



Sociedad Española
de Reumatología -
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Original

El valor predictivo de la autoeficacia en la evolución de la artritis reumatoide y su relación con el dolor y la función



Raquel Cantero-Téllez^{a,*}, Ana Martín Mateos^b, César Cuesta García^c,
Leire Cruz Gambero^a, Santiago García Orza^d y Kristin Valdes^e

^a Departamento de Fisioterapia, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad de Málaga, Instituto de investigación IBIMA FE-17 HandResearchTeam, Málaga, España

^b Departamento de Terapia Ocupacional y Fisioterapia, Facultad de Ciencias de la Salud, Centro Superior de Estudios Universitario La Salle, Universidad Autónoma de Madrid, Aravaca, Madrid, España

^c Departamento de Terapia Ocupacional y Fisioterapia, Facultad de Ciencias de la Salud, Centro Superior de Estudios Universitario La Salle, Universidad Autónoma de Madrid, Aravaca, Madrid, Grupo de Investigación Occupational Thinks, Centro Superior de Estudios Universitario La Salle, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

^d Hospital Comarcal de la Axarquía, Instituto de Investigación IBIMA FE-17 HandResearchTeam, Vélez-Málaga, Málaga, España

^e Occupational Therapy Department, Touro University Nevada, Henderson, Nevada, EE. UU.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 11 de diciembre de 2022

Aceptado el 28 de febrero de 2023

On-line el 3 noviembre 2023

Palabras clave:

Autoeficacia
Enfermedades reumáticas
Intensidad del dolor
Funcionalidad

R E S U M E N

Antecedentes y objetivos: La artritis reumatoide (AR) cursa generalmente con una afectación mayor en el miembro superior, pudiendo ocasionar dificultades en el desempeño de actividades en el día a día. El objetivo principal de este estudio fue establecer la relación entre la autoeficacia, la intensidad del dolor y la duración de los síntomas en pacientes con AR, y analizar cómo y en qué medida cada uno de ellos influye en la discapacidad funcional, así como, conocer el valor predictivo de la autoeficacia sobre las demás variables.

Métodos: Estudio transversal con una muestra de 117 mujeres con AR. Las variables de evaluación empleadas fueron la escala visual analógica (EVA), el cuestionario QuickDASH y la escala española de autoeficacia en enfermedades reumáticas.

Resultados: Los resultados muestran que el modelo más significativo para la función ($R^2 = 0,35$) incluye la variable función y dolor, por lo que, sí hay relación existente entre la autoeficacia, la intensidad del dolor y la funcionalidad del miembro superior, así como la asociación de las puntuaciones obtenidas en la EVA, QuickDASH y la escala española de autoeficacia en enfermedades reumáticas para su evaluación.

Discusión y conclusiones: Nuestros resultados, concuerdan con estudios previos donde se establece la posible relación entre la autoeficacia y la discapacidad funcional, así como la autoeficacia y su relación con funciones físicas, demostrando que un bajo nivel de autoeficacia implica una disminución de la funcionalidad, pero sin que ninguna variable sea más predictora que otra.

© 2023 Publicado por Elsevier España, S.L.U.

The predictive value of self-efficacy in the evolution of rheumatoid arthritis and its relationship with pain and function

A B S T R A C T

Keywords:

Self-efficacy
Rheumatic diseases
Pain intensity
Functionality

Background and objectives: Rheumatoid arthritis (RA) primarily affects the upper limbs and can cause disturbances in the performance of daily activities. The main objective of this study was to establish the relationship between self-efficacy, pain intensity, and duration of symptoms in patients with RA and analyse how each influences functional disability, and to determine the predictive value of self-efficacy over the other variables.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cantero@uma.es (R. Cantero-Téllez).

Methods: Cross-sectional study with a sample of 117 women diagnosed with RA. The endpoints were the visual analogue scale (VAS), Quick-DASH questionnaire and the Spanish scale of self-efficacy in rheumatic diseases.

Results: The most significant model for function ($R^2 = 0.35$) includes function and pain, therefore, there is a relationship between self-efficacy, pain intensity, and upper limb functionality.

Discussion and conclusions: Our results agree with previous studies where a relationship between self-efficacy and functional disability is established, as well as self-efficacy and its relationship with physical functions, demonstrating that a low level of self-efficacy implies a decrease in functionality; however, no variable is more predictive than another.

© 2023 Published by Elsevier España, S.L.U.

Introducción

Las enfermedades reumáticas (ER) cursan, por lo general, con una afectación mayor en el miembro superior, especialmente en las manos, pudiendo aparecer deformaciones o tumefacción seguidos de dolor y limitación funcional, provocando una afectación en el desempeño de las actividades cotidianas, estilo de vida y, por ende, en la motivación y satisfacción general del paciente^{1–3}. Es por ello por lo que, la evaluación de la discapacidad funcional de la mano con enfermedades reumáticas debe realizarse a través del desempeño de actividades que abarquen todas las áreas ocupacionales⁴, y teniendo en cuenta factores como la autoeficacia o la intensidad del dolor. Las expectativas de autoeficacia hacen referencia a la creencia en las propias capacidades, y surge cuando realiza determinados comportamientos para lograr un objetivo con éxito⁵, como puede ser el manejo del dolor⁶ o el desempeño de ocupaciones⁷. La autoeficacia es un componente que puede determinar el esfuerzo o la implicación de la persona en el logro de objetivos, siendo una persona con un alto nivel de autoeficacia, aquella que se esfuerza e implica más⁸. Estudios previos determinan que existe un nivel bajo de autoeficacia en personas que padecen enfermedades reumáticas⁹, observándose que, si se produce un aumento de la autoeficacia, la funcionalidad mejorará hasta en un 28%¹⁰. Con respecto al dolor, es considerado uno de los síntomas más relevantes en las enfermedades reumáticas, pudiendo llegar a ser una barrera para la realización de las ocupaciones de forma independiente¹¹. La percepción de autoeficacia se ha asociado también a un mejor estado de salud en enfermedades que cursan con dolor crónico, siendo incluso un valor predictivo en el estado de salud general en pacientes con fibromialgia¹².

En las enfermedades reumáticas, la duración de la sintomatología es proporcional al daño acumulado debido a la progresión de los síntomas y el paso del tiempo^{13,14}. Es importante considerar la autoeficacia, la duración de los síntomas y el dolor, como un conjunto de factores que se relacionan entre sí, pudiendo influir directamente sobre el paciente con enfermedad reumática, el desempeño de las actividades que forman su día a día, y la posible discapacidad funcional del miembro superior. Investigaciones previas demuestran que la autoeficacia está relacionada con la discapacidad funcional del miembro superior¹⁵ y el estado emocional, destacando que, a mayor autoeficacia, menor será el dolor y mejor el desempeño ocupacional en personas adultas¹¹, pero desconocemos en qué medida se mantiene esta correlación en las personas diagnosticadas de artritis reumatoide (AR). Así pues, este trabajo tiene como objetivo principal, estudiar la relación entre autoeficacia, dolor y función, así como, la capacidad predictiva de la autoeficacia, medida con la escala española de autoeficacia en enfermedades reumáticas, con respecto a la intensidad del dolor, la duración de los síntomas y la discapacidad funcional del miembro superior medida con la versión española del cuestionario QuickDASH en pacientes con AR.

Material y métodos

Diseño del estudio

Estudio multicéntrico observacional prospectivo donde participaron el Departamento (Dpto) de terapia ocupacional (TO) del centro de la Asociación de Artritis Reumatoide y Espondilitis de Móstoles, Madrid y el Centro Tecan, Clínica de la Mano, Málaga, ubicado en Málaga. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado y el procedimiento se llevó a cabo siguiendo las recomendaciones de la Declaración de Helsinki¹⁶. El estudio fue aprobado por el Comité Institucional de Ética con el número 16-2022-H.

Participantes

Mujeres mayores de edad diagnosticadas de AR y derivadas al Dpto. de TO que presentaran su conformidad para participar en el estudio. Se incluyeron aquellas participantes que presentaban limitaciones en la funcionalidad del miembro superior y dolor por encima de 4 sobre 10 durante las actividades cotidianas, que supieran leer y tener capacidad de comprensión, y autonomía para cumplimentar los cuestionarios y escalas administradas por el equipo investigador. Fueron excluidas las participantes con enfermedades previas asociadas a la extremidad superior que pudieran interferir en la capacidad funcional o percepción del dolor, pacientes con fibromialgia diagnosticada, si habían sufrido intervenciones quirúrgicas previas que condicionaran la funcionalidad o el dolor del miembro superior al margen de las ER que padecieran, o si presentaban alteraciones cognitivas diagnosticadas. La recogida de datos se produjo en cada uno de los centros participantes, siendo asignado un terapeuta ocupacional del equipo investigador en cada centro para recoger los datos basales e introducirlos en la base de datos. Se asignó un número a cada sujeto, que posteriormente fue aleatorizado con el fin de mantener el anonimato durante todo el proceso. En este estudio se cumplió con la lista de verificación de elementos de estudios observacionales de cohortes *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)¹⁷.

Procedimiento

Las participantes fueron reclutadas entre febrero y noviembre del 2022 mediante muestreo consecutivo a medida que acudían a las sesiones pautadas en el Dpto. de TO del centro de la Asociación de Artritis Reumatoide y Espondilitis de Móstoles, Madrid y el Centro Tecan, Clínica de la Mano, Málaga, donde se realizan intervenciones desde TO para el tratamiento de los síntomas relacionados con la AR que afectan al miembro superior. Tras unificar los criterios en ambos centros, se llevó a cabo una puesta en común sobre el procedimiento a seguir entre los diferentes profesionales para la recogida de los datos.

Medidas

Por un lado, se recogieron datos sociodemográficos como edad, situación laboral actual, mano dominante y la mano con mayor afectación por la enfermedad. Con respecto a las escalas de evaluación empleadas para la realización de este estudio, se emplearon:

- La escala española de enfermedades reumáticas y autoeficacia, para evaluar cómo afecta el dolor de la ER en su actividad cotidiana y las habilidades para controlar la enfermedad. Este cuestionario presenta un alfa de Cronbach de 0,87 y una correlación de dos mitades de 0,88¹⁸. Los ítems se puntúan utilizando una escala Likert, empleando puntuaciones del 1 al 10¹⁹, pudiendo dividirlos en 3 bloques en función de la temática, siendo un bloque de ítems destinados a la sintomatología del paciente, la funcionalidad del miembro superior y el dolor que el paciente siente en referencia a la autoeficacia.
- La escala visual analógica (EVA), se utilizó para medir la intensidad de dolor que percibe el sujeto en milímetros²⁰, teniendo un rango de puntuación de 0 (sin dolor) a 10 (dolor insoportable). Los puntos de corte que emplea esta escala son de < 4 puntos para un dolor leve-moderado, 4-6 puntos para una intensidad de dolor moderada-severa y > 6 para una intensidad de dolor severa. Esta escala, posee una confiabilidad de 0,94 a 0,98²¹.
- El cuestionario QuickDASH lo empleamos para evaluar la discapacidad funcional del miembro superior en el desempeño de actividades²². Se trata de una versión breve del cuestionario *Disability Arm, Shoulder and Hand* (DASH)^{23,24}. El QuickDASH está formado por 11 preguntas y mantiene la fiabilidad y validez, así como las características de su versión original más extensa²⁵. Los ítems se puntúan del 1 al 5, siendo 0 «ninguna dificultad, dolor o síntoma» como la mínima puntuación y 5 «incapaz, limitación total o dolor» como la máxima puntuación.

Análisis estadístico

Para el análisis de los resultados se constituyó una base de datos a partir de la información que se volcó de los cuadernos de recogida de datos de los participantes y de los cuestionarios autoadministrados. El análisis se orientó a la búsqueda de las correlaciones significativas entre las variables de estudio. Se comprobó la normalidad de la muestra mediante el test de Kolmogórov-Smirnov. Se realizó estadística descriptiva para los datos sociodemográficos y clínicos, con medidas de tendencia central y dispersión de las variables de estudio y se emplearon los coeficientes de correlación de Pearson para muestras paramétricas. Se estudió mediante un análisis de regresión el valor predictivo de las variables funcionales (QuickDASH y dolor) para explicar la variable dependiente (escala española de enfermedades reumáticas y autoeficacia). Para la inclusión de las variables en el modelo la probabilidad debía ser < 0,5. La interpretación de los coeficientes de correlación fue: $r < 0,39$ relación baja; entre 0,4 y 0,69 relación moderada; $r > 0,7$ relación alta. Se estableció el nivel de significación $p = 0,05$. El análisis estadístico fue realizado mediante el *software* SPSS® (versión 21.0).

Resultados

Un total de 117 mujeres participaron en el estudio con una edad media de 52,8 (DS = 2,6) años. En referencia a la situación laboral, un total de 76 mujeres (64,9%) eran laboralmente activas, mientras que 14 (11,9%) eran laboralmente inactivas y 27 de ellas refirieron tener «otra situación» laboral (23,07%). Ciento tres ($n = 103$) participantes refirieron emplear su mano derecha como dominante (88,2%). En referencia a la afectación de la enfermedad, 62 participantes (53%)

Tabla 1
Características basales de las participantes

Características sociodemográficas	
Edad (años), media (DT)	52,8 (2,6)
<i>Situación laboral</i>	
Activas	76 (64,9%)
No trabaja	14 (11,9%)
Otra situación	27(23,97%)
<i>Mano dominante</i>	
Derecha	103 (88,2%)
Izquierda	14 (11,8%)
<i>Mano afecta</i>	
Mano dominante	62 (53%)
Afectación bilateral	55 (47%)

DT: desviación típica.

Media (desviación típica) y frecuencia absoluta (%) para las características sociodemográficas.

Tabla 2
Resumen del modelo con variable autoeficacia

Resumen del modelo				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,596 ^a	,356	,264	25,532

^a Predictores: (constante), EVA, QuickDASH.

mostraba una afectación de la mano dominante y 55 de ellas (47%) afectación bilateral en el momento del estudio (tabla 1).

Con el objetivo de analizar qué variables de carácter funcional (QuickDASH y dolor) son las mejores predictoras de la autoeficacia medida con la escala española de enfermedades reumáticas y autoeficacia, se realizó una serie de análisis de regresión lineal utilizando como variable dependiente la autoeficacia. Para ello, introducimos las variables funcionales de dolor y función (EVA y QuickDASH). Como nuestro objetivo es buscar de entre las variables estudiadas aquellas que más y mejor expliquen a la variable dependiente sin que ninguna de ellas sea combinación lineal de las restantes, utilizamos el procedimiento «paso a paso» (*Stepwise*). Para la inclusión de las variables en el modelo la probabilidad debía ser < 0,5.

Se ha encontrado una relación directamente proporcional entre la autoeficacia, la intensidad del dolor y la funcionalidad del miembro superior ($p < 0,05$). El nivel de asociación entre la autoeficacia, la intensidad de dolor y el QuickDASH es del 35%, con un $R^2 = 0,356$ (tabla 2).

Concretamente, las variables que miden la autoeficacia presentan una correlación baja con la escala EVA ($r = -0,437$; $p = 0,079$) y alta con el cuestionario QuickDASH ($r = -0,595$; $p = 0,012$). Respecto a las variables que nos miden la intensidad de dolor, la escala española de enfermedades reumáticas y autoeficacia de dominio general muestra una relación baja ($r = -0,437$; $p = 0,079$), mientras que la de dominio específico en relación con el dolor muestra una relación alta ($r = -0,545$; $p = 0,024$) al igual que con el cuestionario QuickDASH ($r = -0,693$; $p = 0,002$). Por último, la variable que mide la discapacidad funcional de miembro superior, la escala española de enfermedades reumáticas y autoeficacia de dominio general, presenta una relación moderada ($r = -0,595$; $p = 0,012$), mientras que la de dominio específico en relación con la función, muestra una relación moderada también ($r = -0,513$; $p = 0,013$), y con la EVA muestra una relación alta ($r = -0,693$; $p = 0,02$) (tabla 3). La capacidad funcional del miembro superior y la intensidad de dolor presentan una correlación negativa significativa con la autoeficacia ($< 0,01$).

En el análisis paso a paso, usando como variable dependiente la autoeficacia y como predictoras las variables dolor y función.

Tabla 3

Correlaciones bivariadas entre las variables de escala española de enfermedades reumáticas y autoeficacia general y específica, QuickDASH y EVA

Escalas/subescalas	Valor de p	Pearson
<i>Escala española ER y autoeficacia general</i>		
ER Autoeficacia subescala dolor	0,000	0,788**
ER Autoeficacia subescala función	0,000	0,830**
ER Autoeficacia subescala síntomas	0,002	0,407**
QuickDASH	0,012	-0,595*
EVA	0,079	-0,437
<i>Escala española ER y autoeficacia subescala dolor</i>		
ER Autoeficacia general	0,000	0,788**
ER Autoeficacia subescala función	0,121	0,390
ER Autoeficacia subescala síntomas	0,000	0,767*
QuickDASH	0,075	-0,444
EVA	0,024	-0,545*
<i>Escala española ER y autoeficacia subescala función</i>		
ER Autoeficacia general	0,000	0,830**
ER Autoeficacia subescala dolor	0,121	0,390
ER Autoeficacia subescala síntomas	0,401	0,218
QuickDASH	0,035	-0,513*
EVA	0,370	-0,232
<i>Escala española ER y autoeficacia subescala síntomas</i>		
ER Autoeficacia general	0,002	0,707**
ER Autoeficacia subescala dolor	0,000	0,767**
ER Autoeficacia subescala función	0,401	0,218
QuickDASH	0,107	-0,405
EVA	0,107	-0,405
<i>QuickDASH</i>		
ER Autoeficacia general	0,012	-0,595*
ER Autoeficacia subescala dolor	0,075	-0,444
ER Autoeficacia subescala función	0,035	-0,513*
ER Autoeficacia subescala síntomas	0,107	-0,405
EVA	0,002	0,693**
<i>EVA</i>		
ER Autoeficacia general	0,079	-0,437
ER Autoeficacia subescala dolor	0,024	-0,545*
ER Autoeficacia subescala función	0,370	-0,232
ER Autoeficacia subescala síntomas	0,107	-0,405
QuickDASH	0,002	0,693**

ER: enfermedades reumáticas; Escala española ER autoeficacia general: escala española de enfermedades reumáticas y autoeficacia general; Escala española ER y autoeficacia subescala: escala española de enfermedades reumáticas y autoeficacia subescalas; EVA: escala visual analógica.

* p < 0,05.

** p < 0,001.

El modelo más significativo lo obtenemos usando como variables independientes la variable dolor y la variable función con una $R = 0,596$ y una $R^2 = 0,35$ con un nivel de significación de $p = 0,000$.

Por lo tanto, la función (QuickDASH) y el dolor (EVA) son variables predictoras en la mano reumática con un coeficiente B estandarizado = 78,561 ($p = 0,000$), sin que ninguna de ellas por separado sea más predictora que la otra.

Discusión

En este estudio encontramos una correlación entre la autoeficacia, la intensidad del dolor y la discapacidad funcional del miembro superior en pacientes con AR. Los resultados obtenidos indicaron el contraste de la hipótesis principal, que establecía una relación entre variables, ya que, una elevada puntuación en la EVA implicó también una elevada puntuación en el cuestionario QuickDASH y la escala española de enfermedades reumáticas y autoeficacia general y, por lo tanto, a una mayor intensidad de dolor, mayor discapacidad funcional y menor autoeficacia del sujeto, pero sin que ninguna variable sea más predictora que otra. Esto puede ser debido, a que la funcionalidad del miembro superior medida con la escala QuickDASH y el dolor medido con la escala EVA, tienen una correlación positiva, similar a los resultados expuestos en los

estudios de Kadzielski et al.²⁶ y MacDermid et al.²⁷, y los de Goldfarb y Stern²⁸ y Barthel et al.²⁹, donde se establece la relación con un nivel de significación alto ($p < 0,001$) entre las variables función y dolor en pacientes con enfermedades reumáticas. Nuestros resultados concuerdan con estudios previos donde se establece la posible relación entre la autoeficacia y la discapacidad funcional^{30,31}, así como la autoeficacia y su relación con funciones físicas tales como fuerza, rango del movimiento y coordinación manual⁹, demostrando que un bajo nivel de autoeficacia implica una disminución de la funcionalidad. Los resultados de nuestra investigación concuerdan también con los resultados obtenidos recientemente por Rodríguez-García et al.⁴, estudio de diseño similar al nuestro, multicéntrico observacional y transversal, donde se demuestra la relación entre la autoeficacia, la intensidad del dolor y la discapacidad funcional, teniendo en cuenta, además, la duración de la enfermedad y la realización de actividades de la vida diaria (AVD)⁴. No obstante, en el estudio de Rodríguez-García et al., a pesar de que el tamaño de la muestra es mayor, existe una heterogeneidad en la misma, ya que se incluyen pacientes con afectación reumática y pacientes con artrosis degenerativa de la base del pulgar donde el resto de los dedos no se ven afectados en las actividades cotidianas y donde el resultado de la escala DASH podría no ser concluyente ya que esta escala que valora la discapacidad global de ambos miembros superiores, podría no ser específica para la artrosis de la base del pulgar y no ser sensible a los cambios.

Otros estudios relacionan en sus resultados, un nivel alto de autoeficacia con un correcto desempeño ocupacional, centrándose concretamente en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)²⁶. La AR es una enfermedad cuyo síntoma principal es el dolor, siendo uno de los síntomas constantes en la ER, el cual es definido como «incapacitante e intenso»³², por ello, la autoeficacia y la funcionalidad del miembro superior, van a estar afectados por la intensidad de dolor del sujeto, por lo que la variable dolor y el desempeño ocupacional podrían tener también una correlación positiva tal y como se demuestra en el estudio de Cantero-Téllez et al., donde la satisfacción del paciente, la percepción y la intensidad de dolor presentan datos correlativos³³. Entendemos, por tanto, que el dolor debe ser un objetivo de intervención prioritario en la AR, ya que su mejora supondrá un aumento de la autoeficacia y la funcionalidad del sujeto, tal y como se demuestra en numerosos estudios que señalan como la principal consecuencia del dolor el deterioro de la funcionalidad, derivando en una limitación de la independencia y autonomía, que a su vez afecta a la autoeficacia, la calidad de vida del paciente y las ocupaciones que este realiza^{34–37}.

Respecto a la sintomatología, cabe destacar que la AR cursa con síntomas que implican una alteración de las estructuras articulares que desencadenan en una pérdida de la funcionalidad del miembro superior del paciente³⁸. Blazar et al.³⁹, demuestran en su estudio, no solo la incapacidad de los sujetos para realizar actividades tales como manipular un objeto, sino la pérdida de funcionalidad del miembro superior y el desempeño ocupacional que muchas veces se desencadena por la abstención del sujeto en la realización de actividades manuales concretas. Dado que esta clínica aparece en estados más avanzados de la enfermedad, y nuestra muestra tiene una edad media de 52,8 años que puede considerarse joven y un estado no muy avanzado de la enfermedad, no hemos podido valorar si estos factores pueden influir y en qué medida a la capacidad funcional de los sujetos. Mayores muestras más heterogéneas serían necesarias para concretar este hecho.

Las conclusiones preliminares a las que nos conducen este estudio podrían ayudar en el diseño y la planificación de evaluaciones e intervenciones individualizadas, con el fin de abordar diferentes factores relacionados con la discapacidad funcional del miembro superior, así como fomentar el desarrollo de intervenciones precoces que den prioridad a la autoeficacia, ya que su mejora implicaría también una mejora en la independencia y autonomía

de los pacientes reduciendo el número de recursos en cuanto a escalas de valoración se refiere durante el proceso de intervención del paciente. La implementación de la escala de autoeficacia desde un enfoque interdisciplinar junto a médicos reumatólogos, enfermeros, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales entre otros profesionales de la salud, permitirá que la autoeficacia adquiera una mayor significación y, por tanto, las intervenciones sean más orientadas a las necesidades del paciente y a su satisfacción. Futuras investigaciones con estudios multicéntricos longitudinales con un mayor número de sujetos donde se incluyan más variables clínicas y psicológicas podrían ayudarnos a obtener resultados representativos en la población española que padece AR.

Limitaciones

Al tratarse de un estudio transversal con una sola toma de datos, no podemos determinar la causa-efecto, ni considerar otros factores que puedan condicionar la respuesta que da un sujeto en una determinada situación. Otra limitación podría ser un sesgo de tipo 1 en el procedimiento, ya que los datos del estudio no fueron extraídos en su totalidad por una única persona, sino por un representante de cada centro, habiendo dos investigadores encargados de ello. Por otro lado, la población incluida presentaba niveles de dolor por encima de 4 sobre 10, dado que muchos pacientes con AR tienen valores inferiores en la escala de dolor, los resultados no podrán extrapolarse a toda la población afectada de AR.

Conclusiones

Existe una correlación positiva entre la autoeficacia, la función y el dolor en pacientes diagnosticados de AR, por lo tanto, los resultados sugieren que el empleo sistemático de la escala española de enfermedades reumáticas y autoeficacia de forma aislada podría emplearse como método de valoración único cuyo resultado englobaría la funcionalidad y la intensidad de dolor de los pacientes con AR.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Ammerlaan JW, van Os-Medendorp H, de Boer-Nijhof N, Maat B, Scholtus L, Kruize AA, et al. Preferencias y necesidades de los pacientes con enfermedad reumática en cuanto a la estructura y contenido del soporte de autogestión en línea. *Consejos de Educación al Paciente*. 2017;100:501–8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.10.009>.
- Estes JP, Bochenek C, Fessler P. Osteoartritis de los dedos. *Revista de Terapia de la Mano*. 2000;13:80035–6. [http://dx.doi.org/10.1016/S0894-1130\(00](http://dx.doi.org/10.1016/S0894-1130(00)
- Téllez C. *Terapia de mano basada en el razonamiento y la práctica clínica*. 2020.
- Rodríguez-García E, Barnes-Ortiz S, Pérez-Mármol JM. Autoeficacia, intensidad del dolor, duración de la enfermedad reumática y discapacidad funcional de la mano en las actividades de la vida diaria. *Nur Res*. 2020;69:E208–16. <http://dx.doi.org/10.1097/NNR.0000000000000466>.
- Bandura A. Autoeficacia: hacia una teoría unificadora del cambio de comportamiento. *Psychol Rev*. 1977;84:191–215. <http://dx.doi.org/10.1037//0033-295x.84.2.191>.
- Jackson T, Wang Y, Wang Y, Fan H. Self-efficacy and chronic pain outcomes: A meta-analytic review. *J Pain*. 2014;15:800–14. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2014.05.002>.
- Schneider S, Junglaenel DU, Keefe FJ, Schwartz JE, Stone AA, Broderick JE. Individual differences in daily variability in pain, fatigue, and well-being in patients with rheumatic disease: Associations with psychological variables. *Pain*. 2012;153:813–22. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2012.01.001>.
- Bandura A, National Inst of Mental Health. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall. 1986.
- Pérez-Mármol JM, Ortega-Valdivieso MA, Cano-Deltell EE, Peralta-Ramírez MI, García-Ríos MC, Aguilar-Ferrández ME. Influence of upper limb disability, manual dexterity and fine motor skill on general self-efficacy in institutionalized elderly with osteoarthritis. *J Hand Ther*. 2016;29:58–65. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jht.2015.12.001>, quiz 65.
- Sitzmann T, Yeo G. A meta-analytic investigation of the within-person self-efficacy domain: Is self-efficacy a product of past performance or a driver of future performance? *Pers Psychol*. 2013;66:531–68. <http://dx.doi.org/10.1111/peps.12035>.
- Ahlstrand I, Björk M, Thyberg I, Börsbo B, Falkmer T. Pain and daily activities in rheumatoid arthritis. *Disabil Rehabil*. 2012;34:1245–53. <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2011.638034>.
- Lundberg M, Grimby-Ekman A, Verbunt J, Simmonds MJ. Pain-related fear: A critical review of the related measures. *Pain Res Treat*. 2011;2011:494196. <http://dx.doi.org/10.1155/2011/494196>.
- Anderson JJ, Wells G, Verhoeven AC, Felson DT. Factors predicting response to treatment in rheumatoid arthritis: The importance of disease duration. *Arthritis Rheum*. 2000;43:22–9. [http://dx.doi.org/10.1002/1529-0131\(200001\)43:1<22::AID-ANR4>3.0.CO;2-9](http://dx.doi.org/10.1002/1529-0131(200001)43:1<22::AID-ANR4>3.0.CO;2-9).
- Ruperto N, Buratti S, Duarte-Salazar C, Pistorio A, Reiff A, Bernstein B, et al. Health-related quality of life in juvenile-onset systemic lupus erythematosus and its relationship to disease activity and harm: Quality of life in juvenile SLE. *Arthritis Rheum*. 2004;51:458–64. <http://dx.doi.org/10.1002/art.20412>.
- McAuley E, Szabo A, Gothe N, Olson EA. Self-efficacy: Implications for physical activity, function, and functional limitations in older adults. *Am J Lifestyle Med*. 2011;5:361–9. <http://dx.doi.org/10.1177/1559827610392704>.
- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Principios éticos para la investigación médica en seres humanos. *JAMA*. 2013;310:2191. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2013.281053>.
- Von Elm E, Altman DG, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. La Declaración de Fortalecimiento de la Notificación de Estudios Observacionales en Epidemiología (STROBE): directrices para la notificación de estudios observacionales. *Int J Surg*. 2014;12:1495–9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijso.2014.07.013>.
- Suárez PS, García AP, Moreno JB. Escala de autoeficacia general: Datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*. 2000;12:509–13.
- González VM, Stewart A, Ritter PL, Lorig K. Traducción y validación de medidas de resultado de artritis al español. *Arthritis Rheum*. 1995;38:1429–46. <http://dx.doi.org/10.1002/art.1780381010>.
- Ahlstrand I, Björk M, Thyberg I, Börsbo B, Falkmer T. Dolor y actividades diarias en la artritis reumatoide. *Disabil Rehabil*. 2012;34:1245–53. <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2011.638034>.
- Poole JL. Hand function measures: Arthritis Hand Function Test (AHFT), Australian and Canadian Osteoarthritis Hand Index (AUSCAN), Cochin Hand Function Scale, Functional Index for Hand Osteoarthritis (FHOA), Grip Ability Test (GAT), Jebsen Hand Function Test (JHFT), and Michigan Hand Outcome Questionnaire (MHQ). *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011;63 Suppl 11:S189–99. <http://dx.doi.org/10.1002/acr.20631>.
- García González GLA, Aguilar Sierra SF, Rodríguez Ricardo RMC. Validación de la versión en español de la escala de función del miembro superior abreviada: Quick Dash. *Rev Colomb Ortop Traumatol*. 2018;32:215–9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccot.2017.06.012>.
- DASH. Iwh.on.ca. [consultado 27 Jun 2022] Disponible en: <http://www.dash.iwh.on.ca/>
- García González GLA, Aguilar Sierra SF, Rodríguez Ricardo RMC. Validación de la versión en español de la escala de función del miembro superior abreviada: Quick Dash. *Rev Colomb Ortop Traumatol*. 2018;32:215–9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccot.2017.06.012>.
- García LA, Aguilar FJ, Moreno CL, Enciso M. Traducción Adaptación Cultural y Validación de una escala funcional del miembro superior DASH. *Rev Colomb Ortop Traumatol*. 2020;34:231–40.
- Kadzielski J, Malhotra LR, Zurakowski D, Lee S-GP, Jupiter JB, Ring D. Evaluación de las expectativas preoperatorias y satisfacción del paciente después de la liberación del túnel carpiano. *J Hand Surg Am*. 2008;33:1783–8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhssa.2008.06.019>.
- MacDermid JC, Roth JH, Rampersaud YR, Bain GI. Artroplastia trapecial con implante de caucho de silicona para la artrosis avanzada de la articulación trapeciometacarpiana del pulgar. *Can J Surg*. 2003;46:103–10.
- Goldfarb CA, Stern PJ. Artroplastia de la articulación metacarpofalángica en la artritis reumatoide. Una evaluación a largo plazo. *J Bone Joint Surg Am*. 2003;85:1869–78. <http://dx.doi.org/10.2106/00004623-200310000-00001>.
- Barthel HR, Peniston JH, Clark MB, Gold MS, Altman RD. Correlación del alivio del dolor con la función física en la osteoartritis de la mano: análisis post-hoc de un ensayo controlado aleatorizado. *Arthritis Res Ther*. 2010;12.
- Loureiro Galvão V, Ferreira Vasconcelos Dos Santos D, Santiago MB. The Influence of Hand Dominance on the Degree of Deformities in Patients With Systemic Lupus Erythematosus and Jaccoud Arthropathy. *J Clin Rheumatol*. 2020;26 Suppl 2:S205–7. <http://dx.doi.org/10.1097/RHU.0000000000001392>.
- Atzeni F, Boccassini L, Di Franco M, Alciati A, Marsico A, Cazzola M, et al. Dolor crónico generalizado en la espondiloartritis. *Reumatismo*. 2014;66:28–32. <http://dx.doi.org/10.4081/reumatismo.2014.761>.
- Ryan S, McGuire B. Predictores psicológicos de la intensidad del dolor, la interferencia del dolor, la depresión y la ansiedad en pacientes con artritis reumatoide y dolor crónico. *Br J Health Psychol*. 2016;21:336–50. <http://dx.doi.org/10.1111/bjhp.12171>.
- Raquel CT, Villafañe JH, Medina-Portuqueros I, García-Orza S, Valdes K. Convergent validity and responsiveness of the Canadian Occupational Performance Measure for the evaluation of therapeutic outcomes for patients with carpometacarpal osteoarthritis. *J Hand Ther*. 2021;34:439–45. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jht.2020.03.011>.

34. Moreno Rodríguez R, García de Vicuña R, Goicoechea García C, Tornero Molina J. Efectos de la intervención desde terapia ocupacional sobre la percepción del dolor crónico y la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide. *Rev Soc Esp Dolor*. 2015;22:95–101, <http://dx.doi.org/10.4321/s1134-80462015000300002>.
35. Hernández-Hernández V, Ferraz-Amaro I, Díaz-González F. Influencia de la actividad de la enfermedad en la actividad física de pacientes con artritis reumatoide. *Reumatología (Oxford)*. 2014;53:722–31, <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/ket422>.
36. Backman K, Hentinen M. Factores asociados al autocuidado de ancianos domiciliarios. *Scand J Caring Sci*. 2001;15:195–202, <http://dx.doi.org/10.1046/j.1471-6712.2001.00007.x>.
37. Hellström K, Lindmark B, Wahlberg B, Fugl-Meyer AR. Autoeficacia en relación con las deficiencias y las actividades de la vida diaria en pacientes ancianos con accidente cerebrovascular: una investigación prospectiva. *J Rehabil Med*. 2003;35:202–7, <http://dx.doi.org/10.1080/16501970310000836>.
38. Clynes MA, Jameson KA, Edwards MH, Cooper C, Dennison EM. Impacto de la osteoartritis en las actividades de la vida diaria: ¿importa el sitio de la articulación? *Envejecimiento. Clin Exp Res*. 2019;31:1049–56, <http://dx.doi.org/10.1007/s40520-019-01163-0>.
39. Blazar PE, Gancarczyk SM, Simmons BP. Cirugía reumatoide de mano y muñeca: Principios de tejidos blandos y manejo de la patología digital. *J Am Acad Orthop Surg*. 2019;27:785–93, <http://dx.doi.org/10.5435/jaaos-d-17-00608>.