
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ARTRITIS REUMATOIDE: CASO CLÍNICO

MARTA M. REDONDO

Universidad

Complutense de Madrid

MIGUEL A. PÉREZ NIETO

Universidad Camilo José Cela

ITZIAR IRUARRIZAGA

Universidad

Complutense de Madrid

RESUMEN

Se presenta la intervención psicológica llevada a cabo en el caso de un varón de 44 años con Artritis Reumatoide. El motivo de consulta es un alto grado de tristeza, ansiedad e irritabilidad. Para la evaluación se emplearon los siguientes instrumentos y técnicas: entrevista clínica, autorregistros y pruebas de autoinforme (Cuestionario Biográfico; Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad –ISRA–; Cuestionario Tridimensional para la Depresión –CTD–; Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo –STAXI 2–; Cuestionario de Dolor de McGill e Inventario de Sugestionabilidad –IS–). La evaluación permitió establecer el diagnóstico, según criterios DSM-IV-TR (APA, 2000), de «Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica, de carácter crónico». A partir del análisis funcional del caso se fijaron los objetivos terapéuticos y se planificó el tratamiento cognitivo-conductual, dirigido al control de las emociones negativas y de los niveles de dolor del paciente, así como al manejo de su incapacidad. Los resultados ponen de manifies-

ABSTRACT

This a case of a 44 years old male with rheumatoid arthritis is presented. Assessment was made with the following instruments: clinical interview; repeated self-reports and Structured Interview, Inventory of Situations and Responses of Anxiety –ISRA–; Tree-dimensional Questionnaire of Depression –CTD–; State-Trait Anger Expression Inventory 2 –STAXI 2–; The McGill Pain Questionnaire and Inventory of Suggestibility –IS–. Evaluation allowed us to conclude in a diagnosis of «Pain disorder associated with both psychological factors and a general medical condition», according to DSM-IV-TR criteria (APA, 2000). After the functional analysis of the problem, we established the therapeutic aims. Cognitive-behavioral treatment was carried out in order to control negative emotions and pain levels. Results showed that the treatment techniques used are effective to reduce negative emotions and pain perception levels.

to la eficacia de las técnicas de tratamiento empleadas.

PALABRAS CLAVE

Intervención cognitivo-conductual, artritis reumatoide, dolor crónico, emoción.

KEY WORDS

Cognitive-behavioral treatment, rheumatoid arthritis, chronic pain, emotion.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha producido un creciente reconocimiento de la importancia que ejercen los factores psicológicos en el desarrollo, curso y mantenimiento de las enfermedades físicas que cursan asociadas al dolor crónico. Dentro de este grupo de patologías se encuentra la Artritis Reumatoide (AR), una enfermedad crónica de carácter autoinmune y etiología desconocida, que ataca principalmente a las articulaciones y provoca dolor persistente, rigidez, deformidades e incapacidad funcional (van Riel and Lankveld, 1993; Walsh, Blanchard, Kremer y Blanchard, 1999). Su curso es impredecible y, de no ser tratada, puede desembocar en una inmovilidad de las articulaciones de carácter irreversible y en una muerte prematura (American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Clinical Guidelines, 1996; Anderson, Bradley, Young, McDaniel y Wise 1985; Task Force on Taxonomy, 1994).

La AR cursa asociada a algunos síntomas, que han sido ampliamente estudiados, y que marcan en gran medida cómo será el ajuste de los pacientes a la enfermedad. Entre ellos destacan tres: el dolor, la incapacidad funcional y las emociones negativas (ansiedad, tristeza/depresión e ira). El primero de ellos, el dolor, es sin duda uno de los síntomas más importantes que aparece como consecuencia de esta enfermedad reumática. El dolor parece ser el factor que con más frecuencia lleva a los pacientes a tomar medicación, por encima de cualquier incapacidad psicológica (como la depresión o la ansiedad) o física (como la movilidad, actividades de la casa o de diario). Además, es el responsable del juicio que los pacientes ejercen sobre su estado general de salud y sobre el estado de su enfermedad reumática (Kazis, Meenan y Anderson, 1983). Por su parte, la incapacidad funcional se presenta como una consecuencia lógica de la enfermedad, que va limitando a los pacientes en la realización de muchas de sus actividades. Los reumatólogos la han catalogado como uno de los predictores más importantes del curso de la enfermedad (Adams, 1979), y parece estar estrechamente relacionada con las emo-

ciones negativas (Burns, Johnson, Mahoney, Devine y Pawl, 1996; Katz y Yelin, 1995; Strahl, Kleiknecht y Dinnel, 2000). Pero las consecuencias de la incapacidad funcional no son sólo emocionales sino también físicas. De hecho, ha sido relacionada con un aumento en el riesgo de mortalidad en los pacientes con AR, en intervalos de entre 5-25 años de desarrollo (Reilly, Cosh, Maddison, Rasker y Silman, 1990). Finalmente, la AR aparece unida en una gran parte de los casos a altos niveles de emocionalidad negativa. Además del dolor y la incapacidad funcional ya comentados, la AR va a ejercer un severo impacto en áreas muy diversas de la vida de los pacientes, como la pareja, el trabajo, la sexualidad, las relaciones sociales o la economía (Elst, Sybesma, van der Stadt, Prins, Muller y den Butter, 1984; Meenan, Yelin, Nevitt y Epstein, 1981; Yelin, 1995). Todo ello va a suponer una importante fuente de estrés para los enfermos con AR, que pueden llegar a sufrir alteraciones en su correcto funcionamiento psicológico. En este sentido, las investigaciones llevadas a cabo coinciden en señalar que las personas que sufren AR presentan mayores niveles de emocionalidad negativa (ansiedad, depresión e ira) que la población general sana (Anderson et al., 1985; Blalock y DeVellis, 1992; Evers, Kraaimaat, Greenen y Bijlsma, 1997; Young, 1992). Estas emociones negativas no sólo resultan disfuncionales por el malestar que generan en los enfermos, sino que además parecen correlacionar positiva y significativamente con mayores niveles de dolor, incapacidad funcional y un empeoramiento en la propia actividad de la enfermedad (Burns, J.W., Johnson, B.J., Devine, J., Mahoney, N. y Pawl, R., 1998; Dickens, McGowan, Clark y Creed, 2002; Frank, Beck, Parker, Kashani, Elliott, Haut, Smith, Atwood, Brownlee-Duffeck, Kay, 1988; Katz y Yelin, 1993; Parker, Smarr, Anderson, Hewett, Walker, Bridges y Caldwell, 1992; Strahl et al., 2000).

Con este panorama, la intervención de carácter psicológico en las personas que padecen AR se hace especialmente necesaria, y ha de basarse en el desarrollo de estrategias que permitan a los pacientes controlar y manejar la afectividad negativa, y en concreto las respuestas emocionales de depresión, ansiedad e ira, a la vez que aprendan técnicas específicas para el control de la experiencia del dolor. La intervención se habrá de completar con un entrenamiento en el desarrollo de estrategias que favorezcan en los pacientes un afrontamiento activo de su enfermedad, así como una mayor adaptación ante las incapacidades que surgen asociadas a la AR (Pérez Nieto, Miguel Tobal, Cano Vindel y Jover, 2000).

Algunas revisiones llevadas a cabo en este campo han estudiado la eficacia de diversos tipos de intervenciones centradas en el tratamiento de uno de los factores antes destacados: el dolor (Chambless, Babich y Crits-Christoph, 1995). Estas revisiones encuentran como tratamientos bien establecidos las terapias cognitivo-

conductuales y los «programas de automanejo de la artritis» (Chambless et al., 1995). Puesto que los programas de automanejo de la artritis –ASMC– (Lorig, Lubeck, Kraines, Seleznich y Holman, 1985), son exclusivamente educativos, muchos autores consideran que resulta más eficaz incluir sus aportaciones en programas más amplios de carácter cognitivo-conductual (Lorig, Chastain, Ung, Shoor y Holman, 1989). En su revisión, Chambless et al. (1995) resaltan la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales, que logran en todos los casos mejoras significativas en las tasas de dolor o en las medidas de conducta ante el dolor. De hecho, 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) presenta otra revisión sobre el tratamiento de la AR en la que recoge trabajos que han buscado intervenir, no sólo en el dolor, sino también en otras variables de la enfermedad, como la incapacidad funcional o las estrategias de afrontamiento. Los resultados de estos trabajos ponen de manifiesto cómo las intervenciones cognitivo-conductuales permiten modificar, no sólo el dolor, que desciende, sino también la funcionalidad de los pacientes o el uso de adecuadas estrategias de afrontamiento, que se ven incrementadas, o incluso la propia actividad de la enfermedad, obteniéndose reducciones en los recuentos articulares o un enlentecimiento en el progreso o avance de la enfermedad (Applebaum, Blanchard, Hicking y Alfonso, 1988; Bradley, Young, Anderson, Turner, Agudelo, McDaniel, Pisko, Semble y Morgan, 1987; Leibing, Pflingsten, Bartmann, Rueger y Schuessler, 1999; O’Leary, Sor, Lorig y Holman, 1988; Parker, Frank, Beck, Smarr, Buescher, Phillips, Smit, Anderson y Walker, 1988).

Además del trabajo con el dolor, la incapacidad funcional y las emociones negativas, en el contenido de los programas de intervención psicológica dirigidos a los sujetos con AR, debe incluirse el trabajo con las estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes, que parecen determinar en gran medida su correcto ajuste a la enfermedad. En este sentido, debe entrenarse el empleo de estrategias que favorezcan un afrontamiento activo, centrado en el problema, conductual y dirigido al dolor y su control (Redondo, Cano Vindel y Pérez Nieto, 2001).

Por lo que respecta al formato de la intervención, ésta suele estructurarse en sesiones de una o dos horas de duración una vez por semana durante cinco o diez semanas, impartiendo las sesiones psicólogos y, en ocasiones, otros profesionales entrenados (Keefe y Van Horn, 1993; Paker, Iverson, Smarr, Stucky-Roop, 1993). Con el objeto de trabajar los aspectos ya resaltados (dolor, incapacidad funcional y emocionalidad negativa), estos programas deben incluir sesiones puramente informativas o educacionales; un entrenamiento en relajación, un entrenamiento en técnicas cognitivas, como por ejemplo la reestructuración, y un entrenamiento

en 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).

DATOS PERSONALES E HISTORIA DEL PROBLEMA

Se presenta el caso de un paciente varón de 44 años con artritis reumatoide (AR) juvenil, casado y con una hija de 14 años. Ha trabajado en el sector de la industria hasta hace 10 años. Obtiene entonces una baja definitiva por invalidez, a causa de la enfermedad reumática, por la que cobra en la actualidad una pensión de 600 euros al mes. Entre sus aficiones están el mundo del motor, la pesca, la caza, el campo y viajar. En la actualidad continua conduciendo, aunque lo hace en un vehículo adaptado. Ha dejado de pescar y de cazar, según refiere porque la enfermedad se lo impide, y tampoco va al campo. Pasa la mayor parte del tiempo viendo la televisión o paseando en la calle. Sus relaciones sociales son bastante limitadas. La mayor parte de sus amistades las hizo en Francia, donde vivió durante catorce años, por lo que no mantiene contacto con ellas.

Los síntomas de la AR aparecen cuando el paciente tenía 14 años, en forma de hinchazón en las articulaciones (sobre todo pies y rodillas). Esta sintomatología permanece estable durante muchos años y le permite llevar una vida normal. En el año 86 le es diagnosticada la enfermedad. Entonces comienza la deformidad en los pies y en las manos, que le va incapacitando de forma progresiva para el desarrollo de su vida normal. Hace aproximadamente 3 años y medio empieza a ayudarse de una silla de ruedas para salir de casa. En el año 99 comienza a sufrir dolores de cuello, y en agosto de este mismo año le colocan un collarín que ha de llevar permanentemente y que sigue utilizando en la actualidad. A raíz de estos problemas de cuello, que aparecen unidos a un dolor que el califica de «insoponible» e incrementan de forma significativa su incapacidad, empiezan los síntomas psicológicos por los que acude ahora a consulta. El paciente resume estos síntomas como altos niveles de ansiedad y tristeza. Además, dice encontrarse bastante más irritable de lo que estaba antes. No cree tener ningún control sobre su enfermedad ni sobre su dolor y su actitud de cara al afrontamiento de su enfermedad reumática es completamente pasiva.

Al inicio del tratamiento psicológico el paciente estaba tomando la siguiente medicación: fármacos dirigidos al tratamiento de su enfermedad reumática (antirreumáticos y antiinflamatorios), un analgésico de forma ocasional destinado

al control del dolor cuando éste era muy severo, un relajante muscular y un inductor del sueño. La medicación llevaba prescrita desde hacía varios meses (aproximadamente tres) y se mantuvo estable durante todo el tratamiento psicológico por lo que los cambios alcanzados, que posteriormente serán descritos, no deben ser atribuidos a los efectos de la medicación.

EVALUACIÓN

Cuestionario biográfico. Destinado a recoger aspectos relacionados con la biografía del paciente así como con el problema motivo de consulta. Los datos más relevantes obtenidos con este instrumento han sido ya comentados.

Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad –ISRA– (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1994). Este cuestionario está formado por tres subescalas (cognitiva, fisiológica y motora) y una escala total, suma de las anteriores, que nos proporciona una puntuación del rasgo total de ansiedad. Permite además la diferenciación de cuatro áreas situacionales: FI o ansiedad de evaluación; FII o ansiedad interpersonal; FIII o ansiedad fóbica y FIV o ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana. Las puntuaciones del paciente al inicio del tratamiento (ver tablas 1 y 2), revelaban elevados niveles de ansiedad, con una puntuación total que entraría en el rango de ansiedad severa. Esta emoción era expresada fundamentalmente a través de respuestas cognitivas y fisiológicas, con puntuaciones en estos dos sistemas que también entrarían dentro de lo que llamamos ansiedad severa. La respuesta motora, aún siendo más moderada, también era alta. En lo que se refiere a las áreas situacionales, el paciente presentaba puntuaciones elevadas en todas ellas, existiendo un ligero pico en FIV, correspondiente a la ansiedad en situaciones de la vida cotidiana.

Cuestionario Tridimensional de la Depresión –CTD– (Jiménez García, Miguel Tobal y Cano Vindel, 1996). Este cuestionario consta de 34 ítems y nos da una puntuación del nivel de depresión del paciente en tres subescalas: cognitiva, fisiológica y motora, así como una puntuación total, resultado de la suma de las anteriores. Añade además una última escala que evalúa la tendencia suicida. Las puntuaciones obtenidas por el paciente antes del tratamiento se recogen en la tabla 3 y muestran niveles extremadamente altos en todas las escalas que evalúa la prueba, tanto en la medida total, como en el triple sistema de respuestas, e incluso en la escala de tendencia suicida.

Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo –STAXI 2–, Versión española (Miguel Tobal, Casado, Cano Vindel y Spielberger, 2001). Se trata de un inventario destinado a evaluar diversos aspectos relacionados con la emoción de ira, tanto

con su experiencia, como con su expresión. Contiene 49 ítems que se agrupan en las cinco escalas siguientes: Escala de Estado, que mide la intensidad de los sentimientos de ira en un momento determinado y se divide a su vez en sentimiento, expresión verbal y expresión física; Escala de Rasgo, que mide la tendencia o disposición para experimentar ira o cursar estados de ira; Escala de Expresión de Ira, destinada a medir la frecuencia con que es expresada esta emoción, ya sea de forma interna o externa; Escala de Control de Ira, que evalúa la frecuencia con que los sentimientos/expresión de ira son controlados, externa o internamente; y finalmente un Índice de Expresión de Ira. Los resultados del paciente antes del tratamiento (ver tabla 4) muestran medidas de estado y rasgo medias, estando el temperamento considerablemente por encima de la reacción. Aunque las puntuaciones en estas escalas no son elevadas, lo que revela que el paciente no se siente airado con demasiada frecuencia, él mismo refiere en las primeras sesiones que se encuentra más irritable que antes. Teniendo en cuenta que no contamos con datos previos, por lo que no sabemos cómo era el paciente antes de consultarnos, y puesto que vive esta situación como un problema, el entrenamiento en un correcto manejo de la experiencia de ira será objeto de tratamiento. En lo que se refiere a las formas de expresión de la ira una vez que la emoción aparece, el paciente tiende a expresar externamente sus sentimientos de enfado, siendo su capacidad de control sobre la ira, sobre todo de control externo, bastante baja.

Cuestionario de Dolor de McGill (Melzack, 1975. Traducción de W. Penzo, 1989). Compuesto por 19 adjetivos que nos permiten conocer cómo siente exactamente el paciente su dolor. Esta información nos facilitó el entrenamiento en visualización y sugestión como técnicas de reducción del dolor, ya que nos permitió generar sugestiones opuestas e incompatibles con las características del dolor del paciente. Los datos fueron también interesantes para evaluar la eficacia del tratamiento en la reducción de los niveles de dolor, a través de medidas prepost (tabla 5), ya que esta prueba no está baremada para muestras españolas.

Inventario de Sugestionabilidad -I.S- (González Ordi y Miguel Tobal, 1999). Formado por 22 ítems, este cuestionario nos proporciona información sobre cuatro subescalas diferentes: FI-fantaseo, FII-abstracción o capacidad de focalizar la atención, FIII-implicación emocional y FIV-influenciabilidad. Además, hay una cuarta escala que recoge la índice de sugestionabilidad total y es fruto de la suma de las escalas anteriores. Las características y propiedades psicométricas del I.S. pueden consultarse en el trabajo de González Ordi y Miguel Tobal (1999). Empleamos este instrumento para guiar el entrenamiento en sugestión, destinado a intervenir sobre los niveles de dolor del paciente, por lo que solamente tomamos una medida, antes de iniciar el tratamiento. Las puntuaciones obtenidas revelaban

que el paciente presenta dificultades a la hora de fantasear, es poco imaginativo (FI= centil 20), pero sin embargo tiene muy buena capacidad de abstracción y concentración (FII= centil 95), así como una gran facilidad para implicarse emocionalmente en lo que hace (FIII= centil 70). Su nivel de sugestionabilidad total no es muy alto (Total= centil 40). Todos estos datos fueron de gran ayuda para el tratamiento, como más adelante detallaremos.

Entrevistas semiestructuradas. Durante las entrevistas destinadas a la evaluación se profundizó en los aspectos más relevantes para poder establecer el análisis funcional del caso, así como la planificación del tratamiento posterior.

Autorregistros. Los autorregistros fueron útiles no sólo de cara al tratamiento, sino también para evaluar, por un lado el tipo de pensamientos distorsionados del pacientes, y por otro el desarrollo del entrenamiento en relajación y sugestión.

DIAGNÓSTICO

La evaluación llevada a cabo nos permitió llegar al siguiente diagnóstico, según criterios DSM-IV-TR (APA, 2000): **F45.4 Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica de carácter crónico [307.89]**, en el Eje I y **M25.5 Dolor de Articulaciones [719.4]** en el Eje III. Los criterios que el DSM-IV-TR establece para el diagnóstico del **trastorno por dolor** son los siguientes:

- A. El síntoma principal del cuadro clínico es el dolor localizado en una o más zonas del cuerpo, de suficiente gravedad como para merecer atención médica.
- B. El dolor provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. Se estima que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor.
- D. El síntoma o déficit no es simulado ni producido intencionalmente (a diferencia de lo que ocurre en la simulación o el trastorno facticio).
- E. El dolor no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno de ansiedad o un trastorno psicótico y no cumple los criterios de dispareunia.

Se ha tipificado el subtipo de trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica, ya que tanto los factores psicológicos como la enfermedad médica están desempeñando un papel importante en la gravedad, la exacerbación y la persistencia del dolor. En el Eje IV nos parece conveniente apuntar que el paciente se enfrenta a problemas relativos al ámbito laboral, ya que su

enfermedad le impide trabajar y tiene una baja permanente, y problemas económicos, derivados de los anteriores.

En lo que se refiere al **diagnóstico diferencial**, la sintomatología depresiva que presenta el paciente, unida a sus altos niveles de ansiedad, podría hacernos pensar que sufre en un trastorno del estado de ánimo (depresión mayor, distimia) o un trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo. Sin embargo, no cumple los criterios para ninguno de ellos. Por otro lado, es conveniente ser cautos en la interpretación de los autoinformes que evalúan depresión y ansiedad ya que, como refiere la literatura científica, muchos síntomas propios de la depresión, como la fatiga, los problemas de sueño o incluso los dolores articulares, o aquellos síntomas característicos de la ansiedad, como la tensión muscular, son a la vez manifestaciones típicas de este tipo de enfermedades reumáticas. De este modo, las elevadas puntuaciones obtenidas por los pacientes pueden deberse, no solo a altos niveles de emocionalidad negativa, sino también a la propia enfermedad reumática.

HIPÓTESIS EXPLICATIVA

La situación que el paciente plantea como generadora de todos sus problemas psicológicos es su propia enfermedad, y los síntomas que a ella se asocian. Esta situación es sin duda un estresor crónico y potente ya que, las propias características de la enfermedad, además de sus consecuencias, van a ejercer una gran influencia en la vida del paciente, que se está viendo alterada de forma significativa.

Sin embargo, y a pesar de lo negativa que resulta la situación en sí misma, adquiere una importancia decisiva el sesgo atencional que comete el paciente y que le lleva a dirigir su atención de forma selectiva y constante hacia el dolor, la incapacidad y las emociones negativas. Además de dirigir su atención a estas variables, es de gran importancia la interpretación que el paciente hace de las mismas, es decir, cómo valora la situación a la que se enfrenta y sobre todo cómo valora sus recursos para enfrentarse a ella. Tanto el sesgo atencional como el tipo de valoración están jugando un papel relevante en el mantenimiento del problema, por lo que el trabajo con ambas variables será una parte central de nuestra intervención.

La valoración del paciente sobre la situación, que hace en términos de amenaza y pérdida, está determinada por un estilo cognitivo distorsionado en el que aparecen pensamientos de catastrofización, anticipación de amenaza, culpabilidad y tendencia a ver sólo la parte negativa de las cosas (abstracción

selectiva). Además aparecen otras ideas sesgadas con respecto a su dolor, ya que considera que éste es sólo fruto de la gravedad de su enfermedad y totalmente independiente de sus emociones. Esta idea va a marcar sus creencias con respecto a sus propios recursos para afrontar su enfermedad, y para afrontar el dolor y la incapacidad que a ésta se asocian. El paciente evalúa sus recursos como inexistentes, y así su percepción de autocontrol y autoeficacia con respecto a la enfermedad, el dolor y la incapacidad es nula. Esta forma de interpretar la realidad, unida al carácter estresante de la misma, llevan al paciente a experimentar emociones negativas, fundamentalmente depresión, ansiedad e irritabilidad, emociones que se expresan a nivel del triple sistema de respuestas (como se aprecia en la figura 1) y que están interviniendo de forma negativa en el curso de la propia enfermedad, así como exacerbando los síntomas de dolor e incapacidad que padece.

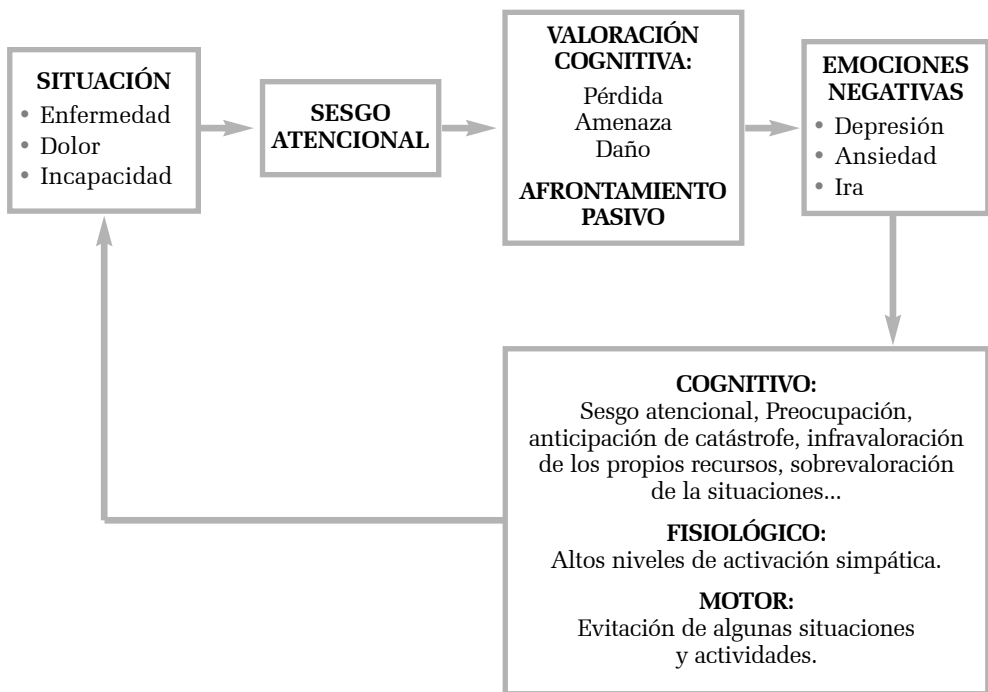


Figura 1. Modelo Explicativo

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

De cara al tratamiento nos marcamos dos objetivos generales: por un lado, dotar al paciente de estrategias que le permitan controlar y reducir sus niveles de dolor, y por otro, dotarle de estrategias que le permitan manejar las emociones negativas a las que se está enfrentando, en concreto la depresión, la ansiedad y la ira.

Para poder alcanzar estos dos objetivos generales, establecimos una serie de objetivos más específicos, como la reducción de su activación fisiológica, el aumento de su percepción de autoeficacia y control sobre la enfermedad reumática que sufre, el manejo de su experiencia y expresión de ira y finalmente, el aumento de su nivel de actividad (sobre todo de actividad social y reforzante).

TRATAMIENTO: TÉCNICAS Y DESARROLLO

Devolución de información a partir de un modelo explicativo. Al inicio de la intervención, dedicamos una sesión a devolver la información al paciente, sirviéndonos para ello de un modelo explicativo similar al presentado. Nuestro objetivo era que el paciente fuera capaz de comprender qué le está sucediendo, cómo su problema se mantiene, qué técnicas psicológicas vamos a utilizar y por qué o para qué vamos a usar cada una de ellas. Este tipo de información va a incrementar la motivación del paciente de cara al tratamiento, su sensación de control sobre el problema, y va a reducir los posibles miedos o inseguridades que sienta respecto a la intervención.

Entrenamiento en respiración abdominal y relajación pasiva. Las técnicas fisiológicas fueron fundamentales en este caso ya que los índices de activación fisiológica del paciente eran bastante elevados, activación que además, estaba aumentando los niveles de dolor del paciente. Comenzamos con un entrenamiento en respiración abdominal, que acompañamos de un entrenamiento en relajación pasiva. Empleamos este tipo de relajación ya que, debido al problema de dolor del paciente, no era recomendable emplear una técnica de relajación convencional de tensión-distensión, cuyos ejercicios agravarían los síntomas de dolor. El protocolo estaba compuesto por instrucciones de relajación de los diferentes grupos musculares desde los pies y piernas, continuando por los brazos, posteriormente el estómago (unido a la respiración) y, finalmente, el cuello y los músculos de la cara. A partir de la quinta sesión introdujimos, junto a la respiración y el protocolo de relajación pasiva, una imagen que generara en el pacien-

te sensación de relajación, que el decidió que fuera la playa. Esta imagen era evocada por nosotros antes de empezar el recorrido por los diferentes músculos del cuerpo y durante el mismo. Con ella pretendíamos favorecer una relajación más profunda, además de entrenar la imaginación del paciente, fundamental a la hora de empezar con las sugerencias, y que como vimos en la evaluación no tenía muy desarrollada.

Entrenamiento en control atencional y sugestión. En primer lugar, aprovechamos el sesgo que llevaba al paciente a atender de forma casi constante a su dolor y le entrenamos en dos direcciones: 1) Tomar conciencia de ese sesgo atencional y 2) Una vez dirigida su atención al dolor, tratar de controlarlo mediante el empleo de la sugestión. Así, el entrenamiento en sugestión estaba dirigido a producir una transformación imaginativa del dolor que experimentaba el paciente, mediante el empleo de sugerencias específicas dirigidas a promover dicho cambio. Una vez que el paciente aprendió la relajación pasiva, después de dos semanas de práctica, comenzamos el entrenamiento en esta técnica. Utilizamos la relajación como una inducción hipnótica ya que, cuando estamos profundamente relajados, somos más receptivos a las sugerencias positivas. Una vez que el paciente se encontraba profundamente relajado, comenzaba a concentrarse en la percepción del dolor en un punto concreto, para posteriormente trabajar con sugerencias de sensaciones contrarias a las de su dolor, sensaciones que previamente habíamos identificado con el Cuestionario McGill de dolor. Estas nuevas sugerencias las habíamos establecido previamente junto con el paciente. Trabajamos con las siguientes imágenes: cuerda con nudos que se van desatando para la tensión del cuello, barra de mantequilla que se va deshaciendo también para la tensión del cuello, bañera de agua tibia para las sensaciones de calor e hinchazón, acorchamiento como sensación de anestesia, sobre todo para el cuello.

Entrenamiento en reestructuración cognitiva. La reestructuración de las ideas erróneas que el paciente tenía en torno a su enfermedad nos permitió rebajar las emociones negativas que experimentaba, incidiendo de este modo, aunque de forma indirecta, en el descenso del dolor y en el mejor manejo de su incapacidad. La reestructuración cognitiva nos sirvió también para trabajar la autoeficacia del paciente así como su percepción de control sobre el dolor y la incapacidad. Con esta técnica trabajamos además la incapacidad, que muchas veces el paciente colocaba por encima de la realidad objetiva, estando marcada por la presencia de sesgos interpretativos y valorativos. Comenzamos explicándole qué son los pensamientos automáticos y qué características tienen. Tras esta explicación, trabajamos en la identificación de este tipo de pensamientos,

a partir del empleo de autorregistros del tipo situación/pensamiento/emoción. Es importante señalar que el paciente, dada su deformidad en las manos, presentaba muchas dificultades para escribir, por lo que se le facilitó una grabadora para que llevara a cabo los autorregistros. Una vez que fue capaz de identificar los pensamientos que estaban detrás de las emociones negativas que experimentaba, le explicamos los sesgos cognitivos más típicos para que él pudiera identificar aquellos que estaban presentes en los pensamientos registrados durante la semana, enseñándole no sólo a identificarlos, sino también a criticarlos y a generar otros pensamientos alternativos y racionales, más adaptativos y que no le generaran emociones negativas. Los sesgos más típicos en el paciente eran: las anticipaciones de catástrofe «me voy a morir joven y qué va a ser de mi familia; mi enfermedad va cada vez peor y voy a terminar como un vegetal»; los debería «debería ayudar a mi mujer en las cosas de la casa; debería trabajar para que mi familia viviera mejor...», que iban acompañados de sentimientos de culpabilidad; las etiquetas globales o sobregeneralizaciones «soy un inútil, no valgo para nada...»; o la interpretación del pensamiento de los otros, sobre todo de su mujer. El paciente presentaba también sesgos en torno a su capacidad de control sobre sus síntomas, en concreto sobre el dolor y la incapacidad, no percibiendo ningún control sobre ellos. Tampoco creía que existiera relación entre sus emociones y el dolor que experimentaba, asegurando que su dolor se debía exclusivamente al daño orgánico, a la enfermedad física que padece. Además, se percibía como muy incapaz desde un punto de vista funcional. Finalmente, el paciente cometía también un sesgo que le llevaba a atender de forma casi constante hacia su dolor, sus emociones negativas y su incapacidad (sesgo atencional). La atención hacia su dolor fue trabajada mediante el entrenamiento en control atencional y sugestión que ya ha sido descrito. El sesgo atencional dirigido a sus emociones negativas y su incapacidad fue trabajado a través de un entrenamiento en atención voluntaria, corrigiendo también el filtraje o abstracción selectiva. La reestructuración se mantuvo hasta prácticamente el final del tratamiento.

Entrenamiento en control de ira. Trabajamos la experiencia de ira, mediante reestructuración cognitiva y relajación. La reestructuración iba encaminada a modificar los sesgos en torno a la valoración de daño, la relevancia del mismo, la responsabilidad y la intencionalidad fundamentalmente. La relajación se dirigía a disminuir la activación fisiológica que acompaña la experiencia de ira. Por otro lado, le entrenamos en algunas habilidades sociales relacionadas con una correcta expresión de la ira. En concreto se le entrenó en la solicitud de cambio de conducta, decir que no y hacer y recibir críticas.

Recuperación de actividades reforzantes. Cuando el paciente llevaba ya dos semanas trabajando en la reestructuración de sus pensamientos distorsionados, comenzamos a trabajar de forma simultánea en la planificación de actividades reforzantes. Tratamos de promover en el paciente la recuperación de algunas de las actividades que antes realizaba y había abandonado, teniendo en cuenta su incapacidad para llevar a cabo algunas de ellas. Entre las actividades que recuperó el paciente estaban ir al campo y la pesca, que aunque no podía llevarla a cabo con la misma facilidad que antes, todavía estaba capacitado para disfrutar de ella. Además de la recuperación de estas actividades promovimos el desarrollo de otras nuevas. En lo que se refiere a esto último, el paciente se apuntó a una asociación de enfermos con dolor crónico que hay en el municipio donde vive. Esta actividad le permitió el desarrollo de múltiples actividades, además del establecimiento de nuevas amistades y relaciones sociales, que prácticamente había abandonado. Este aumento de su nivel general de actividad se llevó a cabo listando aquellas actividades que resultaban reforzantes para el paciente, y estableciendo posteriormente protocolos que nos permitieran cumplir los pasos necesarios o solventar los posibles problemas para su consecución. Todo esto nos permitió favorecer el ánimo positivo del paciente, así como su sentimiento de utilidad y percepción de autocontrol, fundamentales en este tipo de enfermedades.

Aunque el mantenimiento de los cambios que se iban consiguiendo así como la generalización de los mismos a otras áreas de la vida del paciente se entrenaron a lo largo de toda la intervención, dedicamos las últimas sesiones a un mayor trabajo en ambos puntos, una correcta atribución de los logros alcanzados y un repaso de las técnicas entrenadas y de su control y manejo de las mismas.

A continuación presentamos un esquema con el desarrollo de las sesiones, la evaluación y las técnicas terapéuticas utilizadas. La periodicidad de las sesiones fue semanal y su duración de aproximadamente una hora.

SESIÓN	PROCESO TERAPÉUTICO
1-2	Evaluación
3	Devolución de información y objetivos
4	Entrenamiento en respiración abdominal y Relajación pasiva
5	Reestructuración cognitiva, Relajación pasiva y Sugestión (imagen general de la playa)
6-8	Reestructuración cognitiva, Relajación y Sugestiones específicas
9-11	Reestructuración cognitiva, Relajación y Sugestiones. Planificación de actividades reforzantes
12	Reestructuración cognitiva y Control de ira: experiencia
13	Control de ira: experiencia y expresión
14	Control de ira: expresión. Mantenimiento y Generalización
15	Mantenimiento y Generalización
16	Evaluación post-tratamiento

Figura 2. Plan de Tratamiento

RESULTADOS

El éxito del tratamiento queda reflejado por la consecución de los dos objetivos generales que marcamos al inicio del tratamiento. El paciente conoce ahora una técnica que le permite controlar y reducir sus niveles de dolor, y las emociones negativas que estaba experimentando cuando acudió a consulta han disminuido de forma significativa. Según lo que refiere el paciente y a partir de nuestra propia observación, se ha producido una mejora significativa en su estado de ánimo general, así como un aumento de las actividades, fundamentalmente de aquellas más reforzantes. Este aumento de actividad, unido al trabajo cognitivo, ha hecho que el paciente se perciba a sí mismo como mucho menos incapaz. Por otro lado, el estilo cognitivo del paciente, que estaba sesgado en algunos puntos, se ha modificado. Percibe mucho más control sobre su enfermedad y los síntomas de la misma, por lo que su afrontamiento de la enfermedad es mucho más activo que al

inicio del tratamiento. Finalmente, es capaz también de controlar tanto la experiencia de ira como su correcta expresión. Todos estos resultados, observados a nivel clínico, son apoyados por los resultados de las pruebas de autoinforme.

Ansiedad

Los resultados del ISRA revelan un descenso en todas las escalas que evalúa esta prueba, y principalmente en aquellas que estaban más elevadas al inicio del tratamiento, como son la escala cognitiva en lo que se refiere al triple sistema de respuestas, y la escala que evalúa la ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana (FIV) en lo referido a las áreas situacionales.

Tabla 1.

Resultados ISRA pre-post. Ansiedad total y triple sistema de respuestas

	COGNITIVO	FISIOLÓGICO	MOTOR	TOTAL
PRE	95	80	65	85
POST	65	70	60	65

Tabla 2.

Resultados ISRA pre-post. Ansiedad áreas situacionales

	FI	FII	FIII	FIV
PRE	75	75	75	85
POST	60	65	60	70

Depresión

En lo que se refiere a los niveles de depresión, se ha producido un descenso en todas las escalas del CTD, descenso que ha sido más marcado en el sistema cognitivo. Sin embargo, las puntuaciones tras el tratamiento siguen siendo bastante altas. Clínicamente observamos un significativo descenso en los niveles de tristeza del paciente, descenso que él mismo corrobora. Por ello cabe

apuntar que la elevación en las puntuaciones es debida a la enfermedad, y no tanto a la sintomatología depresiva del paciente. No debemos olvidar que esta prueba recoge items como: me duelen las articulaciones o hago menos cosas de las que hacía. Aunque la puntuación del paciente es menor que al inicio del tratamiento en este tipo de items, sigue siendo más alta que la de la población general.

Tabla 3.
Resultados CTD pre-post. Depresión

	COGNITIVO	FISIOLÓGICO	MOTOR	TENDENCIA SUICIDA	TOTAL
PRE	95	99	99	95	99
POST	75	85	85	75	90

Ira

Los resultados del STAXI 2 reflejan el trabajo que hemos llevado a cabo con el paciente en esta emoción. Por un lado, muestran un descenso significativo en la expresión de ira, tanto interna como externa y, por otro, un aumento también marcado en las dos escalas de control de esta emoción, tanto interno como externo. Estos resultados revelan que el paciente ha aprendido formas de manejo y expresión de la ira más adaptativas y saludables que las que tenía.

Tabla 4.
Resultados STAXI 2 pre-post. Ira

	E	R	R. TEMP	R. REAC	I. EXT	I. INT	C. EXT	C. INT	IE/Ex
PRE	65	65	75	55	80	55	10	50	80
POST	60	65	75	55	60	15	50	85	40

E: Estado de ira/ R: Rasgo de ira/ R.Temp.: Temperamento de ira/ R.Reac: Reacción de ira/ I.Ext: Ira externa/ I.Int: Ira interna/ C.Ext: Control externo/ C.Int: Control interno/ IE/Ex: Índice de expresión externa de ira

Dolor

Los resultados del Cuestionario de Dolor McGill, al igual que los datos referidos por el propio paciente, ponen de manifiesto que se ha producido un descenso considerable en su percepción del dolor, tanto a nivel sensorial como a nivel afectivo o emocional.

Tabla 5.
Resultados McGill pre-post. Dolor

	SENSORIAL-DISCRIMINATIVA	MOTIVACIONAL-AFECTIVA	COGNITIVO-EVALUATIVA	TOTAL
PRE	38	7	4	49
POST	20	3	3	26

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A partir de los resultados presentados, tanto de autoinforme como referidos por el paciente y obtenidos a partir de nuestra propia observación clínica, podemos concluir afirmando que el tratamiento ha sido exitoso, apoyando así los trabajos revisados al inicio y resaltando la eficacia de un programa cognitivo-conductual en el tratamiento psicológico de la AR. Este tipo de tratamientos deben dirigirse, según ha sido mostrado en este caso, al trabajo con variables emocionales, así como con el dolor y la incapacidad del paciente.

En lo que se refiere a las técnicas empleadas, muchos de los trabajos revisados hablan de técnicas fisiológicas, pero no concretan el tipo de relajación que debe usarse (Romano et al., 2000). El caso presentado pone de manifiesto la conveniencia y efectividad de un protocolo de relajación pasiva que, junto con un entrenamiento en respiración abdominal, permite salvar los problemas de movilidad y dolor de esta población, problemas que aparecerían en un entrenamiento en relajación muscular convencional, basado en ejercicios de tensión-distensión. La relajación va a unirse en nuestra intervención a una técnica dirigida de forma directa al manejo del dolor, la sugestión, que no aparece descrita en la mayoría de los programas revisados. Sin embargo, a pesar de que estos programas no lo incorporan, el entrenamiento en sugestión o hipnosis ha sido señalado como una técnica efectiva en el tratamiento del dolor tanto agudo como crónico, dato que apoya

un estudio reciente de meta-análisis (Montgomery, DuHamel y Redd, 2000). Esta técnica ha sido empleada para aliviar el dolor asociado a la AR en varios trabajos, en los que se obtiene como resultado que la hipnosis resulta una técnica eficaz en la consecución de este objetivo (Domangue, Margolis, Lichermany Kaji, 1985; Horton-Hausknecht, Mitzdorf y Melchart, 2000). De este modo, la sugestión, unida a la relajación, favorece en el paciente un control sobre su sensación de dolor, que se ve de este modo rebajada.

Por otro lado, el uso de estrategias cognitivas resulta igualmente decisivo a la hora de manejar las emociones negativas, y también a la hora de trabajar tanto el dolor como la incapacidad. En este sentido, algunos autores han señalado que los pensamientos negativos se relacionan activamente con el dolor de estos pacientes (Gil, Williams, Keefe y Beckham, 1990), de forma que la reestructuración cognitiva tiene un papel relevante en la reducción de ese dolor (Manne y Zautra, 1990). 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. A la luz de estos resultados, la intervención en variables cognitivas es especialmente relevante en el trabajo con pacientes que sufren. Este dato es corroborado por el caso que se presenta, en el que la intervención en los sesgos cognitivos del paciente favorece sin duda el éxito final del tratamiento.

En definitiva, la intervención llevada a cabo creemos constituye un buen ejemplo de la eficacia que tiene la utilización y adaptación de técnicas cognitivas y conductuales al tratamiento de trastornos relacionados con el dolor, en concreto a la intervención psicológica en pacientes con AR.

BIBLIOGRAFÍA

- Adams, J.C. (1979). Predictors of medical intervention in adult rheumatoid arthritis. [Letter to the editor], *Arthritis and Rheumatism*, 22, 100.
- American College of Rheumatism Ad Hoc Committee on Clinical Guidelines (1996). Guidelines for the management of rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 36, 713-722.
- American Psychiatric Association (2001). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition. Text revision). Washington, DC: APA.
- 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.

- 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.
- 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. *Behaviour Therapy*, 22, 113-124.
- Blalock, S. y DeVellis, R. (1992). Rheumatoid arthritis and depression: An overview. *Bull. Rheum. Dis.*, 41, 6-8.
- 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.
- Burns, J.W., Johnson, B.J., Devine, J., Mahoney, N. y Pawl, R. (1998). Anger management style and the prediction of treatment outcome among male and female chronic pain patients. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1051-1062.
- Burns, J.W., Johnson, B.J., Mahoney, N., Devine, J. y Pawl, R. (1996). Anger management style, hostility and spouse responses: gender differences in predictors of adjustment among chronic pain patients. *Pain*, 64, 445-453.
- 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.
- Dickens, C., McGowan, L., Clark, C.D. y Creed, F. (2002). Depression in rheumatoid arthritis: A systematic review of the literature with meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 64, 52-60.
- Domangue, B.B., Margolis, C.G., Licherman, D. y Kaji, H. (1985). Biochemical correlates of hypnoanalgesia in arthritic pain patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46, 235-238.
- Elst, P., Sybesma, T., van der Stadt, R.J., Prins, A.P., Muller, W.H. y den Butter, A. (1984). Sexual problems in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheumatism*, 27, 217-220.
- Evers, A.W., Kraaimaat, F.W., Greene, R. Y Bijlsma, J.W. (1997). Determinants of Psychological Distress and its course in the first year after diagnosis in rheumatoid arthritis patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 20, 489-504.
- Frank, R.G., Beck, N.C., Parker, J.C., Kashani, J.H., Elliott, T.R., Haut, A.E., Smith, E, Atwood, C., Brownlee-Duffeck, M. y Kay, D.R. (1988). Depression in Rheumatoid Arthritis. *Journal of Rheumatology*, 15, 920-925.

- 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. y Miguel Tobal, J.J. (1999). Características de la sugestionabilidad y su relación con otras variables psicológicas. *Anales de Psicología*, 15, 57-75.
- Horton-Hausknecht, J.R., Mitzdorf, U. y Melchart, D. (2000). The effects of hypnosis therapy on the symptoms and disease activity in Rheumatoid Arthritis. *Psychology and Health*, 14, 1089-1104.
- Jiménez García, G., Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A. (1996). Cuestionario Tridimensional de la Depresión –CTD–. Versión experimental. No publicado.
- Katz, P.P. y Yelin, E.H. (1993). Prevalence and Correlates of depressive symptoms among persons with rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 20, 790-796.
- Katz, P.P. y Yelin, E.H. (1995). The development of depressive symptoms among women with rheumatoid arthritis: The role of function. *Arthritis and Rheumatism*, 38, 49-56.
- Kazis, L.E., Meenan, R.G. y Anderson, J.J. (1983). Pain in the rheumatic diseases: Investigations of a Key health status component. *Arthritis and Rheumatism*, 26, 1022-1027.
- Keefe, F.J., Van Horn, Y. (1993). Cognitive-behavioural treatment of rheumatoid arthritis pain: maintaining treatment gains. *Arthritis Care Research*, 6, 207-213.
- 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., 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.
- 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.
- 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.

- Meenan, R.F., Yelin, E.H., Nevitt, M. y Epstein, W.V. (1981). The impact of chronic disease: A sociomedical profile of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheumatism*, 24, 544-549.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaires: Major properties and scoring methods. *Pain*, 1, 279-299.
- Miguel- Tobal, J.J.y Cano Vindel, A. (1994). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad –I.S.R.A.–*. Madrid: TEA Ediciones.
- Miguel Tobal, J.J., Casado, M., Cano Vindel, A. y Spielberger, C.D. (2001). *Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo –STAXI 2–. Versión española*. Madrid: TEA ediciones.
- Montgomery, G.H., DuHamel, K.N. y Redd, W.H. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hipnosis?. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 138-153.
- 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-behavioural treatment for rheumatoid arthritis. *Health Psychology*, 7, 527-544.
- Penzo, W. (1989). *El dolor crónico. Aspectos psicológicos*. Barcelona: Martínez Roca.
- 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., Stuchky-Ropp, R.C. (1993). Cognitive-behavioural approaches to pain management in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Research*, 6, 213-222.
- Parker J, Smarr K, Anderson S., Hewett, J., Walker, S., Bridges, A. y Caldwell, W. (1992). Relationship of changes in helplessness and depression to disease activity in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology* 19, 1901-1905.
- Pérez Nieto, M.A., Miguel Tobal, J.J., Cano Vindel, A. y Jover, J.A. (2001). Programa de intervención cognitivo-conductual en artritis reumatoide. II Congreso de Psiquiatría Virtual. Disponible en [www. psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com) , 1 de Febrero - 7 de Marzo de 2001.

- Redondo, M.M., Cano Vindel, A. y Pérez Nieto, M.A. (2001). Afrontamiento y artritis reumatoide: Una revisión crítica. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 139-150.
- 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, 363-369.
- 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 behavioural model of chronic pain. *Behaviour Therapy*, 31, 415-440.
- 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. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 863-873.
- Task Force on Taxonomy. (1994). Classification of chronic pain. En H. Mersky y N. Bogduk (Eds), *Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. Seattle, W.A.: IASP Press.
- van Riel, P. y van Lankveld, W. (1993). Quality of life in rheumatoid arthritis: A review. *Pharm. World Sci.*, 15, 93-97.
- Walsh, J.D., Blanchard, E.B., Kremer, J.M. y Blanchard, C. G. (1999). The psychological of rheumatoid arthritis on the patient and the well partner. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 259-271.
- Yelin, E. (1995). Musculoskeletal conditions and employment. *Arthritis Care and Research*, 8, 311-317.
- Young, L.D. (1992). Psychological Factors in Rheumatoid Arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 619-627.