



2007, 13(2-3), 141-151

EL PAPEL DEL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ARTRITIS REUMATOIDE EN LAS EMOCIONES NEGATIVAS

Redondo, M.M., Miguel Tobal, J.J. y Pérez Nieto, M.A.

Universidad Camilo José Cela
Universidad Complutense de Madrid

Resumen: La escasez de trabajos que han explorado el papel del tiempo de evolución de la Artritis Reumatoide (AR) en las emociones negativas de estos pacientes (sobre todo en la ansiedad y la ira) unida a la incongruencia de sus resultados enmarcan este trabajo, que persigue como objetivo explorar en qué medida el tiempo de enfermedad puede predecir las variaciones en la emocionalidad negativa. Para ello se ha tomado una muestra de 106 enfermos de AR, que ha sido evaluada con los siguientes instrumentos: Cuestionario de Tristeza-Depresión, CTD; Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad Breve, ISRA-B; Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo –STAXI-2-; McGill Pain Questionnaire –MPQ-; Health Assessment Questionnaire –HAQ-. El tiempo de evolución de la enfermedad se recogió en meses, desde que aparecieron los primeros síntomas. Los análisis de regresión múltiple muestran que el modelo que resulta predictivo para la depresión incluye la discapacidad y la dimensión afectiva del dolor, para la ansiedad estas dos variables más el tiempo de evolución de la enfermedad y para la ira únicamente la dimensión afectiva del dolor. Los resultados nos permiten concluir que los factores predictivos más importantes de emocionalidad negativa en los pacientes con AR son el dolor y la discapacidad. En el caso de la ansiedad debemos tener en cuenta también el tiempo de enfermedad, de forma que mayor tiempo de evolución de la enfermedad predice un descenso en los niveles de ansiedad. Finalmente se comentan las implicaciones de los resultados de cara a la intervención clínica.

Palabras Clave: artritis reumatoide, años de evolución de la enfermedad, dolor, discapacidad, emociones negativas, ansiedad, depresión, ira.

Introducción

La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad reumatológica crónica cuya pre-

Abstract: The shortage of studies examining the effect that the evolution period of Rheumatoid Arthritis (RA) has on negative emotions (especially anxiety and anger), in addition to the lack of coherent results, have motivated the present research. The aim is to explore the ways in which the evolution period may account for variations in the degree of negative emotionality. The study has monitored a sample of 106 RA patients, who were assessed using the following instruments: Sadness-Depression Questionnaire (CTD); Brief Inventory of Situations and Responses of Anxiety (ISRA-B); State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI-2); McGill Pain Questionnaire (MPQ); Pain Frequency and Intensity (FID); and Health Assessment Questionnaire (HAQ). Disease evolution period was measured in months, starting at the time when first symptoms were reported. Regression analyses show that the predictive model for depression includes disability and affective dimension of pain; for anxiety, it includes these same two factors plus the disease evolution period; and in the case of anger, only the affective dimension of pain. Results allow us to conclude that the most important factors for predicting negative emotions in RA patients are disability and pain. Regarding anxiety, we must also take into account the disease evolution period, given the fact that as the disease period grows anxiety levels decrease. Finally, implications for clinical intervention are discussed.

Key words: Rheumatoid arthritis, disease evolution period, pain, disability, negative emotions, anxiety, depression, anger.

Title: *The effect of the developing period of rheumatoid arthritis on negative emotions*

valencia mundial está cifrada en torno al 1% (Ballida y Rodríguez, 2000; Paddock y Cooper, 1995) y que afecta no sólo a la calidad de vida del que la padece, por su naturaleza altamente discapacitante, sino también a su cantidad, ya que la esperanza de vida de estos pacientes se reduce entre cuatro y diez años (Guedes, Sumont-Fischer,

*Dirigir la correspondencia a Dra. M.M. Redondo Delgado. Universidad Camilo José Cela. Castillo de Alarcón, 49. 28692, Madrid. mredondo@ucjc.edu

© Copyright 2007: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*

Leichter-Nakache y Boissier, 1999). Además del coste que la enfermedad supone para el enfermo y su familia, se ha calculado que en nuestro país, el coste económico anual medio de un paciente diagnosticado de AR es aproximadamente de 7.650 euros, cifrándose el coste anual de la AR en España en base a la prevalencia de la enfermedad en 1.186 millones de euros (Lajas, Abasolo, Bellajdel, Hernández-García, Carmona, Vargas, Lázaro y Jover, 2003; Lajas, Bellajdel, Abasolo, Salido, Hernández García y Fernández, 2000). Todo ello hace de la AR un problema de salud nada despreciable tanto para el enfermo, como para la sociedad, y resalta la importancia de buscar una intervención eficaz para estos pacientes.

En este deseo por diseñar programas de intervención en los enfermos de AR, la aportación de la psicología se ha dejado oír en las últimas décadas (e.g León Mateos, Abasolo, Pérez Nieto, Redondo, y Jover, 2005; Redondo y Miguel-Tobal, 2005; Redondo, Pérez Nieto e Iruarrizaga, 2003). Una intervención que ha de centrarse en los dos síntomas esenciales asociados a la enfermedad: el dolor y la discapacidad, pero que no debe olvidar el manejo de los altos niveles de emocionalidad negativa (ansiedad, tristeza/depresión e ira) presentes con frecuencia en los pacientes con AR.

En este sentido, hoy en día está más que probado que los pacientes con AR presentan mayores niveles de tristeza/depresión, ansiedad e ira que la población sana (Asmundson, Norton y Norton, 1999; Craig, 1994; Dickens, McGowan, Clark y Creed, 2002; McWilliams, Cox, y Enn, 2003). Sin embargo, la mayoría de los trabajos que han estudiado las emociones negativas en esta población se han centrado en la detección de los factores de riesgo que mejor predicen su aparición (Redondo, 2005), pero no en cómo éstas evolucionan a lo largo de los años, conforme la enfermedad va

avanzando. No está claro si las emociones negativas se acentúan con los años de enfermedad, y si es que lo hacen, cuál es el patrón que sigue esta evolución. Además, prácticamente todos los trabajos que han abordado esta cuestión han estudiado únicamente la depresión, dejando a un lado la ansiedad y la ira, y arrojando resultados contradictorios.

Si organizamos la revisión de las investigaciones que han explorado las emociones negativas a lo largo de la evolución de la AR a partir de la metodología empleada, se encuentran tres grupos diferenciados: 1) aquellos que han evaluado longitudinalmente las emociones negativas; 2) los que han tomado distintos grupos de pacientes en función de los años de evolución de su enfermedad y han evaluado las diferencias en las emociones negativas entre unos grupos y otros; 3) o los que han incluido la medida de los años de enfermedad como una variable continua, viendo cómo se relaciona con las emociones negativas.

Dentro del primer grupo, los escasos estudios longitudinales se han hecho en su mayoría con una única emoción, la depresión, y durante cortos periodos de tiempo (uno, dos o tres años), tiempo insuficiente teniendo en cuenta que la AR es una enfermedad crónica y continuamente el individuo debe estar adaptándose a sus cambios y demandas. Además de estos problemas metodológicos, los datos que provienen de este tipo de estudios son contradictorios. Algunos autores han propuesto que inmediatamente después del diagnóstico de la enfermedad se produce un incremento en el distrés psicológico de los pacientes, como una reacción a un evento personal amenazante, que va seguido de un proceso de ajuste psicológico a la enfermedad, con un aumento en la capacidad de afrontar este nuevo estresor y la consiguiente reducción en las alteraciones emocionales (Devins, Edworthy, Guthrie y Martin, 1992; Deyo,

Unui, Leininger y Overman, 1982; Katz y Yelin, 1993; Wolfe y Hawley, 1993). Sin embargo otros trabajos han mostrado que en una evaluación de la depresión a lo largo de los 21 primeros meses tras recibir el diagnóstico de AR, la depresión se va haciendo significativamente más marcada en cada una de las medidas tomadas (3, 6, 9, 15 y 21 meses) (Sharpe, Sensky y Allard, 2001).

El segundo grupo de trabajos ha abordado el campo comparando los niveles de emocionalidad negativa de los pacientes de reciente diagnóstico con otros de más años de enfermedad. Este modo de proceder obliga a dicotomizar una variable continua como el tiempo de evolución de la enfermedad, lo que puede hacer perder capacidad para detectar relaciones significativas. Pero además de estas limitaciones provenientes de la metodología empleada, los resultados de estos trabajos son también poco congruentes. Mientras en algunos casos se ha observado que los pacientes que han sido diagnosticados recientemente presentan mayores niveles de depresión (Chaney, Uretsky, Mullins, Doppler, Palmer, Wees, Klein, Doud y Reiss, 1996; Deyo et al, 1982), otros autores no han encontrado diferencias significativas en depresión entre pacientes recientemente diagnosticados de AR (duración inferior a un año) y aquellos con la enfermedad más establecida (Meenan, Kazis, Anthony y Wallin, 1991; Evers, Kraaimaat, Greenen y Bijlsma, 1997).

Finalmente, trabajos clásicos como el de Newman y su equipo (Newman, Fitzpatrick, Lamb y Shipley, 1989) han introducido los años de enfermedad como una medida más para los análisis de regresión, lo que permite superar muchas de las limitaciones señaladas en los trabajos anteriores. Los resultados de esta investigación apuntan que, una vez controlados los efectos de la actividad de la enfermedad y la

discapacidad sobre la depresión junto con las variables sociodemográficas, el tiempo desde el diagnóstico supone una contribución significativa a la reducción de la depresión.

En definitiva, los estudios llevados a cabo hasta el momento incluyen casi exclusivamente medidas de la depresión, sin atender a la ansiedad y la ira, tan importantes también en los pacientes con AR, y sus resultados son poco consistentes. La escasez de trabajos y la falta de congruencia de los estudios revisados han motivado la presente investigación, que persigue como objetivo fundamental explorar en qué medida el tiempo de enfermedad puede predecir las variaciones en emocionalidad negativa (ansiedad, tristeza/depresión e ira) en los pacientes con AR, controlando los efectos de los dos síntomas más relevantes de esta enfermedad, el dolor y al discapacidad.

Método

Participantes

La muestra ha estado constituida por 106 enfermos de AR. Algunos de ellos estaban recibiendo tratamiento médico en el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de La Paz de Madrid, y otros son miembros de la Asociación Madrileña de Pacientes con Artritis Reumatoide-AMAPAR. La media de edad es de 51.91 años, con una desviación típica de 13.17 y un rango entre 22 y 80. En lo que se refiere al sexo, la mayor parte de los sujetos evaluados, un 78.3%, son mujeres. Esta proporción de 3 a 1 a favor de las mujeres coincide exactamente con los datos generales de prevalencia de la enfermedad (Ballida y Rodríguez, 2000; Hochber y Spector, 1990; McDuffie, 1985).

En lo que se refiere al tiempo de evolución de la enfermedad, la muestra seleccionada es heterogénea en esta variable, variando el tiempo de la enfermedad entre los 2 y los 480 meses (40 años).

Instrumentos

Cuestionario de Tristeza-Depresión –CTD- (Jiménez García, Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1996). Está formado por cuatro subescalas: cognitiva, integrada por 10 ítems, fisiológica con 10 ítems, motora con 7 ítems, y una cuarta escala que evalúa la tendencia suicida y consta también de 7 ítems. Finalmente proporciona una medida general del rasgo total de tristeza/depresión, que se obtiene a partir de la suma de las escalas anteriores. Los datos relativos a la bondad estadística de la prueba reflejan una fiabilidad en el alfa de Cronbach de 0.96 en la escala de depresión total, 0.92 en la escala cognitiva, 0.90 en la fisiológica, 0.88 en la motora y 0.91 en la de tendencia suicida. Los datos de las correlaciones test-retest muestran puntuaciones de 0.85 en la escala total, 0.80 en la cognitiva, 0.74 en la fisiológica, 0.63 en la motora y 0.72 en la de tendencia suicida.

Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad Breve –ISRA-B-, (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1994). Está formado por tres subescalas que evalúan los niveles de ansiedad cognitiva, fisiológica y motora, y una escala de rasgo total de ansiedad. Incluye además cuatro escalas referidas a áreas situacionales: FI-ansiedad ante situaciones que implican evaluación y asunción de responsabilidades; FII-ansiedad ante situaciones interpersonales y de interacción social; FIII-ansiedad ante situaciones fóbicas y FIV-ansiedad ante situaciones habituales de la vida cotidiana. En su versión breve o reducida, el ISRA-B proporciona una medida de las mismas ocho escalas que la prueba original, pero su formato no es interactivo. Puede obtenerse finalmente una medida general de ansiedad resultado de sumar los 45 ítems del instrumento, tanto los referidos a los síntomas del triple sistema de respuestas como los de las cuatro áreas situacionales. Por lo que respecta a la fiabilidad del instrumento, la consistencia interna medida a través del coeficiente alfa de Cronbach arro-

ja puntuaciones entre 0.89 en la escala de rasgo y 0.59 en la ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana.

Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo –STAXI-2- (Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger, 2001). Esta prueba consta de un total de 49 ítems distribuidos en tres escalas: ira estado, compuesta por 15 ítems; ira rasgo, compuesta por 10 ítems y expresión de ira, compuesta por 24 ítems. A partir de los ítems de la escala de estado se obtienen tres subescalas: sentimiento, verbal y física. También la escala de rasgo nos permite llegar a dos nuevas puntuaciones: temperamento y reacción de ira. De igual modo, de la escala de expresión de ira se obtienen cuatro subescalas: ira interna, ira externa, control interno y control externo. Finalmente, esta prueba nos proporciona una puntuación general de expresión de ira, referida a la frecuencia con la que se expresa esta emoción, independientemente de la dirección de dicha expresión (interna o externa). En cuanto a los datos sobre su fiabilidad, el rango del coeficiente alfa obtenido es 0.82 para la escala de rasgo. Con respecto a las escalas de expresión de ira y de control de ira los resultados oscilan entre 0.69 y 0.87. En el índice de expresión de ira se obtiene una puntuación de 0.64.

McGill Pain Questionnaire –MPQ- (Melzack, 1975; Traducción de W. Penzo, 1989). El Cuestionario de Dolor de McGill es un listado de 20 palabras o adjetivos que pueden coincidir con la forma en que las personas sentimos el dolor. Proporciona una evaluación del dolor experimentado por el paciente en diversas dimensiones: sensorial-discriminativa (descripciones en términos de cualidades temporales, espaciales, térmicas y de presión); motivacional-afectiva (descripciones en términos de temor y otros aspectos neurovegetativos); cognitivo-evaluativa (descripciones en términos de valoración global) y miscelánea (predominantemente sensorial, corresponde a descripcio-

nes poco usuales pero características de ciertos cuadros de dolor). Además de información sobre las distintas dimensiones del dolor, se obtienen dos índices:

- Índice de valoración del dolor (Pain Rating Index -PRI), basado en el valor ordinal de los adjetivos elegidos. Para todos los subgrupos de palabras que integran cada una de las dimensiones, al adjetivo que implica el menor dolor se le asigna el valor de 1, al siguiente el valor 2, y así sucesivamente. También así se calcula el total de cada una de las dimensiones.

- Número de adjetivos elegidos (Number of Words Chosen -NWC), total o parcial de cada dimensión.

Health Assessment Questionnaire - HAQ- (Fries et al., Spitz, Kraines y Holman, 1980), en su versión española (Esteve Vives, Batlle Gualda y Reig, 1993). Este instrumento está destinado a evaluar la capacidad funcional de los pacientes con AR. Consta de un total de 20 ítems agrupados en 8 áreas relacionadas con actividades de la vida cotidiana: vestirse, levantarse, comer, caminar, higiene, alcanzar objetos, presión y otros como las labores domésticas. Mide además la necesidad de los pacientes de recibir ayuda de otros o de usar utensilios especiales para ejecutar cualquiera de las tareas anteriores. Se obtiene una puntuación total que va de 0 (ausencia de discapacidad) a 3 (discapacidad severa). Los datos psicométricos de la versión española son buenos, con una fiabilidad test-retest de 0.89 y una validez de 0.87.

El tiempo de evolución de la enfermedad era una de las preguntas que se incluían en la ficha de datos generales que se pasaba a los participantes al inicio de la evaluación. Se recogió el tiempo en meses desde que aparecieron los primeros síntomas. También se tomaba el tiempo en meses desde que el paciente recibió el diagnóstico, pero para el estudio se ha tenido en cuenta únicamente el

tiempo desde que aparecen los síntomas ya que pensamos es el que marca realmente el inicio de todo el proceso de ajuste a la enfermedad.

Procedimiento

Los pacientes fueron evaluados en el Servicio de Traumatología del Hospital Universitario de la Paz y en la Asociación Madrileña de Pacientes con Artritis Reumatoide-AMAPAR. La evaluación se llevó a cabo de forma individual, siempre por el mismo evaluador y su duración era de una hora aproximadamente.

Análisis

Los análisis de datos se llevaron a cabo mediante el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows. Con el fin de estudiar en qué medida el tiempo de enfermedad puede predecir las variaciones en la emocionalidad negativa en los pacientes con AR se ha efectuado un análisis de regresión lineal múltiple mediante el método "stepwise" o "pasos sucesivos", para el que se han tomado como variables dependientes las distintas medidas emocionales (el rasgo total de cada una de ellas) y como variable independiente o predictora el tiempo de enfermedad. Se han incluido también en el análisis como variables predictoras el dolor, la discapacidad y la edad, con el fin de controlar sus posibles efectos sobre las emociones negativas. En los resultados se muestra el modelo generado para cada variable dependiente (cada emoción negativa), su ANOVA y los coeficientes para la variable independiente en los que se apoya cada modelo.

Resultados

Los resultados del análisis tomando como variable dependiente la depresión se recogen en las tablas 1 y 2. El modelo que parece predecir las variaciones en depre-

sión en los pacientes con AR incluye la dimensión afectiva del dolor en primer lugar seguida de la discapacidad. Han sido excluidas del modelo por no mostrarse significativas el resto de las dimensiones del dolor, la edad y el tiempo de evolución de la enfermedad. Tal y como muestra la R^2 , casi un 40% de los cambios en depresión son explicados por la dimensión afectiva del dolor y la discapacidad.

El análisis de regresión lineal múltiple efectuado para ver el efecto del tiempo de evolución de la enfermedad en la ansiedad de los pacientes con AR se muestra en las tablas 3 y 4, así como el ANOVA del modelo. Tal y como se observa, de nuevo la discapacidad y la dimensión afectiva del dolor son las que explican los cambios en ansiedad, aunque ahora la discapacidad pesa más que el dolor. Además, a diferencia de lo que sucedía con la depresión, el modelo que resulta predictivo incluye también en tercer lugar el tiempo de enfermedad,

que sí parece explicar significativamente los cambios en ansiedad. Tal y como refleja la "t", la relación entre estas dos variables (tiempo de enfermedad y ansiedad) es inversa, es decir menos tiempo de evolución de enfermedad predice mayores niveles de ansiedad y viceversa. El modelo final, conformado por la discapacidad en primer lugar, la dimensión afectiva del dolor en segundo y el tiempo de enfermedad en tercero, explica el 35% de las variaciones en ansiedad.

En el caso de la ira, los resultados del análisis de regresión muestran que la única variable de todas las introducidas que puede generar un modelo predictivo es la dimensión afectiva del dolor, que predice eso sí un porcentaje no muy alto de las variaciones que se producen en el rasgo de ira (en concreto el 13%). Ambas variables muestran una relación directa, es decir mayores niveles de dolor predicen mayor rasgo de ira (ver tablas 5 y 6).

Tabla 1. Resumen del modelo del análisis de regresión lineal múltiple y ANOVA. V.D.: DEPRESIÓN

Modelo: DEPRESIÓN	R	R ²	R ² corregida	Error típico	F	p
1	,529	,280	,273	23,38132	39.67	.000
2	,630	,397	,385	21,49770	33.29	.000

Modelo 1, variables predictoras: dimensión afectiva

Modelo 2, variables predictoras: dimensión afectiva + discapacidad

Tabla 2. Coeficientes del análisis de regresión lineal múltiple. V.D.: DEPRESIÓN

	Variable independiente	Beta Estandarizado	t	p
Modelo 1	Dimensión afectiva	,529	6,299	,000
Modelo 2	Dimensión afectiva	,388	4,642	,000
	Discapacidad	,370	4,434	,000

Tabla 3. Resumen del modelo del análisis de regresión lineal múltiple y ANOVA. V.D.: ANSIEDAD

Modelo: ANSIEDAD	R	R ²	R ² corregida	Error típico	F	p
1	,512	,262	,255	15,02308	36.24	.000
2	,568	,322	,309	14,46948	24.01	.000
3	,595	,355	,335	14,19099	18.31	.000

Modelo 1, variables predictoras: discapacidad

Modelo 2, variables predictoras: discapacidad + dimensión afectiva

Modelo 3, variables predictoras: discapacidad + dimensión afectiva + tiempo desde síntomas

Tabla 4. Coeficientes del análisis de regresión lineal múltiple. V.D.: ANSIEDAD

	Variable independiente	Beta Estandarizado	t	p
Modelo 1	Discapacidad	,512	6,021	,000
Modelo 2	Discapacidad	,404	4,509	,000
	Dimensión afectiva	,268	2,992	,003
Modelo 3	Discapacidad	,457	5,024	,000
	Dimensión afectiva	,294	3,317	,001
	Tiempo desde síntomas	-,192	-2,237	,028

Tabla 5. Resumen del modelo del análisis de regresión lineal múltiple y ANOVA. V.D.: RASGO DE IRA

Modelo: IRA	R	R ²	R ² corregida	Error típico	F	p
1	,366	,134	,125	5,71454	16.05	.000

Modelo 1, variables predictoras: dimensión afectiva

Tabla 6. Coeficientes del análisis de regresión lineal múltiple. V.D.: RASGO DE IRA

	Variable independiente	Beta Estandarizado	t	p
Modelo 1	Dimensión afectiva	,366	4,006	,000

Discusión

La más que probada presencia de emociones negativas en los pacientes con AR, así como los efectos que éstas parecen tener sobre el dolor, la discapacidad y la propia actividad de la enfermedad (Redondo,

2005) hacen que su estudio se haya convertido en central en el abordaje psicológico de estos pacientes durante las últimas décadas. Sabiendo de su importancia, algunos investigadores se han dedicado en explorar las variables que mejor predicen su aparición y sus cambios. En este sentido, se ha

apuntado la importancia de las estrategias de afrontamiento o el apoyo social (Redondo, Cano-Vindel y Pérez-Nieto, 2001; Evers, Kraaimaat, Geenen, Jacobs y Bijlma, 2003). Pero las variables que más consenso han obtenido como predictoras de la presencia y variaciones en emocionalidad negativa en los pacientes con AR son sin duda el dolor y la discapacidad (Dickens et al., 2002; Brown, Robinson, Riley y Gremillion, 1996; Goodenow, Reisine y Grady, 1990; Newman et al., 1989; Schmidt y Cook, 1999; Sharpe et al., 2001; Wright, G.E., Parker, J.C., Smarr, K.L., Schoenfeld-Smith, K., Buckelew, S.P., Slaughter, J.R., Johnson, J.C. y Hewett, J.E., 1996). En este sentido van los datos del presente trabajo, en los que se observa que la discapacidad y el dolor en su dimensión afectiva son las variables que predicen de forma significativa la emocionalidad negativa de los pacientes evaluados.

Más allá de estos dos elementos que se muestran centrales en la enfermedad, y dentro del marco de la búsqueda de variables que ayuden a explicar las variaciones en emocionalidad negativa de los pacientes con AR, han surgido trabajos que han explorado la influencia de los años de evolución de la enfermedad, pero tal y como se ha señalado en la introducción presentan algunas limitaciones metodológicas, han arrojado datos poco consistentes y se han centrado casi exclusivamente en la depresión.

Así, además de la inconsistencia entre los resultados, las escasas investigaciones longitudinales han tomado periodos demasiado cortos de tiempo (Devins et al., 1992; Deyo et al., 1982; Katz y Yelin, 1993; Sharpe et al., 2001; Wolfe y Hawley, 1993), y los trabajos que han empleado un diseño transversal, dividiendo la muestra de enfermos en función de los sus años de enfermedad y estableciendo comparaciones entre estos grupos, pueden estar perdiendo

potencia estadística debido a la categorización de una variable continua (el tiempo de evolución de la enfermedad) (Chaney et al., 1996; Deyo et al., 1982; Evers et al., 1997; Meenan et al., 1991).

Solventando los problemas metodológicos señalados encontramos uno de los trabajos clásicos en el campo, el de Newman et al., (1989), con un diseño similar al del presente estudio. Estos autores concluyen que el tiempo de evolución de la enfermedad predice significativamente los cambios en depresión (en concreto el descenso de esta variable). Sin embargo, su peso está por debajo de otras variables que parecen influir más, en concreto la discapacidad, resultado que sí coincide con lo que aquí se presenta.

En definitiva, los resultados del presente trabajo relativos a la depresión van en gran medida en la línea de la literatura revisada y muestran que los niveles de depresión de los pacientes con AR parecen explicarse a partir de las dos variables centrales de su enfermedad, el dolor y la discapacidad, y no tanto a partir del tiempo de evolución de la enfermedad.

En lo que se refiere a la ansiedad, apenas estudiada desde la perspectiva que nos ocupa, los datos presentados han de ser considerados con detalle ya que revelan que el tiempo de evolución de la AR sí parece ser significativo para explicar la ansiedad. Un porcentaje de las variaciones en esta emoción (en concreto el 33%) va a ser explicado por tres variables: la discapacidad, la dimensión afectiva del dolor y el tiempo de evolución de la enfermedad. Tal y como sucedía en el caso de la depresión, también a la hora de explicar la ansiedad encontramos como variables centrales el dolor y la discapacidad. Pero en este caso el modelo añade el tiempo de evolución de la enfermedad, que parece relacionarse con la ansiedad en un sentido negativo, es decir, el paso del tiempo predice de forma

significativa un descenso en los niveles de ansiedad del paciente con AR.

Este último dato parece lógico dado que el paciente recientemente diagnosticado o con un tiempo de evolución corto de la enfermedad tiene poca información sobre ella, su evolución o la eficacia o no de sus estrategias para afrontarla. El paciente que recibe el diagnóstico se enfrenta a un proceso de estrés, y ha de desarrollar estrategias de afrontamiento para adaptarse con éxito a todos los cambios que supone la enfermedad. Ha sido ampliamente demostrada la influencia diferencial que los distintos modos de afrontamiento ejercen sobre las emociones negativas (Rodríguez-Parra, Esteve y López, 2000), pero a la luz de estos datos parece que, independientemente del tipo de afrontamiento que lleve a cabo el paciente, el paso del tiempo explica un porcentaje significativo de las variaciones en ansiedad, probablemente porque le ayuda a conocer la enfermedad y a habituarse a ella.

En lo que se refiere a la ira, la emoción más olvidada y cuya relación con los años de evolución de la AR no había sido abordada, los datos reflejan que el tiempo de evolución de la AR no se relaciona con el rasgo de ira, que parece ser mejor explicado por el dolor, en concreto en su dimensión afectiva. A pesar de que este modelo es predictivo, es conveniente seguir explorando otras variables que predigan porcentajes más altos de ira que el dolor.

A la hora de intervenir desde el punto de vista psicológico en los enfermos con AR, han de tomarse como punto de partida las investigaciones que arroja la psicología básica. Trabajos como éste nos ayudan a ir perfilando las variables importantes a tener en cuenta en el diseño de los tratamientos, en la selección de las muestras, las técnicas de intervención, etc. Los programas de intervención psicológica en pacientes con

AR suelen fijarse entre sus objetivos básicos el entrenamiento en técnicas que ayuden al paciente a manejar su dolor y su discapacidad. La literatura revisada y los datos presentados confirman el papel de estas dos variables como predictoras potentes de la emocionalidad negativa de los pacientes con AR, y la conveniencia por tanto de desarrollar técnicas psicológicas para su manejo clínico.

De igual modo, nuestros resultados nos llevan a resaltar la importancia que cobra la información temprana y detallada al paciente como un modo esencial de restar incertidumbre y amenaza, favoreciendo seguramente la disminución de los niveles de ansiedad de los pacientes con AR en los inicios de la enfermedad y ayudándoles en el proceso de adaptación a la enfermedad. Aunque los programas que se están llevando a cabo para la intervención psicológica en los pacientes con AR presentan normalmente una primera sesión informativa, son muchos los pacientes que no llegan a acceder a dichos programas, por lo resulta esencial que el personal sanitario encargado del proceso de información, que en la mayoría de los Servicios de Reumatología es el personal de enfermería, sea consciente de la importancia de la información en los inicios de la enfermedad, y tenga formación para poder llevar a cabo correctamente este proceso.

Para concluir, es conveniente señalar también que, aunque se ha utilizado una metodología transversal, por la dificultad de realizar un estudio longitudinal de estas características en el contexto médico hospitalario, realmente ésta sería la metodología más idónea para explorar las propias relaciones que guardan entre sí en el tiempo las variables discapacidad, dolor y emociones negativas.

Artículo recibido: 29-19-2006
aceptado: 05-07-2007

Referencias bibliográficas

- Asmundson, G.J., Norton, P.J. y Norton, G.R. (1999). Beyond pain: The role of fear and avoidance in chronicity. *Clinical Psychology Review*, 19, 97-119.
- Ballina, F. y Rodríguez A. (2000). Artritis Reumatoide. *Revista Española de Reumatología*, 27, 256-259.
- Brown, F.F., Robinson, M.E., Riley, J.L. y Gremillion, H.A. (1996). Pain severity, negative affect, and microstressors as predictors of life interference in TMD patients. *CRANIO: The Journal of Craniomandibular Practice*, 14, 63-70.
- Chaney, J.M., Uretsky, D.L., Mullins, L.L., Doppler, M.J., Palmer, W.R., Wees, S.J., Klein, H.S., Doud, D.K. y Reiss, M.J. (1996). Differential effects of age and illness duration on pain-depression and disability-depression relationships in rheumatoid arthritis. *International Journal of Rehabilitation and Health*, 2, 101-112.
- Craig, K.D. (1994). Emotional aspects of pain. En P.D. Wall y R. Melzack (Eds.), *The textbook of pain* (p. 261-274). Churchill: Livingstone.
- Devins, G.M., Edworthy, S.M., Guthrie, N.G. y Martin, L. (1992). Illness intrusiveness in rheumatoid arthritis: Differential impact on depressive symptoms over the adult lifespan. *Journal of Rheumatology*, 19, 709-715.
- Deyo, R., Unui, T., Leininger, J. y Overman, S. (1982). Physical and psychosocial function in rheumatoid arthritis. *Archives of Internal Medicine*, 142, 879-882.
- 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.
- Esteve-Vives, J., Batle-Gualda, E. y Reig, A. (1993). Spanish versión of the Health Assessment Questionnaire (HAQ): reliability, validity and transcultural equivalency. Grupo para la Adaptación del HAQ a la población Española. *Journal of Rheumatology*, 20, 2116-2122.
- Evers, A.W., Kraaijmaat, 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.
- Evers, A.W., Kraaijmaat, F.W., Greene, R., Jacobs, J.W. y Bijlsma, J.W. (2003). Stress-vulnerability factors as long-term predictors of disease activity in early rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 293-302.
- Fries, J.F., Spitz, P., Kraines, R.G. y Holman, H. (1980). Measurement of patient outcomes in arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 23, 137-145.
- Goodenow, C., Reisine, S.T. y Grady, K.E. (1990). Quality of social support and associated social and psychological functioning in women with rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 9, 266-284.
- Guedes, C., Sumont-Fischer, D., Leichter-Nakache, S. y Boissier, M.C. (1999). Mortality in rheumatoid arthritis. *Revue du Rhumatisme (England Edition)*, 66, 492-498.
- Hochber, M.C. y Spector, T.D. (1990). Epidemiology of rheumatoid arthritis: update. *Epidemiological Review*, 12, 247-252.
- Jänti, J.K., Kaarela, K., Belt, E.A. y Kautiainen, H.J. (2002). Incidence of severe outcome in rheumatoid arthritis during 20 years. *Journal of Rheumatology*, 29, 688-692.
- 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.
- Lajas, C., Abasolo, L., Bellajdel, B., Hernández García, C., Carmona, L., Vargas, E., Lázaro, P. y Jover, J.A. (2003). Costs and predictors of costs in rheumatoid arthritis: a prevalence-based study. *Arthritis and Rheumatism*, 49, 64-70.
- Lajas, C., Bellajdel, B., Abásolo, L., Salido, M., Hernández García, C. y Fernández, B. (2000). El coste anual de la artritis reumatoide. *Revista Española de Reumatología*, 27, 206.
- Leigh, J.P. y Fries, J.F. y Parikh, N. (1992). Severity of disability and duration of disease in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 19, 1906-1911.
- León Mateos, L., Abásolo Alcazar, L., Pérez-Nieto, M.A., Redondo, M.M. y Jover J.A. (2005). Dimensiones del dolor en pacientes con incapacidad de origen musculoesquelético. *Edupsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 4, 3-18.
- McDuffie, F.C. (1985). Morbidity impact of rheumatoid arthritis on society. *The American Journal of Medicine*, 78, 1-5.
- McWilliams, L.A., Cox, B.J. y Enn, M.W. (2003). Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain*, 106, 127-133.
- Meenan, R.F., Kazis, L.E., Anthony, J.M. y Wallin, B.A. (1991). The clinical and health status of patients with recent-onset rheuma-

- toid arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 35, 1273-1280.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaires: Major properties and scoring methods. *Pain*, 1, 279-299.
- 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.
- Miguel Tobal, J.J y Cano Vindel, A. (1994). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad Breve –ISRA. B-*. Versión experimental. No publicado.
- Newman, S.P., Fitzpatrick, R., Lamb, R. y Shipley, M. (1989). The origins of depressed mood in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 16, 740-744.
- Pacock, D. y Cooper, C. (1995). Epidemiology of rheumatic disease. *Current Opinion in Rheumatology*, 7, 82-86.
- Penzo, W. (1989). *El dolor crónico. Aspectos psicológicos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Redondo, M.M. (2005). *Emocionalidad negativa, dolor y discapacidad en pacientes con Artritis Reumatoide*. Madrid: Tesis Doctoral
- Redondo, M.M., Cano-Vindel, A. y Pérez Nieto, M.A. (2001). Afrontamiento y Artritis Reumatoide: Una revisión crítica. *Ansiedad y Estrés*, 7, 139-150.
- Redondo, M.M. y Miguel-Tobal, J.J. (2001). *Escala de frecuencia e intensidad del dolor –FID-*. Versión experimental. No publicado.
- Redondo, M.M. y Miguel Tobal, J.J. (2005). Intervención psicológica en los pacientes con Artritis Reumatoide: un programa piloto en la Asociación. *Boletín de la Asociación Madrileña de Pacientes con Artritis Reumatoide –AMAPAR-*, 1.
- Redondo, M.M., Miguel-Tobal, J.J. y Cano-Vindel, A. (2005). Procesos de afrontamiento y ajuste a la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide. *Edupsykhé*, 4, 199-218.
- Redondo, M.M., Pérez Nieto, M.A. e Iruarrizaga, I. (2003). Intervención psicológica en artritis reumatoide: caso clínico. *Edupsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía* 2 27-50.
- Rodríguez-Parra, M.J., Esteve, R. y López, A.E. (2000). Dolor crónico y estrategias de afrontamiento. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 391-418.
- Schmidt, N.B. y Cook, J.H. (1999). Effects of anxiety sensitivity on anxiety and pain during a cold pressor challenge in patients with panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 313-323.
- Sharpe, L., Sensky, T. y Allard, S. (2001). The course of depression in recent onset rheumatoid arthritis. The predictive role of disability, illness perception, pain and coping. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 713-719.
- Wolfe, F. y Cathey, M.A. (1991). The assessment and prediction of functional disability in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 18, 1298-1306.
- Wolfe, F. y Hawley, D.J. (1993). The relationship between clinical activity and depression in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 20, 2032-2037.
- Wright, G.E., Parker, J.C., Smarr, K.L., Schoenfeld-Smith, K., Buckelew, S.P., Slaughter, J.R., Johnson, J.C. y Hewett, J.E. (1996). Risk factors for depression in RA. *Arthritis Care and Research*, 264, 273.