

## Programa de intervención cognitivo-conductual en artritis reumatoide

(COGNITIVE-BEHAVIORAL TREATMENT PROGRAM FOR THE ARTHRITIS RHEUMATOID)

FUENTE: INTERPSIQUIS. 2001; (2) <http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2001/2352>

**M. A. Pérez-Nieto, J. J. Miguel-Tobal, A. Cano-Vindel, y J. A. Jover\*\*.**

\* Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid, España.

\*\* Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid, España.

(KEYWORDS: Cognitive-behavioral treatment, Arthritis rheumatoid, Pain, Negative emotions, Unability)

[\[otros artículos\]](#) [\[7/2/2001\]](#)

### Resumen

La intervención psicológica en los trastornos de carácter crónico, así como en el ámbito del dolor, ha adquirido un protagonismo cada vez mayor. En la artritis reumatoide se han desarrollado tratamientos cognitivo-conductuales para el dolor que se han mostrado eficaces (Chambless, Babich, Crits-Christoph, 1995). En el dolor, e incluso en la propia naturaleza de la artritis reumatoide, la depresión, la ansiedad y la ira se presentan como variables relevantes. Por otra parte, los pacientes con esta patología desarrollan distintos niveles de incapacidad funcional, lo que favorece la aparición de consecuencias emocionales negativas (ansiedad, ira, tristeza-depresión,...) que afectan al dolor y al curso del propio trastorno. En el presente trabajo se presenta un programa de intervención cognitivo-conductual centrado en el control y el manejo de las emociones negativas (ansiedad, ira y depresión), la reducción de la experiencia de dolor y el afrontamiento de los problemas de discapacidad.

### Abstract

Psychological treatment in chronic-like diseases and in the area of pain has acquired a more relevant role. Cognitive-behavioral treatments for rheumatoid arthritis have shown an important efficacy (Chambless, Babich, Crits-Christoph, 1995). Additionally, emotions such as depression, anxiety and anger have become considered as relevant variables in pain and rheumatoid arthritis too. On the other hand, rheumatoid arthritis patients use to develop different levels of functional unability, which allow the onset of negative emotions consequences (anxiety, anger, sadness/depression) which affects pain and the disorder ongoing. In the present paper, a cognitive-behavioral programme focused on the control and management of negative emotions (anxiety, anger and depression), the reduction of pain perception, and the genesis of coping strategies for unability problems.

## Introducción

La artritis reumatoide (AR) es la poliartritis inflamatoria más común, y probablemente el más estudiado de los trastornos reumáticos, tratándose de una patología crónica de la que no se conoce la causa ni la cura y que sigue un curso poco predecible (Anderson, Bradley, Young, McDaniel y Wise, 1985). El síntoma más ampliamente conocido en la AR es el dolor y la reducción del mismo es el primer objetivo de los tratamientos médicos, aunque otros de los síntomas objeto de los tratamientos son la inflamación y la modificación del proceso de la enfermedad, intentado maximizar la funcionalidad del paciente (Young, 1992). El dolor y la incapacidad se convierten en síntomas especialmente relevantes en la AR. El dolor, además, por su propia naturaleza, se presenta como un síntoma incapacitante en sí mismo para el paciente con AR, de tal manera, que actualmente el dolor se considera uno de los síntomas más incapacitantes y persistentes en la AR (Keefe y Bonk, 1999). Ya desde principios de siglo se ha valorado la posible influencia de factores psicológicos en la AR (Jones, 1909), y en este sentido es preciso señalar que el síntoma del dolor viene presentando relaciones significativas con trastornos afectivos como ansiedad y depresión (Hawley y Wolfe, 1988; Von Korff, Dworkin, Les Resche, 1988), y si se tiene en cuenta que pocos pacientes con patologías médicas padecen un dolor y un malestar tan marcado e importante como los pacientes con AR (Hart y Huskisson, 1972), es fácil entender la relevancia que dentro de los factores psicológicos van a tener las respuestas emocionales y afectivas en esta enfermedad, y especialmente en el dolor y la discapacidad.

## Emociones y Dolor en la Artritis Reumatoide

Según Keefe y Bonk (1999), la guía para la valoración psicosocial del dolor en la enfermedad reumática ha de basarse en el modelo biopsicosocial, en el que el dolor se ve influido por factores biológicos, factores psicológicos y factores sociales. Un principio importante de este modelo es la evaluación cuidadosa de factores del campo psicológico y del área social. Los factores psicológicos que estos autores recogen son los siguientes:

1. Las conductas asociadas al dolor, como pueden ser la cautela, la fricción activa, la descarga de la articulación, la rigidez y la flexión articular (Keefe y Williams, 1992).
2. El afrontamiento del dolor, que puede tener según Keefe, Kashikar-Zuch y Caldwell (1998) dos enfoques, uno que valore las habilidades de afrontamiento general de acuerdo con el modelo de Lazarus y Folkman (1984), y otro que valore las estrategias específicas para el manejo del dolor.
3. La autoeficacia, ya que se ha comprobado como niveles altos de autoeficacia se asociaban a menores niveles de actividad de la enfermedad y de dolor (Parker, Smarr, Buescher, Phillips, Frank, Beck, Anderson y Waker, 1989; Smarr, Parker, Wright, 1997), y favorecen la adherencia a al tratamiento médico (Brus, van de Laar, Taal, Rasker y Wiegman, 1999).
4. La indefensión aprendida, que además de relacionarse positivamente con el dolor también lo hace con el deterioro funcional (Hagglund, Haley, Reveille y Alarcón, 1989; Nicassio y Radojevic, 1993; Nicassio, Wallston, Callahan, Hebert y Pincus, 1985; Smith, Peck y Ward, 1990).
5. Las distorsiones cognitivas como catastrofizaciones que favorecen la disfuncionalidad y discapacidad del paciente con AR (Flor y Turk, 1988; Smith, Peck, Milano y Ward, 1988).
6. Por último, se han estudiado como relevantes rasgos de personalidad, especialmente en la década de los 50 y 60, aunque no se encontró una base concluyente para una Apersonalidad artrítica@ (Anderson et al., 1985; Anderson, Dowds, Pelletz, 1995).

Sin embargo, la mayor parte de los estudios y trabajos citados anteriormente que relacionan factores psicológicos como el afrontamiento, la autoeficacia, la indefensión, las distorsiones cognitivas y características de la personalidad, con el dolor o la discapacidad en la AR, muestran también cómo estos factores psicológicos presentan relaciones positivas, además de con el dolor o la disfuncionalidad, con

variables afectivas y emocionales, especialmente con la depresión. Por lo tanto, desde nuestro punto de vista, el estudio y la intervención directa en las variables emocionales y afectivas aglutinará a muchos de los factores psicológicos propuestos explícitamente desde el modelo biopsicosocial. En este sentido, existe una amplia investigación que deja relevancia del rol que la respuesta emocional y afectiva juega en el dolor y la discapacidad en la artritis reumatoide.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IAPS, 1986) advierte que el dolor es, además de una percepción corporal, una experiencia emocional debido a que es casi siempre desagradable. Así, la respuesta emocional formaría parte del proceso de adaptación a la estimulación aversiva, y la lucha, la huida o la sumisión serían estrategias adaptativas que se corresponderían respectivamente con las emociones de ira, miedo (o ansiedad) y tristeza (o depresión) (Fernandez y Milburn, 1994). Anderson et al. (1985) recogen en la revisión que realizaron sobre los factores psicológicos en la AR un gran número de trabajos realizados en torno a los años 50 y 60 que parecían indicar, en general, unos mayores niveles de depresión, de ansiedad, y también una menor expresión emocional.

Actualmente, los resultados de la mayoría de los estudios indican que los síntomas depresivos presentan una mayor prevalencia en los pacientes con AR que en la población normal (Smedstad, Mount, Vaglum, 1996), llegándose a encontrar que un 50% de sujetos con AR experimentan sintomatología depresiva significativa (Wright, Parker, Smarr, 1998). Según Huyser y Parker (1999), la literatura existente permite afirmar que niveles altos de sintomatología depresiva, y también ansiosa, se relacionan con mayores niveles de dolor en los pacientes con patología articular. En cuanto a la depresión, se pueden desatacar los trabajos de Hawley y Wolf (1988) y de Fank, Beck y Parker (1998), que muestran relaciones positivas entre depresión y dolor en la AR. Creed y Ash (1992), recogen también un buen número de estudios que documentan la relación entre depresión y dolor en la AR. En los trabajos en los que también se estudia la ansiedad, los resultados indican una tendencia similar. Así, Smedstad et al. (1996) encuentran la ansiedad como un fuerte predictor del dolor autoinformado en pacientes con AR, así como que niveles elevados de ansiedad se asociaban con niveles elevados de dolor en la AR (Smedstad, Vaglum y Kvien, 1997). Esta misma relación positiva entre ansiedad y dolor ya había sido encontrada por Hagglund et al. (1989). En cuanto a la ira, otra de las emociones básicas,

los estudios que han relacionado esta emoción con el dolor crónico no se han llevado a cabo con muestras específicas de pacientes con AR, sin embargo, parece haber evidencia suficiente para concluir que existe una relación positiva entre dolor y expresión interna de la ira (Hatch, Schoenfeld, Boutros, 1991), y una relación negativa entre ira interna y adaptación en los pacientes con dolor crónico (Kerns, Rosenberg y Jacob, 1994), aunque hay estudios que muestran también cómo la alta expresión de ira, ya sea interna o externamente, y, por tanto, el bajo control de la misma, favorecen mayores niveles de dolor (Burns, 1997)

Es preciso señalar, sin embargo, que algunos de los estudios que han relacionado la afectividad negativa con el dolor en la AR podrían presentar algunos problemas metodológicos o conceptuales, especialmente en la depresión, ya que síntomas como la fatiga o el insomnio son manifestaciones tanto de la depresión como de la AR, lo que puede dar lugar a solapamientos (Young, 1992). A pesar de ello, según Huyser y Parker (1999) existe un apoyo sustancial a la existencia de una asociación significativa entre el dolor de los pacientes con enfermedades del aparato locomotor y la depresión, la ansiedad y la ira, pudiendo darse una relación causal recíproca entre el dolor y la afectividad negativa, donde el dolor conduciría a la depresión, la ansiedad y la ira, y viceversa.

## **Emociones y Discapacidad en la Artritis Reumatoide**

La incapacidad funcional en la actividad de la vida diaria es la consecuencia más frecuente en la AR, y ha sido considerada por los reumatólogos como el más importante predictor del curso de la enfermedad (Adams, 1979), hasta tal punto que la incapacidad funcional se ha relacionado consistentemente con un incremento en el riesgo de mortalidad sobre intervalos de 5 a 25 años en pacientes con AR (Reilly, Cosh, Maddson, Rasker y Silman, 1990). En relación con la respuesta emocional, se ha encontrado que la discapacidad predice significativamente medidas conjuntas de ansiedad y depresión (Newman, Fitzpatrick, Lamb y Shipley, 1989), encontrándose también el rasgo de ansiedad como predictor de la discapacidad (Hagglund et al., 1989). Así, algunos factores psicológicos, como la indefensión aprendida, que se asocian con el dolor y la depresión, se relacionan positivamente también con el deterioro funcional (Hagglund et al., 1989; Nicassio et al., 1985; Smith et al., 1990); también las distorsiones cognitivas, como por ejemplo la catastrofización, se asocian a una mayor discapacidad (Flor y Turk, 1988; Smith et al., 1988), así como el afrontamiento pasivo (Brown y Nicassio, 1987). Estudios todavía recientes evidencian también que la autoeficacia se asocia negativamente con la discapacidad (Buckelew, Huyser, Hewitt, Parker, Johnson, Conway y Kay, 1996; Dwyer, 1997) y en pacientes españoles se asocia negativa y muy significativamente con la depresión, aunque con discapacidad no se aprecia significatividad (Pastor, López-Roig, Rodríguez-Marín, Martín-Aragón, Terol y Pons, 1999).

Emociones como la depresión, la ansiedad y también la ira se asocian y pueden ser predictores de la discapacidad. Katz y Yelin (1993) encuentra que los pacientes con AR deprimidos presentan mayor nivel de incapacidad funcional, así como niveles más altos de dolor. De hecho Affleck, Tennen y Urrows (1991), encuentran que la depresión, junto con la discapacidad, se convierten en un predictor significativo del promedio de dolor diario medio. En cuanto a la ansiedad, en concreto, la ansiedad al dolor, en pacientes con AR, se convierte también en un significativo predictor de la incapacidad para estos pacientes (Strahl, Kleinknecht y Dinnel, 2000). Los resultados que relacionan la ira con la discapacidad en las enfermedades con dolor crónico no se han realizado únicamente con población con AR, aún así se puede afirmar que la intensidad de la ira es especialmente relevante dentro del desarrollo y mantenimiento de la disfuncionalidad del dolor crónico (Kerns, Rosemberg y Jacob, 1994). Existe ya, por tanto, un importante conjunto de trabajos y resultados que indican la alta relevancia que la respuesta emocional tiene en uno de los predictores del curso de la AR más importante como es la discapacidad. En nuestra opinión, el dolor, la discapacidad y la respuesta emocional se convierten las tres variables fundamentales a la hora de plantear una intervención psicológica en AR.

## **Intervención Psicológica en Artritis Reumatoide**

Como consecuencia de que los pacientes con AR experimentan comúnmente estrés y de que sus estrategias de afrontamiento psicológico pueden afectar al dolor y a la discapacidad, la intervención de carácter psicológico resulta especialmente significativa (Young, 1992). Se ha encontrado suficiente fundamentación en la literatura revisada anteriormente para justificar una intervención psicológica en la AR que se base en el desarrollo de estrategias con las que el paciente pueda controlar y manejar la afectividad negativa, y en concreto las respuestas emocionales de depresión, ansiedad e ira, a la vez que aprenda técnicas específicas para el control de la experiencia del dolor. La intervención se habrá de completar además con el entrenamiento en estrategias que permitan un afrontamiento activo y una mayor adaptación ante las incapacidades que pueden surgir al paciente con AR. Sin embargo, antes de desarrollar esta propuesta de intervención psicológica en la AR, se revisarán algunas de las intervenciones que se han realizado con este tipo de población.

A la hora de evaluar la intervención psicológica en la AR, el dolor va a aparecer como objetivo básico del tratamiento en muchas ocasiones, lo que no es de extrañar si tenemos en cuenta que, para algunos

autores, el dolor es, en los pacientes con enfermedades reumáticas, la consecuencia más importante y de mayor impacto de su enfermedad (Katz, 1998), aunque en realidad el dolor es más importante que la discapacidad sólo a la hora de explicar la medicación o en los cuestionarios sobre el estado general de salud del paciente (Ward y Leigh, 1993). Sin embargo, el dolor no resulta especialmente relevante para la actividad de la enfermedad, por lo que la actuación farmacológica dirigida a reducir la actividad de la enfermedad (por ejemplo, los fármacos antirreumáticos de acción lenta) en raras ocasiones eliminan el dolor (Bradley y Alberts, 1999). Este hecho puede explicar también por qué el dolor ha sido objeto de tratamiento psicológico en un buen número de ocasiones como se verá más adelante.

Chambless, Babich y Crits-Christoph (1995) revisan la eficacia de diversos tipos de intervenciones centradas en el dolor de pacientes reumáticos y encuentran como tratamientos bien establecidos las terapias cognitivo-conductuales (Bradley, Young, Anderson, Turner, Agudelo, McDaniel, Pisko, Semble y Morgan, 1987; O'Leary, Shoor, Lorig y Holman, 1988; Parker et al., 1989; Radojevic, Nicassio y Weisman, 1992; Young, Bradley y Turner, 1995) y los Programas de automanejo de la artritis@ (Lorig, Mazonson y Homan, 1993). Los programas de automanejo de la artritis -ASMC- (Lorig, Lubeck, Kraines, Seleznic y Holman, 1985), son programas de carácter educativo que sin embargo incluyen instrucciones en relajación y toma de decisiones. En desarrollos posteriores ya sugerían la inclusión de elementos cognitivos conductuales (Lorig, Chastain, Ung, Shoor y Holman, 1989), ya que aunque los programas educativos pueden resultar beneficiosos (Daltroy y Liang, 1991; Donovan, 1991), trabajos todavía recientes presentan dudas sobre su efectividad, al menos, en relación con el dolor (Riesman, Taal, Brus, 1997), y es que, probablemente, muchas de las aportaciones de los programas educativos en AR pueden incluirse en programas de intervención cognitivo-conductual. Las intervenciones cognitivo-conductuales que Chambless et al. (1995) presentan como eficaces consiguieron todas ellas mejorías significativas en las tasas de dolor o en las medidas de conducta ante el dolor. Actualmente, el Instituto Nacional de la Salud de Estados Unidos (NIH, 1996) ha reconocido la terapia cognitivo-conductual como un tratamiento eficaz para el dolor en AR.

Young (1992) revisa también algunos estudios de intervención cognitivo-conductual que Chambless et al. (1995) no incluyen dentro de los tratamientos eficaces, pero que presentan resultados interesantes. Applebaum, Blanchard, Hicking y Alfonso (1988) consiguen con una intervención cognitivo-conductual en 10 sesiones, una reducción del dolor y un incremento de la funcionalidad al finalizar el programa. También obtiene en ese mismo año buenos resultados el grupo de Parker (Parker, Frank, Beck, Smarr, Buescher, Phillips, Smit, Anderson y Walker, 1988) que consigue un aumento en el uso de adecuadas estrategias de afrontamiento, manteniendo los resultados hasta los seis y los doce meses siguientes. Es preciso señalar que en estos trabajos, la intervención va más allá del dolor y muestra resultados en la mejor adaptación y funcionalidad del paciente. Conseguir resultados positivos en otras variables relevantes de la AR además del dolor ha de ser especialmente destacable, y en este sentido hay que apuntar que dos de los trabajos comentados anteriormente, los estudios de Bradley et al. (1987) y de O'Leary et al. (1988) consiguieron reducciones significativas en los recuentos articulares, que es una variable indicadora de la actividad de la enfermedad. Un reciente estudio deja evidencia de como el tratamiento cognitivo-conductual, por lo menos, enlentece el progreso o avance de la enfermedad (Leibing, Pflingsten, Bartmann, Rueger y Schuessler, 1999).

La intervención en dolor en AR puede ser cada vez más precisa si se atiende al gran número de trabajos que han estudiado los resultados de distintas estrategias de afrontamiento del mismo. En un reciente trabajo Rodríguez Parra, Esteve y López (2000) realizan un repaso de distintas estrategias de afrontamiento en dolor crónico en el que se amplía y revisa el metanálisis de Jensen, Turner, Romano y Karoly (1991). Así, recogiendo algunos de los trabajos realizados con pacientes con AR podemos apreciar resultados muy interesantes sobre variables que están influyendo en esa experiencia de dolor. El grupo de DeVellis (DeVellis, Holt, Renner, Blalock, Blanchard, Cook, Hotz, Mikow y Haring, 1990), muestra como cuando se comparan entre sí pacientes con AR en relación al dolor, el afecto negativo favorece autoevaluaciones de dolor superiores a las del resto del grupo. Gil, Williams, Keefe y Beckham (1990) encuentran que los pensamientos negativos se relacionan activamente con el dolor de estos pacientes, y Manne y Zautra (1990) muestran la relevancia que la reestructuración cognitiva tiene en la reducción de ese dolor. Profundizando más en la importancia de las variables cognitivas en el dolor y la AR Beckham, Keefe, Caldwell y Roodman (1991) encuentran una relación negativa del control percibido y del pensamiento racional con la intensidad del dolor, pero también con la incapacidad física y con la depresión. Así pues, a la luz de estos resultados la intervención en variables cognitivas se hace especialmente relevante en la intervención en el dolor y la AR. Una mejor capacidad de afrontamiento general y cotidiano, favorecerá no sólo la reducción del dolor sino también la reducción de la afectividad negativa (Keefe, Affleck, Lefebvre, Starr, 1997).

Estudios como los de Bradley et al. (1987) o O'Leary et al. (1988) que obtienen resultados positivos en indicadores de la actividad de la enfermedad, además de en el dolor, junto a trabajos como los de Beckham et al (1991) o toda la literatura científica revisada anteriormente, y que deja claramente de manifiesto la relevancia de variables cognitivas y emocionales, no sólo en el dolor, sino también en la discapacidad y, en ocasiones, en indicadores de la actividad de la enfermedad, nos lleva a plantear que la terapia cognitivo-conductual en la AR ha de ir más allá del dolor y marcarse como objetivos definidos y operativizables de la intervención, además del dolor, la discapacidad y el afecto negativo.

La terapia cognitivo-conductual está sujeta básicamente a una orientación teórico-científica, que limita el tipo de intervención a una serie de técnicas, pero que no define protocolos específicos. El tipo de terapia cognitivo-conductual que es fácil encontrar en muchos de los estudios vistos hasta el momento, encaja con la llevada a cabo en los estudios de Keefe y Van Horn (1993) o el de Paker, Iverson, Smarr, Stucky-Roop (1993) en los que se encuentra que el formato típico de la intervención son una o dos horas de duración por cinco o diez semanas, impartiendo las sesiones psicólogos, y en ocasiones, otros profesionales entrenados. En estos programas se pone especial énfasis en el aprendizaje de nuevas técnicas dirigidas al control y al manejo del dolor, que se convierte en el verdadero objetivo de la intervención. Para ello, se desarrollan sesiones puramente informativas o educativas sobre el dolor y su naturaleza; además se realiza entrenamiento en relajación y también se ponen en práctica técnicas cognitivas, como por ejemplo la reestructuración, y técnicas conductuales como la planificación de actividades y objetivos; previniendo también las recaídas. Aunque este puede ser un programa típico de intervención, actualmente podemos encontrar también trabajos que se apoyan en instrumentos como el video a la hora de evaluar conductas asociadas al dolor y que presentan resultados interesantes (Romano, Jensen, Turner, Good y Hops, 2000).

Como ya se ha señalado anteriormente, una intervención que centre parte de las técnicas a utilizar en la afectividad negativa, en la depresión, en la ansiedad y en la ira, no es común en las terapias cognitivo-conductuales que se emplean con pacientes con AR. Sin embargo, intervenciones de corte puramente educativo o experiencial, y que no pueden ajustarse al marco de la terapia cognitivo-conductual, se han centrado por completo o parcialmente en el manejo de emociones. Así, Kelley, Lumley y Leisen (1997), presentan un trabajo centrado en la revelación emocional de acontecimientos estresantes, con resultados que plantean serias dudas sobre la eficacia de la intervención, al menos en relación al dolor. Kowarsky y

Glazier (1997) desarrollan unas innovadoras habilidades de afrontamiento para el paciente con AR, y en una intervención básicamente educativa focalizan algunas de las sesiones del programa en el miedo, la ira y la depresión, obteniendo resultados positivos si se comparan con el asesoramiento individual del paciente. La intervención directa o explícita en la respuesta emocional del paciente con AR desde la terapia cognitivo-conductual, si atendemos a la experiencia y especificidad de técnicas cognitivas y técnicas conductuales en el tratamiento de la ansiedad y de la depresión, probablemente obtendría resultados satisfactorios.

### **Propuesta de un Nuevo Programa de Intervención Cognitivo-Conductual en AR**

El programa de intervención psicológica en AR que se propone a continuación se centra en tres variables básicas: la respuesta emocional negativa, el dolor y la discapacidad, ya que estas tres variables presentan una importante interrelación y dependencia entre ellas, de acuerdo con los resultados de la mayoría de los estudios que las evalúan y que han sido revisados en el presente trabajo. Se ha visto además, que el dolor, y la discapacidad se convierten en estresores muy relevantes en la vida del paciente con AR. El programa que se va a ser propuesto utiliza las herramientas y técnicas cognitivo-conductuales para intervenir sobre el dolor, la discapacidad y sobre la depresión, la ansiedad y la ira, asumiendo también que la intervención específica en una de estas variables afectará probablemente a alguna de las otras, debido a los altos niveles de interrelación que estas variables indican tener según los estudios revisados..

El programa persigue tres objetivos fundamentales que son:

- 1) El paciente con AR desarrollará estrategias psicológicas con las que reducir la experiencia e intensidad del dolor.
- 2) El paciente aprenderá a controlar y manejar su respuesta emocional negativa, reduciendo sus niveles de ansiedad, depresión e ira
- 3) El paciente ha de potenciar su capacidad de adaptación al entorno, reduciendo sus niveles de discapacidad.

Estos objetivos son evaluados antes del inicio del tratamiento y al finalizar el mismo. Los instrumentos con los que se realiza la evaluación pre-tratamiento y post-tratamiento de las variables emocionales son: el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA-(Miguel Tobal, Cano Vindel, 1994); el State-Trait Anger Expression Inventory -STAXI- (Spielberger, 1988, 1991), en su versión española (Spielberger, Miguel Tobal, Cano Vindel, Casado, 1999); el Beck Depression Inventory -BDI- (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), en su versión española (Vázquez y Sanz, 1999). La evaluación de los cambios en dolor y discapacidad se realiza con el HAQ (Health Assessment Questionnaire) que es la prueba que habitualmente evalúa el grado de discapacidad, Clinical Assessment, que evalúa el dolor en AR, y el SF-36, que valora el estado de salud general y adaptabilidad.

El programa de tratamiento comienza con un módulo informativo sobre las variables médicas y psicológicas que intervienen en la AR, y en la que la información médica ha de ser impartida por un especialista del campo. En este módulo se explican los objetivos y la justificación del programa a los pacientes que asistirán al mismo. El tratamiento puramente psicológico comienza con el entrenamiento en relajación, utilizando para ello el entrenamiento autógeno de Shultz (Shultz, 1932; Shultz y Luthe, 1969) con el que se pretende controlar la respuesta de ansiedad, especialmente a nivel fisiológico, y favorecer la reducción del dolor, acompañando la relajación con instrucciones de sugestión contrarias a la sensación del dolor. El entrenamiento autógeno de Shultz utiliza una estrategia de inducción de la relajación basada en la sugestión (González Ordi, 1997), lo que favorece que una vez aprendido por parte del sujeto se facilite el uso de instrucciones de sugestión que vayan más allá de la relajación y busquen la percepción de sensaciones que limiten o reduzcan la intensidad del dolor.

Las técnicas cognitivas, y especialmente la reestructuración cognitiva, intenta favorecer el control de la respuesta emocional negativa, y permite el desarrollo de una sana autoeficacia, a la vez que optimiza otras técnicas. La detección y el cambio de las creencias, ideas y pensamientos irracionales de Beck (1967) y Ellis (1971) en relación a las respuestas de depresión o ansiedad, al dolor y a la discapacidad se encamina a reducir los niveles de estas variables. Además de la reestructuración, el entrenamiento en Autoinstrucciones@ (Miechenbaum, 1977) está dirigido a implantar ideas y verbalizaciones racionales, adecuadas para un afrontamiento activo y adaptativo. Las autoinstrucciones van facilitan el uso de la autoeficacia, lo que favorecerá un menor grado de discapacidad y un mayor control el dolor. El programa incorpora también la técnica de Asolución de problemas@ (D´Zurilla y Goldfried, 1971) dirigiendo el entrenamiento en esta técnica a la solución de las dificultades vinculadas a la discapacidad, especialmente en actividades de la vida cotidiana. Por último, el programa de intervención propuesto recoge elementos de las técnicas que ya han sido entrenadas para centrarlas en el control y manejo específico de la ira, acompañando esta última parte con un entrenamiento en asertividad. A lo largo de todo el programa se busca la integración del aprendizaje de las distintas técnicas en la aplicación de las mismas como nuevas estrategias de afrontamiento ante el dolor, la afectividad negativa y la discapacidad que acompañan a la AR

El programa de tratamiento se estructura en 10 sesiones semanales de 90 minutos, a las que habría que añadir las dos sesiones de evaluación pre-tratamiento y post- tratamiento. Las técnicas a desarrollar podrán solaparse, de manera que las sesiones se dividirán en ocasiones en dos partes de 45 minutos, correspondiendo cada una de ellas a técnicas distintas. La distribución en el tiempo que llevaría el desarrollo de las técnicas de intervención que se utilizan en el programa tiende a ajustarse al esquema que se sigue en la tabla siguiente.

Orden de las Sesiones	Técnicas a desarrollar en la sesión
Sesión de Tratamiento N11	Información Médica e Información Psicológica
Sesión de Tratamiento N12	Información Psicológica / Relajación autógena
Sesión de Tratamiento N13	Relajación autógena / Reestructuración Cognitiva
Sesión de Tratamiento N14	Relajación +Sugestión / Reestructuración Cognitiva
Sesión de Tratamiento N15	Relajación +Sugestión / Reestructuración Cognitiva
Sesión de Tratamiento N16	Sugestión / Autoinstrucciones
Sesión de Tratamiento N17	Autoinstrucciones / Solución de Problemas
Sesión de Tratamiento N18	Solución de problemas / Relajación +Sugestión
Sesión de Tratamiento N19	Solución de Problemas / Control de ira
Sesión de Tratamiento N110	Control de ira / Relajación +Sugestión

En opinión de los autores, el programa está ideado buscando aportar la paciente con AR suficientes habilidades de afrontamiento ante el dolor y la discapacidad, así como ante la depresión y ansiedad, para conseguir un mejor manejo y una reducción en la intensidad de estas variables. Actualmente se trabaja con pacientes de la Unidad de Reumatología de Hospital Clínico Universitario ASan Carlos@ de Madrid en el desarrollo del programa aquí presentado, y la experiencia piloto anima al equipo a continuar desarrollando esta línea de trabajo en intervención psicológica en AR, esperando poder mostrar pronto resultados positivos sobre la eficacia de la misma.

## Referencias Bibliográficas

- Adams, J.C. (1979). Predictors of medical intervention in adult rheumatoid arthritis. [Letter to the editor], *Arthritis and Rheumatism*, 22, 100.
- Affleck, F., Tennen, H. Urrows, S. et al. (1991). Individual differences in the day-to-day experience of chronic pain: a prospective daily study of rheumatoid arthritis patients. *Health Psychology*, 10, 419-426.
- Anderson, K.O.; Bradley, L.A.; Young, L.D.; McDaniel, L.K. y Wise, C.M. (1985). Rheumatoid arthritis: review of psychological factors related to etiology, effects and treatment. *Psychological Bulletin*, 98, 358-387.
- Anderson, K.O. Dowds, B.N., Pelletz, R.E. et al. (1995). Development and initial validation of a scale to measure self-efficacy beliefs in patients with chronic pain. *Pain*, 63, 77-84.
- Applebaum, K.a., Blanchard, E.B., Hickling, E.J. y Alfonso, M. (1988). Cognitive behavioral treatment of a veteran population with moderate to severe rheumatoid arthritis. *Behavior Therapy*, 19, 489-502.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, V.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber
- Beckham, J.L., Keefe, F.J., Caldwell, D.S. y Roodman, A.A. (1991). Pain coping strategies in rheumatoid arthritis: relationships to pain, disability, depression and daily hassles. *Behavior Therapy*, 22, 113-124.
- Bradley, L.A. y Alberts, K.R. (1999). Aproximaciones psicológicas y conductuales a la terapéutica del dolor en pacientes con enfermedad reumática. En *Rheumatic Disease Clinics of North America: Manejo del dolor en las enfermedades reumáticas*. Madrid: Panamericana.
- Bradley, L.A., Young, L.D., Anderson, K.O., Turner, R.A., Agudelo, C.A., McDaniel, L.K., Pisko, E.J., Semble, E.L. y Morgan, T.M. (1987). Effects of psychological therapy on pain behavior of rheumatoid arthritis patients: treatment outcome and six-month followup. *Arthritis and Rheumatism*, 30, 1105-1114.
- Brus, H., van de Laar, M., Taal, E., Rasker, J. y Wiegman, O. (1999). Determinants of compliance with medication in patients with rheumatoid arthritis: The importance of self-efficacy expectations. *Patient Education and Counseling*, 36, 57-64.
- Buckley, S.P., Huyser, B., Hewett, J.E., Parker, J.C., Johnson, J.C., Conway, R. y Kay, D.R. (1996). Self-efficacy predicting outcome among fibromialgia subjects. *Arthritis Care and Research*, 9, 97-104.
- Burns, J.W. (1997). Anger management style and hostility: predicting symptom-specific physiological reactivity among chronic low back pain patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 20, 505-522.
- Chambless, D.L., Babich, K., Crits-Christoph, P. et al. (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: reports and recommendations. *Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
- Creed, F. y Ash, G. (1992). Depression in rheumatoid arthritis: a etiology and treatment. *International Review of Psychiatry*, 4, 23-34.
- Daltroy, L.H. y Liang, M.H. (1991). Advances in patient education in rheumatic disease. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 50, 415-417.
- DeVellis, R.F., Holt, K., Renner, B.R., Blalock, S.J., Blanchard, L.W., Cook, H.L., Holtz, M.L., Mikow, V. y Haring, K. (1990). The relationship of social comparison to rheumatoid arthritis symptoms and affect. *Basic and Applied Social Psychology*, 11, 1-18.

- Donovan, J. (1991). Patient education and the consultation: the importance of lay beliefs. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 50, 418-421.
- Dwyer, K.A. (1997). Psychological factors and health status in women with rheumatoid arthritis: predictive models. *American Journal of Preventive Medicine*, 13, 66-72.
- D´Zurilla, T.J. y Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Ellis, A. (1971). *Growth Through Reason*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Fernandez, E. y Milburn, T.W. (1994). Sensory and affective predictors of overall pain and emotions associated with affective pain. *Clinical Journal of Pain*, 10, 3-9.
- Frank, R.G., Beck, N.C. Parker, J.C. et al. (1998). Depression in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 15, 920-925.
- Flor, H. y Turk, J.D.C. (1988). Chronic back pain and rheumatoid arthritis: predicting pain and disability from cognitive variables. *Journal of Behavioral Medicine*, 11, 251-265.
- Gil, K.M., Williams, D.A., Keefe, F.J. y Beckhan, J.C. (1990). The relationship of negative thoughts to pain and psychological distress. *Behavior Therapy*, 21, 349-352.
- González Ordi, H. (1997). El proceso de la relajación: aspectos antecedentes, mediadores y consecuentes de las técnicas de tensión-distensión, respiración y sugestión. *Ansiedad y Estrés*, 3, 155-175.
- Hagglund, K.J., Haley, W.E. Reveille, J.D. y Alarcón, G.S. (1989). Predicting individual differences in pain and functional impairment among patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 32, 851-858.
- Hart, F.D. y Husdisson, E.D. (1972). Pain patterns in the rheumatic disorders. *B. M. J.*, 4, 213-216.
- Hatch, J.P. Schoenfeld, L.S. boutros, N.N. et al. (1991). Anger and hostility in tension-type headache. *Headache*, 31, 302-304.
- Hawley, D.J. y Wolfe, F. (1988). Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis: a prospective study in 400 patients. *Journal of Rheumatology*, 15, 932-941.
- Huysen, B.A. y Parker, J.C. (1999). Afectividad negativa y dolor en las enfermedades reumáticas. En *Rheumatic Disease Clinics of North America: Manejo del dolor en las enfermedades reumáticas*. Madrid: Panamericana.
- International Association for the Study of Pain (1986). Classification of chronic pain: Description of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain* 3 (Suppl.), 1-226.
- Jones, R.L. (1909). *Arthritis Deformans*. New York: Wood.
- Katz, P.P. y Yelin, E.H. (1993). Prevalance and correlates of depressive symptoms among persons with rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology*, 20, 790-796.
- Katz, P.P. (1998). The stressess of rheumatoid arthritis: appraisals of preceived impact and coping efficacy. *Arthritis Care and Research*, 11, 9-22.
- Keefe, F.J. y Bonk, V. (1999). Valoración psicosocial del dolor en pacientes con artritis reumatoide. En *Rheumatic Disease Clinics of North America: Manejo del dolor en las enfermedades reumáticas*. Madrid: Panamericana.
- Keefe, F.J. y Williams, D.A. (1992). Assessment of pain behaviors. En D.C. Truk y R. Melzack, *Handbook of Pain Assessment*. New York: Guilford Press.
- Keefe, F.J., Dashikar-Zuck, S. y Caldwell, D.S. (1998). Coping strategies for the patients with osteoarthritis. En M. Doherty, K. Brandt y S. Lohmander (Eds.), *Testbook on Osteoarthritis*. New York: Oxford University Press.
- Keefe, F.J., Van Horn, Y. (1993). Cognitive-behavioral treatment of rheumatoid arthritis pain: maintaining treatment gains. *Arthritis Care Research*, 6, 207-213.
- Keefe, F.J., Affleck, g., Lefebvre, C., Starr, K. et al. (1997). Pain coping strategies and coping efficacy in rheumatoid arthritis: a daily process analysis. *Pain*, 69, 35-42.

- Kelley, J.E., Lumley, M.J.A. y Leisen, J.C.C. (1997). Health effects of emotional disclosure in rheumatoid arthritis patients. *Health Psychology*, 16, 331-340.
- Kerns, R.D., Rosenberg, R. y Jacob, M.C. (1994). Anger expression and chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, 57-67.
- Kowarsky, A. y Glazier, S. (1997). Development of skills for coping with arthritis: an innovative group approach. *Arthritis Care and Research*, 10, 121-127.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer
- Leibing, E., Pflingsten, M., Bartmann, U., Rueger, U. y Schuessler, G. (1999). Cognitive-behavioral treatment in unselected rheumatoid arthritis outpatients. *Clinical Journal of Pain*, 25, 58-66.
- Lorig, K.R., Mazonson, P.D., Holman, H.R. (1993). Evidence suggesting that health education for self-management in patients with chronic arthritis has sustained health benefits while reducing health care costs. *Arthritis and Rheumatism*, 36, 439-446.
- Lorig, K., Lubeck, D., Kraines, R.g., Seleznick, M. y Holman, H.R. (1985). Outcomes of self-help education for patients with arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 28, 680-685.
- Lorig, K., Chastain, R.L., Ung, E., Shoor, S. y Holman, H.R. (1989). Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 32, 37-44.
- Manne, S.L. y Zautra, A.J. (1990). Couples coping with chronic illness: women with rheumatoid arthritis and their healthy husbands. *Journal Behavior Medicine*, 13, 327-342.
- Miechenbaum, D. (1977). *Cognitive Behavior Modification*. New York, Plenum Press..
- Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A. (1994). *Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad- ISRA-*. Madrid: TEA.
- Newman, S.P., Fitzpatrick, R., Lamb, R. y Shipley, M. (1989). The origins of depressed mood in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 16, 740-744.
- Nicassio, P.M. y Radojevic, V. (1993). Models of family functioning and their contribution to patient outcomes in chronic pain. *Motivation and Emotion*, 17, 295-316.
- Nicassio, P.M., Wallston, K.A., Callahan, L.F., Herbert, M. y Pincus, T. (1985). The measurement of helplessness in rheumatoid arthritis: the development of the Arthritis Helplessness Index. *Journal of Rheumatology*, 12, 462-467.
- NIH Technology Assessment Panel on Integration of Behavioral and Relaxation Approaches Into the Treatment of Chronic Pain and Insomnia (1996). Integration of behavioral and relaxation approaches into the treatment of chronic pain and insomnia. *Journal of American Medical Association*, 276, 313-316.
- O'Leary, a., Shoor, S. Lorig, K., y Holman, H.R. (1988). A cognitive-behavioral treatment for rheumatoid arthritis. *Health Psychology*, 7, 527-544.
- Parker, J.C., Smarr, K.L., Buescher, K.L., Phillips, L.R., Frank, R.G., Beck, N.C., Anderson, S.K., y Walker, S.E. (1989). Pain control and rational thinking: implications for rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 32, 984-990.
- Parker, J.C., Frank, jr.g., Beck, N.C., Smarr, K.L., Buescher, K.L., Phillips, L.R., Smith, E.I., anderson, S.K. y Walker, S.E. (1998). Pain management in rheumatoid arthritis patients: a cognitive-behavioral approach. *Arthritis and Rheumatism*, 31, 593-601.
- Parker, J.C., Iverson, G.L., Smarr, K.L., Stucky-Ropp, R.C. (1993). Cognitive-behavioral approaches to pain management in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Research*, 6, 213-222.
- Pastor, M.A., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martín-Aragón, M., Terol, M.C. y Pons, N. (1999). Percepción de control, impacto de la enfermedad y ajuste emocional en enfermos crónicos. *Ansiedad y Estrés*, 5, 299-311.
- Radojevic, V., Nicassio, P.M., Weisman, M.H. (1992). Behavioral intervention with and without family support for rheumatoid arthritis. *Behavior Therapy*, 23, 13-30.
- Reilly, P.A., Cosh, J.A., Maddison, P.J., Rasker, J.J. y Silman, A.J. (1990). Mortality and survival in rheumatoid arthritis: a 25 year prospective study of 100 patients. *Annals of Rheumatic Disease*, 49, 363-

- Riensma, R.P. Taal, E., Brus, H.L.M., et al. (1997). Coordinated individual education with an arthritis passport for patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*, 10, 238-249.
- Rodríguez Parra, M.J., Esteve, R. y López, A.E. (2000). Dolor crónico y estrategias de afrontamiento. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 391-421.
- Romano, J.M., Jensen, M.P., Turner, J.A., Good, A.B y Hops, H. (2000). Chronic pain patient-partner interactions: further support for a behavioral model of chronic pain. *Behavior Therapy*, 31, 415-440.
- Smarr, K.L., Parker, J.C. y Wright, G.E. et al. (1997). The importance of enhancing self-efficacy in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*, 10, 18-26.
- Smedstad, L.M., Mount, T., Vaglum, P. et al. (1996). The impact of early rheumatoid arthritis on psychological distress. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 25, 377-382.
- Smedstad, L.M., vaglum, P. y Kvien, T.K. (1997). The relationship between self-reported pain and sociodemographic variables, anxiety and depressive symptoms in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 22, 514-520.
- Smith, T.W., Peck, J.R. y Ward, J.R. (1990). Helplessness and depression in rheumatoid arthritis. *Health Psychology*, 9, 377-389.
- Smith, T.W., Peck, J.R., Milano, R.A. y Ward, J.R. (1988). Cognitive distortion in rheumatoid arthritis: relation to depression and disability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 412-416.
- Spielberger, C.D. (1988). *State-Trait Anger Expression Inventory*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Spielberger, C.D. (1991). *State-Trait Anger Expression Inventory*. Revised Research Edition. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources
- Spielberger, C.D., Miguel Tobal, J.J., Cano Vindel, A. y Casado, M.I. (1999). *S.T.A.X.I.. Versión española*. Sin publicar
- Strahl, C., Kleinknecht, R.A. y Dinnel, D.L. (2000). The role of pain anxiety, coping, and pain self-efficacy in rheumatoid arthritis patient functioning. *Behavior Research and Therapy*, 38, 863-873.
- Schultz, J.H. (1932). *Das autogene training*. Leipzig: Georg Thieme Verlag
- Schultz, J.H y Luthe, W. (1969). *Autogenic Training*. New York: Grune & Stratton.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del inventario para la depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 10, 59-81.
- Von Korff, M.; Dworkin, S.F.; Le Resche, L. et al. (1988). An epidemiological comparison of pain complaints. *Pain*, 32, 173-183.
- Ward, M.M. y Leigh, J.P. (1993). The relative importance of pain and functional disability to patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 20, 1494-1499.
- Wright, G., Parker, J.C., Smarr, K. et al. (1998). Age, depressive symptoms and rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 41, 298-305.
- Young, L.D. (1992). Psychological factors in rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 619-627.
- Young, L.D., Bradley, L.A. y Turner, R.A. (1995). Decreases in health care resource utilization in patients with rheumatoid arthritis following a cognitive-behavioral intervention. *Biofeedback and Self-Regulation*, 20, 559-568.