

## EVOLUCIÓN DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DE LA ARTITRIS REUMATOIDE

Evolution of Psychological Intervention in Rheumatoid Arthritis

Japcy Margarita Quiceno\*

*Universidad de San Buenaventura, sede Bogotá*

Stefano Vinaccia Alpi\*\*

*Universidad Católica de Colombia, sede Bogotá*

### *Resumen*

La artritis reumatoide es una enfermedad crónica, autoinmune que afecta la membrana sinovial de las articulaciones y representa un importante problema de salud pública, ya que afecta la calidad de vida de quien la padece. Específicamente en los últimos treinta años las ciencias de la salud han venido desarrollando programas de intervención psicoeducativos para el manejo del dolor, los estados emocionales

Fecha de recepción: 11 de noviembre de 2010  
Fecha de aceptación: 7 de marzo de 2011

\*Doctora en Psicología Clínica y de la Salud, Universidad Autónoma de Madrid. Psicóloga. Universidad De San Buenaventura - Sede Medellín -Usbmed. Licenciada en Administración Educativa, Universidad Cooperativa De Colombia - Sede Medellín - U.C.C. Docente-investigadora de la Universidad de San Buenaventura, sede Bogotá. japcyps@hotmail.com

\*\*Doctor en Psicología Clínica y de la Salud, Universidad Autónoma de Madrid. Psicólogo. Pontificia Universidad Javeriana - Puj - Sede Bogotá. Especializado en Medicina Psicosomática, Università Cattolica Di Milano. Docente-investigador de la Universidad Católica de Colombia, sede Bogotá. vinalpi47@hotmail.com

negativos y el adiestramiento en habilidades sociales y físicas, con el fin de reducir su impacto social y económico. Es por tanto que el presente trabajo pretende mostrar la evolución de los programas de intervención en artritis reumatoide que han enfatizado en estrategias psicológicas. Se describe la etiopatología de la artritis reumatoide, el origen y el desarrollo de los primeros programas de intervención que estuvieron focalizados en el modelo cognitivo conductual, hasta llegar a la última generación de enfoques de intervención que se han centrado en la expresión emocional abierta de la afectividad negativa. Se termina resaltando la importancia del desarrollo de programas de intervención en pacientes con artritis reumatoide, basados en la potenciación de las emociones positivas, la resiliencia y otras variables derivadas de la psicología positiva.

**Palabras clave:** artritis reumatoide; intervención psicológica; modelo cognitivo conductual; resiliencia; expresión emocional.

#### *Abstract*

Rheumatoid arthritis is a chronic, autoimmune disease that affects the synovial membrane of joints and is a major public health problem because it affects the quality of life of sufferers. Specifically in the last thirty years, health sciences programs have been developing psycho-educational intervention for managing pain, negative emotional states and training in social and physical skills to reduce social and economic impact. Therefore, the present work is intended to show the development of intervention programs in rheumatoid arthritis which have emphasized psychological strategies. It describes the etiopathology of rheumatoid arthritis, the origin and development of early intervention programs that were focused on the cognitive behavioral model to reach the last generation of intervention approaches that have focused on open emotional expression of negative affect. It ends by highlighting the importance of developing intervention programs in patients with rheumatoid arthritis based on the empowerment of positive emotions, resilience and other variables derived from positive psychology.

**Keywords:** Rheumatoid arthritis; psychological intervention; cognitive behavioral model; resilience; emotional expression.

## INTRODUCCIÓN

Hasta los primeros años de la década de los ochenta (s. XX) se tenía la creencia de que la Artritis Reumatoide (AR) era una enfermedad benigna, más adelante el médico reumatólogo Theodore Pincus contradijo estos conceptos en una serie de publicaciones que iniciaron el cambio del concepto de benignidad por el de una enfermedad seria, progresiva e incapacitante, asociada a altos costos directos e indirectos, pobre calidad de vida y muerte prematura (Caballero, 2004; Rueda, González & Abello, 2004). Todo esto generó que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declarara el periodo 2000-2010 como la “década del hueso y la articulación” (Pineda et al., 2004).

La AR es entonces una enfermedad articular, autoinmune, multisistémica, inflamatoria y crónica, cuyo órgano blanco principal es la membrana sinovial. Afecta principalmente a las mujeres en una relación 3 a 1 en el mundo, con relación a los hombres, y su prevalencia en la población latinoamericana es cercana al 0,5% (Delgado-Vega, Martín, Granados & Anaya, 2006; Gutiérrez & Londoño, 2004). Esta aumenta con la edad, y las diferencias entre los géneros disminuyen en el grupo de población de edad avanzada.

El inicio de la enfermedad es más frecuente durante el cuarto y quinto decenios de la vida y el pico de incidencia ocurre entre los 35 y los 50 años de edad —80% de los casos— (Ramos, 1999). Aunque su causa es desconocida, se han identificado factores endocrinos, ambientales y genéticos involucrados en su desarrollo, los cuales pueden variar de una población a otra. La existencia de agregación familiar indica su carácter hereditario. Sin embargo, la herencia de la artritis reumatoide es poligénica y no sigue un patrón mendeliano (Delgado-Vega et al., 2006; Gutiérrez & Londoño, 2004).

Los síntomas son fundamentalmente *inflamación de una o más articulaciones* con disminución del movimiento y el aumento del calor local, *rigidez matinal*, entumecimiento e incapacidad para mover una o varias articulaciones por más de quince minutos al despertarse, y *síntomas constitucionales* como sensación de fatiga, falta de energía y fuerza, fiebre, cansancio y pérdida

de peso sin motivos aparentes (Anaya, González & Rojas-Villarraga, 2009; Ballina & Rodríguez, 2000).

Esta enfermedad puede presentar, además, manifestaciones extraarticulares como: *anemia*, *nódulos* que aparecen en áreas de extensión de las articulaciones (codos y manos); *problemas oculares* tipo ojo seco, o síndrome de *sjögren secundario*; *vasculitis*; *serositis*, *inflamación de las membranas que recubren el pulmón (pleura) y corazón (pericardio)*; y *osteoporosis* (Anaya et al., 2009).

En cuanto a la evolución de la artritis reumatoide, puede ser muy variable, desde sólo un proceso oligoarticular (pocas articulaciones) de breve duración y con lesiones articulares mínimas hasta una poliartritis (múltiples articulaciones) progresiva, que evolucionan hasta deformar de manera importante las articulaciones. La mayoría de los pacientes presentan una evolución intermedia entre estos dos extremos. La progresión de la enfermedad va produciendo una degeneración de los cartílagos y un debilitamiento en los tendones, lo cual produce fuertes dolores y una reducción progresiva de la movilidad (Anaya, 1999). La incapacidad creada por la artritis se incrementa por lo general en los primeros años del diagnóstico, para posteriormente volverse más lenta al final de la vida del paciente, es posible que después de treinta años de persistencia se acelere otra vez con todos sus síntomas (Leight, Frics & Parkh, 1992). La artritis reumatoide reduce la vida de las personas que la padecen entre tres y trece años frente a las que no la sufren (Ramos, 1999).

Por lo tanto, todo el esfuerzo médico se centra en lograr la *remisión de la enfermedad*, es decir, en paliar o minimizar el deterioro y alcanzar la disminución de la inflamación por medio de diferentes fármacos (Ballina & Rodríguez, 2000). Entre tanto, el esfuerzo psicológico se ha centrado en desarrollar programas de autocontrol para el manejo de emociones negativas asociadas a la incapacidad y minusvalía causada por la enfermedad, especialmente la depresión/desesperanza aprendida, ansiedad, estrés, trastornos del sueño y el dolor, que son variables asociadas a los peores pronósticos de la enfermedad a nivel físico y mental (Azad, Gondal & Abbas, 2009; Culpepper, 2009).

## **Intervención en artritis reumatoide desde el modelo cognitivo-conductual**

En el año 1978 la enfermera Kate Lorig empezó a desarrollar en el Centro de Enfermedades Reumáticas de la Universidad de Stanford (E.E.U.U) los primeros cursos de autoayuda para enfermos de artritis, a la vez que se desarrollaron investigaciones para evaluar sus resultados bajo los auspicios de la creencia de que la educación mejoraría la salud de estos pacientes. Los fines del primer programa fueron: abaratar costes reduciendo las visitas al médico y las medicinas, y mejorar la salud de los pacientes en movilidad, dolor y depresión. Estos programas fueron de corte longitudinal (casi dos años) con grupos experimentales y controles. Los grupos comprendían entre quince y veinte personas, a quienes se les impartieron diversos contenidos sobre: la enfermedad, los medicamentos, ejercicios específicos para fortalecer determinados músculos, cómo utilizar bien las articulaciones, ejercicio en general, cómo afrontar las situaciones de dolor, relajación, dietas, relaciones con los médicos. Los resultados indicaron, cuando se compararon los diferentes grupos, que estos mejoraron por igual, también hubo cambios positivos en las medidas de dolor, incapacidad, depresión y visitas al médico (Lorig, Laurin & Gines, 1984; Lorig, Lubeck, Kraines, Seleznick & Holman, 1985). Se halló, además, que las intervenciones psico-educativas no alteran el funcionamiento físico y que las capacidades funcionales se siguen deteriorando con el tiempo (Hawley, 1995).

En programas posteriores a finales de los años ochenta (s. XX), empezaron a formar parte estrategias cognitivo-conductuales como: distintas técnicas de relajación, el locus de control hacia la salud, la autoeficacia, estrategias de afrontamiento y reforzamiento positivo, entre otras. Los resultados indicaron que los tratamientos cognitivo-conductuales ayudaban a mitigar la inflamación de las articulaciones, el dolor corporal y a mejorar el funcionamiento psicosocial. En varios de estos estudios la mejoría tuvo relación directa con cambios en la autoeficacia, lo que hizo pensar que la mejoría en la percepción de autoeficacia sobre el control de la enfermedad era una variable causal de los efectos positivos (Lorig et al., 1989a; Lorig et al., 1989b; Lorig & Holman, 1989; O'Leary, Shoor, Lorig & Holman, 1988; Taylor, 2007). En los pocos estudios

con evaluaciones de seguimiento se encontró que los efectos son más significativos en los tres primeros meses, más allá de este tiempo, los efectos generalmente se debilitaban.

Específicamente en los últimos veinte años, sobre la base de estos trabajos pioneros, se han diseñado programas de intervención psicosociales para reducir el impacto social y económico en pacientes con enfermedades reumáticas, ya que estas, igual que otras enfermedades crónicas, representan un importante problema de salud pública (Ottonello, 2007). Al respecto, en una revisión de literatura Ottonello (2007) plantea que

las intervenciones en pacientes con enfermedades reumáticas comprenden entrenamiento en instrucciones, entrenamiento en varios enfoques de relajación y entrenamiento en afrontamiento, además del entrenamiento en la generalización de estas habilidades a ambientes familiares y de trabajo. Las terapias cognitivo-conductuales incluyen la enseñanza de habilidades para la vida y de un afrontamiento que pueda ayudar al paciente a solucionar problemas productivos y de prevención o de minimizar futuros episodios de dolor o eventos estresantes. Además, varios estudios sugieren que un enfoque cognitivo conductual sobre la artritis reumatoide, osteoartritis y fibromialgia es eficaz en mejorar no solamente el estado psicológico sino también la función física. (p. 19).

Al respecto, Barlow, Turner y Wright (2000) desarrollaron un estudio para determinar si un programa multicomponente (ASMP) mejoraría la percepción de control, las conductas de salud y el estado de salud, y los cambios de uso de recursos sanitarios en pacientes con artritis reumatoide. En el contexto de un ensayo clínico randomizado, 544 personas participaron en el estudio; 311 pertenecían al grupo de intervención y 233 al de control. El grupo de intervención tuvo doce meses de seguimiento. Se midió la autoeficacia en artritis, los comportamientos de salud (ejercicio, la gestión de los síntomas cognitivos, la dieta y la relajación) y el estado de salud (dolor, fatiga, ansiedad, depresión y afecto positivo).

El programa multicomponente (ASMP) incluyó como tópicos: información acerca de la artritis, una revisión sobre las principales estrategias de autocontrol, ejercicios, manejo de síntomas cognitivos (visualización, distracción y guía de imaginación), manejo de la depresión, nutrición, co-

municación con la familia y los profesionales de la salud. Pasados cuatro meses se encontró que el programa tuvo impacto sobre la autoeficacia en artritis para el dolor y otros síntomas. Además, los síntomas cognitivos, la comunicación con los médicos, los hábitos dietéticos, el ejercicio y la relajación fueron significativamente mayores en el grupo de intervención respecto al grupo control. Por otro lado, hubo menos depresión, estado de ánimo más positivo y tendencias hacia la disminución de la fatiga y la ansiedad en el grupo intervenido. Además, el funcionamiento físico y el dolor se mantuvieron estables en cuatro meses. Un patrón similar de estos hallazgos se encontró a los doce meses de seguimiento para el grupo intervenido. Los autores concluyeron que el programa ASMP es eficaz en la promoción de mejoras en la percepción de control, las conductas de salud y el estado de salud.

Parker et al. (2003) desarrollaron un estudio con el propósito de examinar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual y el tratamiento farmacológico de la depresión mayor en 54 pacientes con artritis reumatoide. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a tres condiciones experimentales: 1. *Terapia cognitivo conductual más tratamiento farmacológico* (CB-PHARM); 2. *Tratamiento farmacológico* y 3. *Grupo de control*. Se midió a nivel basal, diez semanas después, seis meses de seguimiento y quince meses de seguimiento la depresión, el estado psicológico, el estado de salud, el dolor y la actividad de la enfermedad. Luego de la post-intervención (seis y quince meses) no hubo diferencias estadísticamente significativas en las variables estudiadas, salvo en ansiedad rasgo para las puntuaciones del grupo de *terapia cognitivo conductual más tratamiento farmacológico* (CB-PHARM) a los quince meses de seguimiento. Se encontró, además, que la medicación antidepressiva mejora en gran parte el estado psicológico y de salud a los seis y quince meses de seguimiento, pero no hay mejoras en cuanto al dolor o la actividad de la enfermedad.

En conclusión, según este estudio, en pacientes con artritis reumatoide depresivos no hubo diferencias en el grupo de *terapia cognitivo conductual más tratamiento farmacológico* (CB-PHARM) en comparación con el grupo de terapia farmacológica solo. Pero el grupo en terapia farmacológica tuvo mayor mejoría que el grupo control (sin tratamiento).

Davis y White (2008) llevaron a cabo una investigación con el propósito de evaluar un programa educativo para pacientes con artritis reumatoide en relación con su conocimiento sobre la enfermedad y su estado de salud psicosocial y físico asociado al dolor. En el Programa de Cuidados Paliativos (GAPMAP) participaron diecisiete adultos (edad media 79,29 años) quienes llenaron un cuestionario sobre dolor en artritis. Los objetivos específicos fueron: 1. Explorar el uso individual de objetivos establecidos; 2. Determinar los niveles de cumplimiento de los objetivos por cada participante; 3. Determinar si se producían cambios en el dolor a través del manejo de métodos utilizados y encontrar si el programa (GAPMAP) ayudaba a los participantes; y 4). Determinar si los cambios se producían en determinadas variables relacionadas con el dolor (es decir, la experiencia de vivir con el dolor persistente, los resultados esperados del manejo del dolor, manejo de las barreras del dolor, y calificaciones globales de percepción de la intensidad del dolor y el éxito del manejo del dolor).

El programa tuvo una duración de cuatro meses e incluyó, a nivel general, reuniones sobre la información de contenidos (una hora semanal por tres semanas), reuniones individuales con dos enfermeras para la fijación de objetivos de evaluación (a la cuarta semana), y tres llamadas telefónicas (los tres meses siguientes) para discutir progresos y restablecimiento de metas. En las sesiones de grupo se trató sobre los siguientes contenidos: 1. Introducción y panorama general del manejo del dolor y el planteamiento de los objetivos; 2. La modulación del dolor mediante el ejercicio y las estrategias de mente-cuerpo (por ejemplo la relajación, distracción e imaginación); y 3. El alivio del dolor mediante la medicina física (por ejemplo combinación entre calor y frío).

Los resultados indicaron que las personas mayores podían participar con éxito en el establecimiento y el logro de objetivos individuales. Trece de los diecisiete participantes cumplieron sus objetivos mucho más allá de lo esperado. Dos métodos de manejo del dolor fueron usados frecuentemente después de la intervención, como el ejercicio en una piscina climatizada o en una bañera o ducha. Mientras que dos métodos, como los ejercicios y la distracción, fueron identificados como más efectivos.



La experiencia de vivir con el dolor y los resultados esperados del manejo del dolor mostraron un cambio significativo, y en todos los participantes se encontró mejoría a nivel general.

Lovisi, Jennings, Barros, Silva y Natour (2009) desarrollaron una investigación con el objetivo de evaluar la eficacia de un programa educativo para pacientes con artritis reumatoide en relación con su conocimiento sobre la enfermedad y su estado de salud psicosocial y físico. Los pacientes con artritis reumatoide (n=28) llevaron a cabo un programa de intervención de seis semanas con intensidad de una hora semanal y tuvieron su correspondiente grupo control (n=30). Los pacientes fueron asignados aleatoriamente en un diseño tipo antes y después.

Se midió el conocimiento del paciente sobre su enfermedad a partir de los siguientes instrumentos: el cuestionario de salud MOS SF-36, el cuestionario de evaluación de la salud, una escala visual analógica de dolor, el inventario de depresión de Beck y la escala de ansiedad estado-rasgo (STAI). Los pacientes en el grupo de intervención tuvieron una mejoría significativa en conocimientos específicos de la enfermedad en comparación con los pacientes del grupo control. No hubo diferencias significativas entre grupos respecto al dolor, la depresión, la ansiedad y la capacidad funcional, pero la *percepción de la salud general* de la dimensión del cuestionario MOS SF-36 mostró una mejora significativa en el grupo intervenido. Hubo, además, una correlación positiva entre la mejora de los conocimientos específicos de la enfermedad y la escolaridad.

### **Intervención en artritis reumatoide mediante técnicas de expresión emocional**

Por otro lado, se ha desarrollado otro tipo de intervenciones en pacientes con artritis reumatoide en los últimos diez años, que se han centrado en el tratamiento de los estados emocionales asociados con la enfermedad. La mayoría de los estudios de intervención han estado focalizados en la afectividad negativa (Pérez-Nieto, Miguel-Tobal, Cano-Vindel & Jover, 2001).

Al respecto Kelley, Lumley y Leisen (1997) estudiaron los efectos emocionales de hablar sobre los acontecimientos estresantes del dolor, la

disfunción física y afectiva, y el conjunto de condiciones que implica la enfermedad de artritis reumatoide. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente y se consideraron dos grupos, uno que hablaba en privado acerca de los acontecimientos estresantes ( $n = 36$ ) y otro —grupo control— que hablaba sobre temas triviales ( $n=36$ ) durante cuatro días consecutivos. Los resultados mostraron que la práctica de hablar aumentó inmediatamente el estado de ánimo negativo. A las dos semanas los dos grupos tuvieron puntuaciones similares en las medidas de salud, sin embargo, a los tres meses de la práctica de hablar los pacientes tuvieron menos alteraciones afectivas y mejor funcionamiento físico en las actividades cotidianas. Con respecto a la percepción de dolor en ambos grupos, la práctica de hablar no tuvo efecto, sin embargo, sí hubo mejoras en la condición de las articulaciones en quienes tuvieron un estado de ánimo negativo después de hablar. Este estudio concluye que expresar verbal y emocionalmente eventos de la vida estresantes induce un estado de ánimo negativo inmediato seguido de la mejora del funcionamiento psicológico.

Broderick, Stone, Smyth y Kaell (2004) realizaron un estudio con el fin de explorar la eficacia de la escritura expresiva en 270 pacientes con artritis reumatoide. Se trabajó con cuatro grupos: dos activos de tratamiento en escritura, un grupo de escritura inactivo y un grupo control. El estudio fue aleatorio, tipo antes y después. A los participantes se les entregó una cinta de video que brindaba las instrucciones sobre la intervención, el contacto con los terapeutas fue mínimo, y se les evaluó la actividad de la enfermedad y la calidad de vida a través del cuestionario de salud MOS SF-36 antes y después de la intervención. Los pacientes tuvieron tres formas de desarrollo de la escritura expresiva: la primera (grupos activos de tratamiento en escritura) consistía en escribir acerca de cualquier evento traumático actual o pasado de sus vidas. El escrito debía implicar profundos pensamientos y sentimientos acerca de la situación traumática, durante veinte minutos en tres sesiones en una semana. En la segunda forma (grupo de escritura inactivo) los pacientes fueron instruidos en las sesiones 2 y 3 para escribir una historia con un formato que contenía un principio, una parte media y final. Y la tercera forma (grupo de control) consistía en que los pacientes escribían sobre las actividades del día a día en relación con el tiempo invertido. En el día uno se les pidió una descripción de los planes para la última semana, el

día dos se centró en las últimas veinticuatro horas y el día tres se centró en la próxima semana. Se hizo hincapié en que se escribían solo los hechos y se excluían las emociones asociadas. Los resultados del estudio no mostraron cambios significativos en la dimensión física y mental en todos los grupos.

Bosch, Traustadóttir, Howard y Matt (2009) desarrollaron un estudio en Estados Unidos con el objetivo de investigar si aspectos neuroendocrinos y de la función física pueden ser alterados a través de una intervención de yoga en pacientes con artritis reumatoide. Se trabajó en este estudio con dieciséis mujeres post menopáusicas, quienes fueron sometidas a un programa de tres sesiones de entrenamiento en yoga por 75 minutos de clases a la semana durante un período de diez semanas. Se utilizaron como instrumentos de medida el cuestionario de evaluación de salud HAQ, una escala visual analógica de dolor y el inventario de depresión de Beck, además se midieron al inicio y al final de las diez semanas de intervención los patrones diurnos de cortisol y la frecuencia cardíaca en reposo, y el equilibrio se midió utilizando la prueba de equilibrio Berg.

Los resultados mostraron que el yoga posibilita una significativa disminución del índice de discapacidad del HAQ, de percepción del dolor, de depresión y ayuda a un mejor equilibrio. Además, el yoga en este estudio no mostró un cambio significativo en los patrones diurnos de cortisol.

Badsha, Chhabra, Leibman, Mofti y Kong (2009) realizaron una investigación en Dubái con el objetivo de medir el efecto de un programa de dos semanas (doce sesiones) de Rajá yoga sobre la actividad de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide. Participaron en este estudio 47 pacientes, 26 de yoga y 21 controles. Se tuvieron en cuenta los datos sociodemográficos en ambos grupos y se evaluó al inicio y al final del programa el índice de actividad de la enfermedad (DAS28), el estado de salud mediante el cuestionario HAQ y la calidad de vida a través de cuestionario de salud MOS SF-36.

Los resultados del estudio piloto indicaron que los pacientes que fueron intervenidos tuvieron mejorías significativas en el DAS28 y en el HAQ, pero no en la calidad de vida relacionada con la salud. Los autores

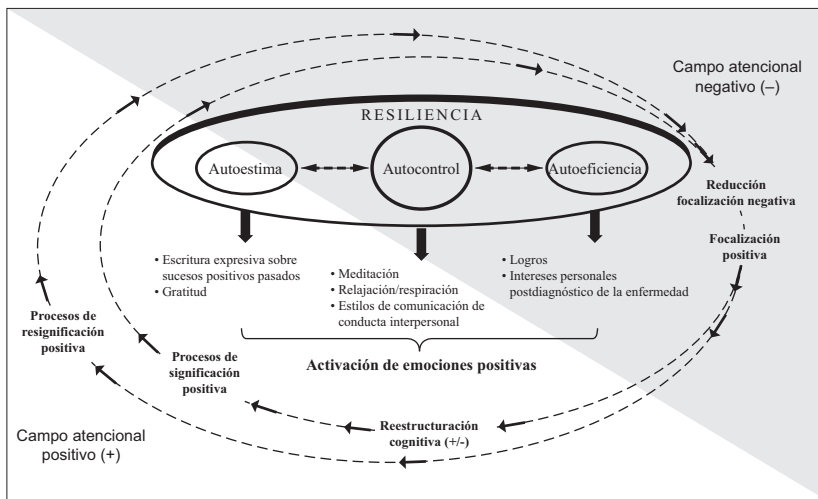
concluyeron que el programa mostró mejorías en los parámetros de la enfermedad de la artritis reumatoide y que una duración mayor del tratamiento podría mostrar resultados más significativos.

A diferencia de lo antes planteado, Quiceno (2010) desarrolló un modelo de intervención en resiliencia que integra las técnicas cognitivo-conductuales utilizadas hasta el momento en programas de promoción de salud en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide como la relajación, la meditación, aserción, la autoeficacia con las derivadas de la psicología positiva como la escritura expresiva sobre sucesos positivos pasados, basada en el modelo de Burton y King (2004) y la gratitud para potenciar la resiliencia fundamentada en tres pilares: autoestima, autocontrol y autoeficacia. Todas estas técnicas, aunque metodológicamente están ubicadas por pilares, tienen íntima interrelación, ya que favorecen en la *activación de emociones positivas*, por ende, facilitan los procesos cognitivos y el sentido de vida, ayudan en la resolución de problemas y promueven el apoyo social (López, 2009; Lyubomirsky, 2008; McHenry, 2008; Steensma et al., 2007; Steinhart & Dolbier, 2008; Tugade & Fredrickson, 2004; Tugade, Fredrickson & Barrett, 2004; Zautra et al., 2008), variables que han sido caminos para llegar a la resiliencia, según la literatura (Bonanno, 2004; Tugade & Fredrickson, 2004).

Como se puede observar en el modelo del programa de potenciación de la resiliencia (véase figura 1) de Quiceno (2010) para pacientes con artritis reumatoide, las diferentes técnicas llevan en primera instancia a la *focalización positiva*, que consiste en poner la atención sobre aspectos positivos a nivel emotivo-cognitivo-conductual, tanto de factores internos como externos, de sucesos pasados como presentes, lo que se denomina *campo atencional positivo*. Por tanto la *focalización positiva* lleva a una segunda fase, la *reestructuración cognitiva*. Aquí se maximizan los pensamientos y estados emocionales positivos (+) y se minimizan los negativos (-), lo que se espera se refleje también en una mejor respuesta conductual. A través de la *reestructuración cognitiva* se llega entonces a una tercera fase, la *significación positiva*, que consiste en dar sentido y valor consciente a las experiencias pasadas y presentes. Todo esto favorece alcanzar la última fase, la *reducción de la focalización negativa*, que consiste en limitar la atención, lo que denominaría como un *efecto tapa-ojos en los caballos de carrera*

sobre aspectos negativos a nivel emotivo-cognitivo-conductual, tanto de factores internos como externos de sucesos pasados y presentes del *campo atencional negativo*.

Llegados a esta última fase, se da un punto de quiebre en el que se abre la puerta para el inicio de la *ampliación del campo atencional respecto a lo positivo*. A medida que avanza la circular se refleja a la izquierda aumento del *campo atencional positivo* y en la derecha una reducción paulatina del *campo atencional negativo*, dándose en el continuo procesos de *re-significación positiva*, es decir, nuevas formas de interpretación y sentido a las mismas u otras experiencias internas y externas. En conclusión, de este modelo puede decirse que la focalización positiva a nivel cognitivo promueve la activación de las emociones positivas que ayudan a aumentar la resiliencia favoreciendo la salud física y mental.



**Figura 1.** Modelo programa de potenciación de la Resiliencia para pacientes de AR, Quiceno (2010).

## DISCUSIÓN

La educación del paciente tiene una larga historia como una parte integral de la práctica clínica, sin embargo, los ensayos clínicos controlados de intervenciones para los trastornos reumáticos comenzaron con un enfoque psico-educativo (Hawley, 1995), que tuvo en los últimos treinta años un aumento significativo. La intervención psico-educativa incluía educación tradicional o enseñanza de actividades e intervención psicológica. Los tipos más comunes de intervención fueron los programas de automanejo, que consistían en la resolución de problemas y habilidades de afrontamiento para el manejo de los síntomas y la terapia cognitiva-conductual, que hacía énfasis en el control del dolor mediante la comprensión de la interacción de las emociones y la cognición en los aspectos físicos y del comportamiento del dolor. Ambos enfoques enfatizaban en el aprendizaje de nuevas habilidades útiles en el manejo de la enfermedad (Hawley, 1995). Ya más concretamente entrados en los últimos diez años se evidencia un punto de quiebre en los enfoques de los programas de intervención y empiezan a surgir programas centrados más en la expresión emocional.

A nivel general, como plantea Taylor (2007)

Las intervenciones cognitivas conductuales han tenido un éxito modesto como ayuda para el control del dolor en los pacientes que padecen artritis reumatoide. Las intervenciones de este tipo parecen tener un éxito modesto en la mejoría tanto del dolor en las articulaciones como en el funcionamiento psicológico, aunque las intervenciones parecen ser más efectivas en pacientes que han tenido la enfermedad por poco tiempo. La combinación de estas intervenciones cognitivo-conductuales con terapias que emplean medicamentos (como AINE) parece ser el método más adecuado por el momento. (p. 413).

Al respecto, Pérez-Nieto et al. (2001) argumentan que la terapia cognitivo-conductual en la artritis reumatoide debe ir más allá de la terapia del dolor, la discapacidad y el afecto negativo. Por esta línea, Zautra, Johnson & Davis (2005) plantean que la mayor limitación teórica del estrés y de hacer frente a los modelos cognitivo-conductuales ha sido la construcción desde un enfoque que reduce la vulnerabilidad de los

efectos negativos del estrés inmediato en lugar de mejorar el bienestar y la creación de recursos para el aumento de la resiliencia. Smith y Dalen (2008) señalan, además, que hay una fuerte necesidad de incorporar investigaciones recientes que hagan relevancia sobre el valor teórico de las emociones positivas en pacientes con artritis.

La literatura demuestra ampliamente que el potenciar las emociones positivas a nivel terapéutico o de intervención puede elevar los estados emocionales positivos (Remor, Amóros-Gómez & Carrobles, 2010), re-focalizar los procesos cognitivos y promover los procesos de salud, ya que se mitigan las emociones negativas y se estimula la memoria emocional (Hervás, Sánchez & Vázquez, 2008). Ahora bien, los procesos psicológicos que podrían permitir a los individuos resilientes auto-generar emociones positivas no han sido estudiados suficientemente. En diferentes investigaciones se ha encontrado una fuerte asociación de las emociones positivas con la resiliencia, especialmente cuando las personas se enfrentan a situaciones o sucesos duros o difíciles de la vida (Cohn, Fredrickson, Brown, Mikels & Conway, 2009; Philippe, Lecours & Beaulieu-Pelletier, 2009).

Según Kralik, van Loon y Visentin (2006), la resiliencia ha significado para la investigación y la intervención terapéutica aprender a vivir con la enfermedad crónica porque proporciona un cambio de focalización ante los déficit y problemas personales a centrarse en las fortalezas para hacer frente a los desafíos que la vida presenta.

En definitiva, son pocos los referentes teóricos sobre programas de intervención focalizados en la potenciación de estados emocionales positivos en pacientes de artritis reumatoide, especialmente en América Latina. Paradójicamente, los datos epidemiológicos mundiales indican que son los países en vía de desarrollo los que tienen una prevalencia más alta de enfermedades crónicas dentro de un contexto caracterizado por rápidos cambios en los estilos de vida, una alta incidencia de la pobreza, una baja cobertura de seguridad social y un alto nivel de descomposición familiar (Gómez, Curcio & Duque, 2009).

En consideración a lo antes planteado, podría decirse que el énfasis sobre variables de la psicología positiva como autotranscendencia, resiliencia, optimismo, afecto positivo, esperanza, felicidad, gratitud, fluidez, entre otras, podría ser un camino promisorio para la investigación y la intervención terapéutica en muestras de pacientes con artritis reumatoide, ya que son altamente documentados los beneficios sobre la salud física y mental de estas variables (Aspinwall & Tedeschi, 2010).

## Referencias

- Anaya, J.M. (1999). Genes y artritis. *Revista Colombiana de Reumatología*, 6, pp. 240-250.
- Anaya, J.M., González, H. & Rojas-Villarraga, A. (2009). Respuestas a las principales preguntas. En J.M. Anaya & A. Rojas-Villarraga (Eds.). *Manual para pacientes con Artritis* (pp. 5-18). Bogotá, Colombia: CIB
- Aspinwall, L.G., & Tedeschi, R.G. (2010). The Value of Positive Psychology for Health Psychology: Progress and Pitfalls in Examining the Relation of Positive Phenomena to Health. *Annals of Behavioral Medicine*, 39 (1), pp. 4-15.
- Azad, N., Gondal, M. & Abbas, N. (2009). Frequency of Depression and Anxiety in Patients Attending a Rheumatology Clinic. *Journal of the College of Physicians and Surgeons-Pakistan*, 18 (9), pp. 569-573.
- Badsha, H., Chhabra, V., Leibman, C., Mofiti, A. & Kong, K.O. (2009). The Benefits of Yoga for Rheumatoid Arthritis: Results of a Preliminary, Structured 8-week Program. *Rheumatology International*, 29 (12), pp. 1417-1421.
- Ballina, F. & Rodríguez, A. (2000). Artritis reumatoide. *Revista Española de Reumatología*, 27, pp. 56-64.
- Barlow, J.H., Turner, A.P. & Wright, C.C. (2000). A Randomized Controlled Study of the Arthritis Self-Management Programme in the UK. *Health Education Research*, 15 (6), pp. 665-680.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, Trauma and Human Resilience. *American Psychologist*, 59 (1), pp. 20-28.
- Bosch, P.R., Traustadóttir, T., Howard, P. & Matt, K.S. (2009). Functional and Physiological Effects of Yoga in Women with Rheumatoid Arthritis: a Pilot Study. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 15 (4), pp. 24-31.
- Broderick, J.E., Stone, A.A., Smyth, J.M. & Kaell, A.T. (2004). The Feasibility and Effectiveness of an Expressive Writing Intervention for Rheumatoid Arthritis via Home-Based Videotaped Instructions. *Annals of Behavioral Medicine*, 27 (1), pp. 50-59.



- Burton, C. M., & King, L. A. (2004). The health benefits of writing about intensely positive experiences. *Journal of Research in Personality*, 38, 150-163
- Caballero, C.V. (2004). Costos en la artritis reumatoide. En L. Ramírez & J.M. Anaya (Eds.). *Artritis reumatoide* (pp. 521-524). Medellín, Colombia: Editora Médica Colombiana.
- Cohn, M.A., Fredrickson, B.L., Brown, S.L., Mikels, J.A. & Conway, A.M. (2009). Happiness Unpacked: Positive Emotions Increase Life Satisfaction by Building Resilience. *Emotion*, 9 (3), pp. 361-368.
- Culpepper, L. (2009). Generalized Anxiety Disorder and Medical Illness. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70 (2), pp. 20-24.
- Davis, G.C. & White, T.L. (2008). A Goal Attainment Pain Management Program for Older Adults with Arthritis. *Pain Management Nursing*, 9 (4), pp. 171-179.
- Delgado-Vega, A.M., Martín, J., Granados, J. & Anaya, J.M. (2006). Epidemiología genética de la artritis reumatoide: ¿qué esperar de América Latina? *Biomédica*, 26, pp. 562-584.
- Gómez, F., Curcio, C.L. & Duque, G. (2009). Health Care for Older Persons in Colombia: A Country Profile. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57 (9), pp. 1692-1696.
- Gutiérrez, L.F. & Londoño, J.D. (2004). Epidemiología de la artritis reumatoide. En L. Ramírez & J.M. Anaya (Eds.). *Artritis reumatoide* (pp. 25-29). Medellín, Colombia: Editora Médica Colombiana.
- Hawley, D.J. (1995). Psycho-educational Interventions in the Treatment of Arthritis. *Baillière's Clinical Rheumatology*, 9 (4), pp. 803-823.
- Hervás, C., Sánchez, A. & Vázquez, C. (2008). Intervenciones psicológicas para la promoción del bienestar. En C. Vázquez & G. Hervás (Eds.). *Psicología positiva aplicada* (pp. 41-71). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Kelley, J.E., Lumley, M.A. & Leisen, J.C. (1997). Health Effects of Emotional Disclosure in Rheumatoid Arthritis Patients. *Health Psychology*, 16, pp. 331-340.
- Kralik, D., van Loon, A., & Visentin, K. (2006). Resilience in the Chronic Illness Experience. *Educational Action Research*, 14 (2), pp. 187-201.
- Leight, J., Frics, J. & Parkh, N. (1992). Severity of Disability in the Rheumatology Arthritis. *Journal of Rheumatology*, 19, pp. 1906-1911.
- López, M. (2009). Respiratory Habits, Health and Lifestyle. *International Journal of Hispanic Psychology*, 2 (1), pp. 55-64.
- Lorig, K., Brown, B.W., Ung, E., Chastain, R., Shoor, S. & Holman, H.R. (1989a). Development and Evaluation of a Scale to Measure the Perceived Self-efficacy of People with Arthritis. *Arthritis Rheumatism*, 32 (1), pp. 37-44.
- Lorig, K., Lubeck, D., Seleznick, M., Brown, B.W., Ung, E. & Holman, H.R. (1989b). The Beneficial Outcomes of the Arthritis Self-management Course

- are Inadequately Explained by Behavior Change. *Arthritis Rheumatism*, 31 (1), pp. 91-95.
- Lorig, K. & Holman, H.R. (1989). Long-term Outcomes of an Arthritis Study: Effects of Reinforcement Efforts. *Social Science & Medicine*, 20 (2), pp. 221-224.
- Lorig, K., Lubeck, D., Kraines, R.G., Seleznick, M. & Holman, H.R. (1985). Outcomes of Self-help Education for Patients with Arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 28 (6), pp. 680-685.
- Lorig, K., Laurin, J. & Gines, G.E. (1984). Arthritis Self-management. A Five-year History of a Patient Education Program. *The Nursing Clinics of North America*, 19 (4), pp. 637-645.
- Lovisi, B.E., Jennings, F., Barros, C., Silva, P.G. & Natour, J. (2009). Evaluation of the Efficacy of an Educational Program for Rheumatoid Arthritis Patients. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 27 (1), pp. 28-34.
- Lyubomirsky, S. (2008). *La ciencia de la felicidad: Un método comprobado para conseguir el bienestar*. Barcelona, España: Ediciones Urano.
- McHenry, S. (2008). Dealing with Stress... Build Resilience with Mind-Body Intervention. *Radiology Management*, 30, pp. 11-15.
- O'Leary, A., Shoor, S., Lorig, K. & Holman, H.R. (1988). A Cognitive-behavioral Treatment for Rheumatoid Arthritis. *Health Psychology*, 7 (6), pp. 527-544.
- Otonello, M. (2007). Cognitive-behavioural Interventions in Rheumatic Diseases. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 29, pp. 19-23.
- Parker, J.C., Smarr, K.L., Slaughter, J.R., Johnston, S.K., Priesmeyer, M.L., Donovan, K., et al. (2003). Management of Depression in Rheumatoid Arthritis: a Combined Pharmacologic and Cognitive-behavioral Approach. *Arthritis & Rheumatism*, 49 (6), pp. 766-777.
- Pérez-Nieto, M.A., Miguel-Tobal, J.J., Cano-Vindel, A. & Jover, J.A. (2001, 7 de febrero). Programa de intervención cognitivo-conductual en artritis reumatoide. *Psiquiatría.com*, 2. Recuperado el 5 de junio de 2009, de [http://www.ucm.es/info/masteran/pub/arthritis/Psiquiatría.com.2001.Progr\\_interv\\_cog-conductual\\_artritis\\_reumatoide.PDF](http://www.ucm.es/info/masteran/pub/arthritis/Psiquiatría.com.2001.Progr_interv_cog-conductual_artritis_reumatoide.PDF)
- Philippe, F.L., Lecours, S. & Beaulieu-Pelletier, G. (2009). Resilience and Positive Emotions: Examining the Role of Emotional Memories. *Journal of Personality*, 77 (1), pp. 139-176.
- Pineda, R., Arcila, G.A., Restrepo, R., Tobón, G.J., Camargo, J.F., y Anaya, J.M. (2004). Costos médicos directos de la artritis reumatoide temprana. *Revista Colombiana de Reumatología*, 11 (2), pp. 89-96.
- Quiceno, J.M. (2010). *Diseño y evaluación de un programa de potenciación de la resiliencia para pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide* (tesis doctoral inédita). Universidad Autónoma de Madrid, España.

- Ramos, F. (1999). *Enfermedades reumáticas*. México, D.F.: Mc Graw-Hill.
- Remor, E., Amóros-Gómez, M. & Carroble, J.A. (2010). Eficacia de un programa manualizado de intervención en grupo para la potenciación de las fortalezas y recursos psicológicos. *Anales de Psicología*, 26 (1), pp. 49-57.
- Rueda, J., González, H. & Abello, M. (2004). Evaluación y seguimiento del paciente con artritis reumatoide. En L. Ramírez & J.M. Anaya (Eds.). *Artritis reumatoide* (pp. 307-330). Medellín, Colombia: Editora Médica Colombiana.
- Smith, B.W. & Dalen, J. (2008). Coping with Arthritis: from Vulnerability of Resilience. In E. Martz & H. Livneh (Eds.). *Coping with Chronic Illness and Disability* (pp. 153-173). New York: Springer.
- Steensma, H., Den Heijer, M. & Stallen, V. (2007). Research Note: Effects of Resilience Training on the Reduction of Stress and Depression Among Dutch Workers. *Quarterly of Community Health Education*, 27 (2), pp. 145-159.
- Steinhardt, M. & Dolbier, C. (2008). Evaluation of a Resilience Intervention to Enhance Coping Strategies and Protective Factors and Decrease Symptomatology. *Journal of American College Health*, 56 (4), pp. 445- 453.
- Taylor, S.E. (2007). *Psicología de la Salud* (6ª. ed.). México, D.F.: McGraw-Hill.
- Tugade, M.M. & Fredrickson, B.L. (2004). Resilient Individuals Use Positive Emotions to Bounce Back From Negative Emotional Experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, (2), pp. 320-333.
- Tugade, M.M., Fredrickson, B.L. & Barrett, L.F. (2004). Psychological Resilience and Positive Emotional Granularity: Examining the Benefits of Positive Emotions on Coping and Health. *Journal of Personality*, 72 (6), pp. 1161-1190.
- Zautra, A.J., Hall, J.S. & Murray, K.E. (2008). Resilience: a New Integrative Approach to Health and Mental Health Research. *Health Psychology Review*, 2 (1), pp. 41-64.
- Zautra, A.J., Johnson, L.M. & Davis, M.C. (2005). Positive Affect as a Source of Resilience for Women in Chronic Pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (2), pp. 212-220.