación, procedimiento a seguir, inconvenientes y riesgos, grado de confidencialidad, no retribución económica y secreto ético). Posteriormente, cada paciente respondió de manera individual a los instrumentos sin parámetro de tiempo, algunos tuvieron ayuda del entrevistador (estudiantes de psicología).

RESULTADOS

Se observa (Tabla 1) las diferentes medidas de tendencia central como lo son la media y la DT de cada uno de los grupos de variables de los cuestionarios.

Específicamente encontramos que las variables del cuestionario SF-36, en general tienden a valores altos en todas las dimensiones físicas (véase función física, rol físico, salud general, vitalidad y dolor) y psicosociales del cuestionario, (véase función social, rol emocional y salud mental), según los criterios de Alonso et al., (1998).

Tabla 1: Estadísticas descriptivas de las variables del estudio: Calidad de Vida, Ansiedad-Depresión y optimismo Disposicional.

	Media	DT
Cuestionario SF 36		
Función Física (FF)	73,9	20,9
Rol Físico (RF)	67,9	43,1
Dolor Corporal (DC)	56,1	30,3
Salud General (SG)	56,2	20,9
Vitalidad (VT)	65,0	20,2
Función Social (FS)	80,3	22,4
Rol Emocional (RE)	74,9	39,7
Salud Mental (SM)	64,8	23,4
Escala HAD		
HAD Ansiedad	6,7	4,3
HAD Depresión	3,3	2,9
Escala de Optimismo Disposicional		
DIOP	22,5	5,4

Tabla 2: Comparación entre las medias de las dimensiones del cuestionario SF36 entre la muestra sana y pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico

MUESTRA	Función Física (FF)	Rol Físico (RF)	Dolor Corporal (DC)	Salud General (SG)	Vitalidad (VT)	Función Social (FS)	Rol Emocional (RE)	Salud Mental (SM)
Personas Sanas	93.9	90.3	82.0	84.4	75.8	85.8	86.3	79.5
Pacientes con Lupus	73,9	67,9	56,1	56,2	65,0	80,3	74,9	64,8

En relación a la variable Función Física (FF) se evidencia que es una de las más altas entre todas las subescalas físicas, indicando muy pocas dificultades que limiten las actividades físicas y de autocuidado que impliquen esfuerzos moderados e intensos en los sujetos que participaron en el estudio. Respecto a Rol Físico (RF), se observa que la enfermedad no interfiere en las actividades relacionadas con el rol diario (trabajo, estudio, etc.). En cuanto a la dimensión Dolor Corporal (DC) se aprecia en este estudio, que los pacientes no tienen una gran interferencia del dolor en sus actividades de trabajo y de hogar. Igualmente en la dimensión de Salud General (SG) se percibe una valoración moderadamente positiva sobre la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse. Por último, se evidencia además, altos sentimientos de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.

Respecto a la Función Social (FS) es de resaltar que es una de las dimensiones más altas en relación a todas

las escalas en general, observándose mínimos problemas de salud física y/o emocional que interfieran en la vida social habitual de estos pacientes. En cuanto a Rol Emocional (RE), se evidencia que en éstas personas no se presentaron interferencias significativas de lo emocional en las actividades diarias, favoreciéndoles tener el rendimiento adecuado en el hogar y el trabajo. Consecuentemente, no se evidenció significativamente niveles emocionales negativos (ansiedad-depresión-estrés) en cuanto a la dimensión de la Salud Mental (SM), posibilitándole a los sujetos del estudio poder tener un buen control emocional en su vida.

En relación con los puntajes de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), se puede apreciar que las variables ansiedad y depresión son muy bajas, respecto a los puntos de corte de 8 para la subescala de Ansiedad y 9 para la subescala de Depresión planteados por Rico, Restrepo y Molina (2005), para indicar si los pacientes tienen síntomas o no de ansiedad y depresión.

Con respecto a la Escala de Optimismo Disposicional (DIOP), se encontró que éstas personas tienen muy buenos niveles de Optimismo, según los criterios de Chorot (1998).

Se comparan en la tabla 2 nuestros resultados con los obtenidos en población sana Colombiana de la ciudad de Medellín con el cuestionario SF36 (García y Lugo, 2002). Encontrando que las dimensiones de calidad de vida no son muy afectadas en los pacientes con LES con respecto a las personas sanas.

En la Tabla 3 se puede observar los resultados de la regresión lineal múltiple donde la variable dependiente Función Social, que hace referencia al grado en que los problemas de salud física y/o emocional interfieren en la vida social habitual, se ve influenciada positivamente por la variable predictora de optimismo, ya que a mayor optimismo mejor función social. Por otro lado se encontró también que la depresión es el predictor que afecta negativamente la mayoría de las escalas del SF-36 que evalúan la calidad de vida, sobre todo en lo relacionado con el dolor corporal, rol emocional y la salud mental.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se trabajó con una muestra de 32 pacientes, la gran mayoría de ellos son mujeres diagnosticados con LES de la ciudad de Medellín, Colombia. A quienes se les administraron los Cuestiona-

rios SF36, HAD y DIOP, con una edad media de 32 años, la mayoría pertenecían a estratos medios-bajos.

En cuanto a la calidad de vida de los pacientes del estudio de acuerdo al cuestionario SF36 se evidenció muy buen nivel de bienestar físico y mental en general tanto en las escalas físicas (función física, rol físico, salud general, vitalidad y dolor) como psicosociales (función social, rol emocional y salud mental), resultados que se contradicen con las investigaciones realizadas entre otras por Rinaldi, et al. (2001, 2004); Abu-Shakra et al. (1999); Lash, (1998) y Jolly, (2005), quienes encontraron bajos niveles de calidad de vida en estos pacientes en comparación con poblaciones control sanas y aún más con otras enfermedades crónicas.

A nivel general no se encontró en nuestra muestra síntomas clínicos de ansiedad-depresión, teniendo en cuenta los estándares de referencia de la escala HAD en la versión colombiana (Rico, Restrepo y Molina, 2005). Estos resultados difieren con las investigaciones desarrolladas por Rubio, et al. (1998); Jump, et al. (2005) y Haupt (2004) quienes platearon altos niveles de ansiedad-depresión en este tipo de pacientes.

Al respecto, en otros estudios Sharpe, et al. (2004) han encontrado una fuerte correlación entre los indicadores de calidad de vida y variables como la depresión. En una investigación sobre la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes italia-

Tabla 3: Análisis de regresión entre de las variables del estudio: Calidad de Vida, Ansiedad-Depresión y Optimismo Disposicional

VARIABLES	PREDICTOR	β ESTIMADO	P	(IC) 95%
Salud general	Depresión	-4,08	0,001	-6,28; -1,87
Función física	NE	ND	ND	ND
Rol físico	NE	ND	ND	ND
Rol emocional	Depresión	-11,89	0,000	-14,37; -9,41
Función social	Depresión (IN)	-4,13	0,001	-6,35; -1,91
	Optimismo (IP)	1,46	0,018	0,27; 2,60
Dolor corporal	Depresión	-4,20	0,022	-7,75; -0,65
Vitalidad	Depresión	-4,14	0,000	-6,10; -2,19
	Ansiedad	-1,35	0,042	-2,66; -0,053
Salud mental	Depresión	-6,26	0,000	-8,14; -4,38

Resumen del modelo: R^2 Pearson $\geq 0,34$. $P < 0,05$ Considerada significativa. El estimado $\hat{\alpha}$ representa la diferencia en calidad de vida por unidad de cambio en la variable predictora. NE = No encontrado, ND = No datos, IN = Influencia negativa, IP = Influencia positiva. IC = Intervalo de confianza.

nos con LES y el papel de determinantes clínicos, inmunológicos y psicológicos (Doria, et.al. 2004), fue aplicado a una cohorte de 126 pacientes con LES el SF-36, se les realizó una evaluación clínica y de laboratorio, junto con la medida de actividad, de severidad y de daño de la enfermedad, y una batería de pruebas psicológicas incluyendo la escala HAD. Se encontró que los parámetros que parecían influenciar en el detrimento de la salud en general relacionada con la calidad de vida eran una mayor edad, síntomas de artritis y altos puntajes en el HAD. Concluyendo que la ansiedad, la depresión y el dolor articular parecen ser determinantes principales de la disminución de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con LES.

En cuanto al optimismo disposicional se encontró en general que los pacientes evaluados en nuestro estudio tienen una alta predisposición hacia el optimismo a pesar de tener una enfermedad crónica. En el área de la salud el optimismo se ha asociado con una mejor salud física y un enfrentamiento más exitoso a los desafíos de la vida, se ha visto además que los optimistas al enfrentarse a diferentes agentes estresantes experimentan menos ánimo negativo y comportamientos de salud más adaptables (Solberg, et. al. 2005), lo cual está relacionado con la capacidad de los sujetos de enfrentar los problemas físicos y/o emocionales de manera que estos no interfieran en su funcionamiento social habitual.

También en los estudios sobre optimismo, en general se ha observado que los sujetos más optimistas tienen más estrategias de afrontamiento centradas en el problema que los pesimistas, valoran de forma más positiva las situaciones estresantes, y buscan apoyo social (Carver y Gaines, 1987; Séller, Weintraub y Carver, 1986 citados por Ortíz, Ramos y Vera, 2003). Lo anterior se corrobora con los datos obtenidos en el análisis de regresión lineal múltiple de nuestro estudio, donde la variable dependiente Función Social, que hace referencia al grado en que los problemas de salud física y/o emocional interfieren en la vida social habitual, se ve influenciada fuertemente por la variable predictora de optimismo, ya que a mayor optimismo mejor función social. Por otro lado se encontró también que la depresión es el predictor que afecta negativamente la mayoría de las escalas del SF-36 que evalúan la calidad de vida, sobre todo en lo relacionado con el dolor corporal, rol emocional y la salud mental.

Una lectura de estos resultados nos podría llevar a pensar en el rol de los recursos personales y sociales de los individuos cuando se enfrentan al estrés causado por una enfermedad crónica. Las experiencias emocionales son una de las fuentes de información que tienen las personas acerca de sí mismas (Barra, 2004). Debido a esto, la evaluación que hace un individuo de su estado de salud puede variar dependiendo de su estado anímico. El estado emocional puede ser, entonces, perfectamente el mediador de la relación entre el apoyo social y la salud (Barra, 2004). El apoyo social podría, entonces, ser considerado como un importante recurso de afrontamiento del estrés (Sandín, 2003). Una especie de "fondo" del que la gente puede disponer cuando tiene que hacer frente a los estresores.

El apoyo social es un concepto complejo que incluye por lo menos tres niveles de análisis (comunitario, redes sociales e íntimos), que cumplen una serie de funciones emocionales, materiales, informativas (Barron y Chacon, 1992). El apoyo emocional se refiere a las demostraciones de amor, cariño y pertenencia a un grupo, e implica poder hablar con alguien sobre las preocupaciones, molestias y sentimientos negativos que ocasiona la enfermedad (Barez, Blasco y Fernandez Castro, 2003). Al respecto, se ha encontrado que las personas que padecen de alguna una enfermedad crónica y que tienen un alto nivel de satisfacción con respecto al apoyo social, presentan un mejor grado de adaptación a la enfermedad (Affleck et al., 1988) y que es más importante la percepción que tiene el paciente de lo adecuado del soporte social que el soporte que realmente recibe (Katz y Neugebauer, 2001). Algunos estudios han podido comprobar, de acuerdo con la teoría de la amortiguación, que la percepción de disponer de apoyo protege a las personas de los efectos patogénicos de los eventos estresantes, Cohen y Willis (1985), Cohen y Herbert (1996), citados por Gómez, Pérez y Vila (2001).

Al respecto es importante considerar que la gran mayoría de la muestra estaban en una etapa evolutiva de adultas jóvenes, solteras, con altos niveles de expectativas y motivaciones frente a la vida afectiva y éstas personas podrían disponer de adecuadas estrategias de afrontamiento que valdría la pena estudiar.

Finalmente hay suficiente evidencia que muestra que diversos factores psicosociales se asocian con la LES, lo cual apoya la hipótesis de que contribuyen a su curso clínico. El diseño de un modelo que permita

entender más integralmente la LES, se hace necesaria. Es así, como el impacto de las enfermedades crónicas como la LES, parece estar estrechamente vinculado a la situación social, cultural y económica de estos pacientes, incidiendo de forma diferencial en su calidad de vida.

REFERENCIAS

- Abu-Shakra, M; Mader, R; Langevitz, P; Friger, M; Codish, S; Neumann, L. y
Buskila, D. (1999). Quality of life in systemic lupus erythematosus: a controlled study. *Journal of Rheumatology*, 26, 306-9
- Affleck, G; Tennen, H; Pfeiffer, C; Fifield, J. y Rowc, J. (1988). Social support and psychosocial adjustment to rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Research*, 1, 71-77.
- Alonso, J; Prieto, L. y Antó J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-776.
- Alonso, J; Regidor, E; Barrio, G; Prieto, L; Rodríguez, C y De la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica*, 111, 410-416
- Barez, M; Blasco, T. y Fernández Castro, J. (2003). La inducción de la sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes con cáncer. *Anales de Psicología*, 19, 235-246.
- Barra, E. (2004). Apoyo social estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14, 237-243.
- Barron, A. y Chacón, F. (1992). Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Revista de Psicología Social*, 7, 53-59
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo
- Buela-Casal, G; Caballo, V.E. y Sierra, J.C. (Eds.) (1996). *Manual de evaluación de la psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Camargo, J.F; Tobon, G.J; Fonseca, N; Diaz, J.L; Uribe, M; Molina, F. y Anaya J.M. (2005). Autoimmune rheumatic diseases in the intensive care unit: experience from a tertiary referral hospital and review of the literature. *Lupus*, 4, 315-20.
- Chorot, P. (1998). *Escala de optimismo disposicional de Joiner (DIOP)*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) (Policopiado).
- Doria, A; Rinaldi, S; Ermani, M; Salaffi, F; Laccarino, L; Ghirardello, A; Zampieri, S; Della, S; Perini, G. y Tudesco, S. (2004). Role of clinical, immunological and psychological determinants. *Rheumatology*, 51, 989-95
- García, H. y Lugo, H. (2002). Adaptación cultural y fiabilidad del instrumento de calidad de vida SF36 en instituciones de Medellín. Tesis de Maestría. Medellín: facultad nacional de salud pública.
- Gil-Roales, J. (Ed.) (2004). *Psicología de la salud: Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Gómez, L.M; Anaya, J.M; González, C.I; Pineda-Tamayo, R; Otero, W; Arango, A. y Martin, J. (2005). Polymorphism in Colombian patients with autoimmune diseases. *Genes Immunology*, 6, 628-31
- Gómez, L; Pérez, M. y Vila, J. (2001). Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud. *Psicología Conductual*, 9, 5-38
- Haupt, M. (2004). Psychiatric disorders in rheumatic diseases, as exemplified by systemic lupus erythematosus (SLE). *Rheumatology*, 63, 122-30
- Hochberg, M.C. (1997). Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus letter. *Arthritis Rheumatism*, 40, 17-25
- Ironson, G; Balbin, E; Stuetzle, R; Fletcher, M.A; O'Cleirigh, C; Laurenceau, J.P; Schneiderman, N. y Solomon, G. (2005). Dispositional optimism and the mechanisms by which it predicts slower disease progression in HIV: proactive behavior, avoidant coping, and depression. *International Journal Behavioral Medicine*, 12, 86-97
- Jolly, M. (2005). How does quality of life of patients with systemic lupus erythematosus compare with that of other common chronic illnesses?. *Journal Rheumatology*, 32, 1706-8
- Jump, R.L; Robinson, M.E; Armstrong, A.E; Barnes, E.V; Killbourn, K.M. y Richards, H.B. (2005). Fatigue in systemic lupus erythematosus: contributions of disease activity, pain, depression, and perceived social support. *The Journal of Rheumatology*, 32, 1699-705
- Katz, P.P y Neugebauer, A. (2001). Does satisfaction with abilities mediate the relationship between the impact of rheumatoid arthritis on values activities and depressive symptoms?. *Arthritis Rheumatism*, 45, 263-269.
- Lash, A.A. (1998). Quality of life in systemic lupus erythematosus. *Applied Nursing Research*, 11, 130-7

- Latorre, P. y Beneit, J.M. (1994). *Psicología de la salud: Aportaciones para los profesionales de la salud*. Buenos Aires: Lumen
- Martínez-Martín, P. (1999). Calidad de vida y enfermedad de Parkinson. *Neurología*, 14, 164-171
- Molina, J.; Anaya, J. y Molina, J. (2000). *Lupus Eritematoso: Manual práctico para médicos y pacientes*. Medellín: CIB.
- Montero, I. y León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 503-508
- Ortíz, J.; Ramos, N.; Vera, P. (2003). Optimismo y Salud: Estado actual e implicaciones para la psicología clínica y de la salud. *Revista Suma Psicología*, 10, 119-134.
- Rico, J.L.; Restrepo, M. y Molina, M. (2005). Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del instituto nacional de Cancerología de Colombia. *Avances en Medicina*, 3, 73-86
- Rinaldi, S.; Doria, A.; Salaffi, F.; Ermani, M.; Laccarino, L.; Ghirardello, A.; Zampieri, S.; Sarzi-Puttini, P.; Bambari, P.F. y Perini, G. (2004). Health-related quality of life in Italian patients with systemic lupus erythematosus. Relationship between physical and mental dimension and impact of age. *Rheumatology*, 43, 1574 - 9
- Rinaldi, S.; Doria, A.; Vescovi, F.; Corbanese, S.; Laccarino, L.; Della, S. y Perini, G. (2001). Quality of life in systemic lupus erythematosus. *Reumatismo*, 53, 108 -115
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis
- Rubio, G.; Gil, A.; Balsa, A.; Ferre, F.; Moreno de la Santa, C.; Martín, E.; García, A. y Lavilla, P. (1998). Prevalence of psychiatric disturbances and psychopathologic status in patients with systemic lupus erythematosus. *Revista Clínica Española*, 198, 61-5
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 141-157.
- Schou, I.; Ekeberg, O.; Sandvik, L.; Hjermland, M.J. y Ruland, C.M. (2005). Multiple predictors of health-related quality of life in early stage breast cancer. Data from a year follow-up study compared with the general population. *Quality of Life Research*, 14, 1813-23
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 2, 9-21
- Seguí, J.; Ramos-Casals, M.; García-Carrasco, M.; De Flores, T.; Cervera, R.; Valdes, M.; Font, J. y Ingelmo, M. (2000). Psychiatric and psychosocial disorders in patients with systemic lupus erythematosus: a longitudinal study of active and inactive stages of the disease. *Lupus*, 9, 584-8
- Sharpe, L.; Denton, F. y Schrieber, L. (2004). Validity of the disease repercussion profile in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus*, 13, 428-35
- Solberg, L.; Segerstrom, S.C. y Sephton, S.E. (2005). Engagement and arousal: Optimism's effects during a brief stressor. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 111-120
- Vinaccia, S.; Contreras, F.; Palacio, C.; Marin, A. y Tobon, S. (2005a). Disposiciones fortalecedoras: Personalidad Resistente y Autoeficacia en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide. *Terapia Psicológica*, 23, 15-24
- Vinaccia, S.; Quiceno, J.M.; Contreras, F.; Zapata, M.; Fernández, H.; Bedoya, M. y Tobon, S. (2005b). Calidad de vida, Personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de Cáncer de Pulmón. *Psicología y Salud*, 15, 207-221
- Vinaccia, S.; Tobon, S.; Moreno San pedro, E.; Cadena, J. y Anaya, J.M. (2005c). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5, 45-60
- Ware, J. y Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.

