

Depresión, ansiedad y desesperanza aprendida en pacientes con artritis reumatoide

Depression, anxiety, and hopelessness learned in patients with rheumatoid arthritis

*Esmirna Lizbeth Yescas Osorio, Leticia Ascencio Huertas, Sofía Vargas
Avilés, Rosa Elda Barbosa Coboss y Gustavo Esteban Lugo Zamudio¹*

RESUMEN

El objetivo de este estudio descriptivo fue valorar el nivel de depresión, ansiedad y desesperanza aprendida en 60 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. Para medir la depresión se utilizó el Inventario de Depresión de Beck; para la ansiedad, el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, y para la desesperanza aprendida, el Índice de Desesperanza Aprendida. Los resultados indican que existe una depresión mínima, una ansiedad rasgo-estado de moderada a severa y una desesperanza aprendida baja en tales pacientes. A su vez, estas tres variables se correlacionaron entre sí de manera positiva. Como dato significativo, la ansiedad correlacionó de manera significativa con el dolor. Los autores concluyen que los niveles de depresión, ansiedad y desesperanza aprendida dependen en gran medida de la actividad laboral y el estado civil del paciente, y que los recursos de afrontamiento que utilizan los pacientes son de tipo pasivo.

Palabras clave: Artritis reumatoide; Depresión; Ansiedad; Desesperanza aprendida.

ABSTRACT

The aim of this descriptive study was to assess depression, anxiety, and learned hopelessness in 60 patients suffering from rheumatoid arthritis. To measure depression, the Beck of Depression Index was used; for anxiety, the State Trait Anxiety Index (STAI), and for learned hopelessness, the Arthritis Helplessness Index (AHI). The results indicated that there exists a minimum depression, a mild to severe anxiety, and a low of helplessness learned in such patients. These three variables correlated to each other of positive way. As a significant data, anxiety correlated in significant way with pain. The authors conclude that depression levels, anxiety and learned hopelessness depend mostly on the labour activity and the civil state of the patient, and that the facing resources which they use are more of passive type.

Keywords: Rheumatoid arthritis; Depression; Anxiety; Learned hopelessness.

La artritis reumatoide (AR en lo sucesivo) es una enfermedad reumática crónica de etiología desconocida caracterizada por inflamación poliarticular y simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, con posible compromiso sistémico (Villaverde y Balsa, 2002). La AR induce en el paciente varios procesos que interactúan entre sí: por un lado, la inflamación, el dolor, la pérdida de movimiento articular y la deformidad producen discapacidad y pérdida de un gran número de funciones de la vida diaria que pueden

¹ Clínica de Atención Psicológica al Paciente Reumático y Servicio de Reumatología, Hospital Juárez de México, Av. Instituto Politécnico Nacional 5160, Col. Magdalena de las Salinas, 07760 México, D.F., México, correo electrónico: ylizio@hotmail.com. Artículo recibido el 8 de mayo y aceptado el 17 de septiembre de 2007.

afectar en mayor o menor grado el desplazamiento, el cuidado personal, el trabajo y otras actividades básicas, que, a su vez, afectan la independencia económica y los roles sociales de la persona (López, Rincón, Castellanos y González, 1993). Por otro lado, al aparecer los primeros síntomas, la persona comienza un proceso de asimilación psicológica de la pérdida de su salud y un proceso de duelo anticipado por la amenaza de pérdidas futuras (Rincón y González, 1998). Lo anterior conduce a estudiar el importante factor cognitivo de la percepción de control sobre la situación, que puede estar relacionado con una de las formas de adaptación a la AR, como es la desesperanza aprendida. Los individuos que la presentan no perciben claramente la relación entre su comportamiento y las consecuencias que este produce, lo que los lleva a emitir conductas de pasividad y a creer que nada de lo que hagan puede mejorar su situación.

La desesperanza aprendida es el estado psicológico que se produce cuando los acontecimientos se perciben como incontrolables y que no se puede hacer nada para cambiarlos; en la teoría al respecto formulada por Seligman (1975), lo incontrolable aprendido ocurre por la relación entre la percepción del control y el control real. La desesperanza aprendida produce un rápido deterioro que impide responder de forma adaptativa a una situación traumática o iniciar respuestas voluntarias para ejercer control sobre los acontecimientos; incluso dificulta a la persona aprender que su respuesta ha sido eficaz, aun cuando realmente lo haya sido. El incremento en la severidad de los síntomas de la enfermedad (cambio biológico) puede producir incrementos en la ansiedad, depresión y desesperanza (cambios psicológicos) (Keefe y Smith, 2002).

Posteriormente, Abramson, Seligman y Teasdale reformularon en 1978 la teoría de Seligman, poniendo énfasis en el tipo de atribuciones que el sujeto hace sobre la causa de su indefensión. Para estos autores, tales atribuciones pueden variar en alguna de las siguientes dimensiones: interna-externa, global-específica y estable-inestable. Por ejemplo, si un sujeto va a una entrevista de trabajo y no lo obtiene y atribuye el fracaso a su baja capacidad, estaría haciendo una atribución de tipo interno, estable y global; si, por el contrario, lo atribuye a que ese tipo de trabajo no era adecuado para

él, la atribución sería de tipo externa, específica e inestable. Estas tres dimensiones determinan el efecto sobre la autoestima, la cronicidad y la generalidad de la indefensión y la depresión (Rincón y González, 1998).

El espectro de las manifestaciones depresivas en la AR va del desánimo y la tristeza a la anhedonia y la depresión profunda. La prevalencia de dichos síntomas varía de acuerdo a los diferentes estudios realizados. Moran (2005), por ejemplo, reporta síntomas depresivos hasta en la mitad de los pacientes con AR, y Katz y Yelin (2002) estimaron su prevalencia entre 15 y 17%. Parker y Wright (2005) consideran que, aun con estimaciones muy conservadoras, la depresión sigue siendo un grave problema clínico para casi todos los pacientes con AR, por lo que sus síntomas se traducen fundamentalmente en una fuerte asociación con el dolor y, más interesante aún, en la posible relación entre depresión y discapacidad.

Es bien conocido que la AR representa una de las primeras causas de discapacidad grave en los países desarrollados, con las consiguientes pérdidas económicas y sociales. De hecho, Affleck, Tennen y Urrows (1991) encuentran que la depresión, junto con la discapacidad, se convierten en un predictor significativo del promedio de dolor diario medio, por lo que la AR deteriora progresivamente el funcionamiento global; esta condición clínica se asocia a la depresión, por lo que la disfunción global es mayor, la evolución de la enfermedad es más rápida y la calidad de vida disminuye aún más, de tal suerte que la depresión empeora el curso natural de la AR (Zung, Brodhead y Roth, 2003). Los datos disponibles sugieren que la mayor frecuencia de depresión en las mujeres guarda una estrecha relación con la mayor severidad de la enfermedad en ellas que en los hombres, y no con la tendencia del grupo femenino de sobrevalorar la cantidad e intensidad de los síntomas (Dowdy, Dwyer, Smith y Wallston, 1996).

De igual forma, algunos pacientes con AR muestran ansiedad como consecuencia de la vulnerabilidad física, psicológica y social que experimentan a causa de su enfermedad. Así, Smedstad, Mount y Vaglum (1996) y Smedstad, Vaglum y Kvien (1997) consideran la ansiedad como un fuerte predictor del dolor autoinformado en pacientes con AR, y asimismo que los niveles elevados

de ansiedad se asocian con niveles igualmente altos de dolor en la AR. Esta misma relación positiva entre ansiedad y dolor ya había sido encontrada por Hagglund, Haley, Reveille y Alarcón (1989). En cuanto a la ira, otra de las emociones básicas, los estudios que la han relacionado con el dolor crónico no han utilizado muestras específicas de pacientes con AR; sin embargo, parece haber evidencia suficiente para concluir que hay una relación positiva entre el dolor y la expresión interna de la ira (Hatch, Schoenfeld y Boutros, 1991), y negativa entre la ira interna y la adaptación en los pacientes con dolor crónico (Kerns, Rosenberg y Jacob, 1994), aunque hay estudios que muestran también cómo la expresión intensa de la ira —ya sea interna o externamente, y por tanto el bajo control de la misma— favorece mayores niveles de dolor (Burns, 1997).

Es preciso señalar, no obstante, que algunos de los estudios que han relacionado la afectividad negativa con el dolor en la AR podrían tener algunos problemas metodológicos o conceptuales, especialmente en la depresión, ya que síntomas como la fatiga o el insomnio son manifestaciones tanto de la depresión como de la AR, lo que puede dar lugar a yuxtaposiciones (Young, 1992). A pesar de ello, según Huyser y Parker (1999), hay un apoyo sustancial a la existencia de una asociación significativa entre el dolor de los pacientes con enfermedades del aparato locomotor y la depresión, la ansiedad y la ira, pudiendo haber también una relación causal recíproca entre el dolor y la afectividad negativa, en la que el dolor conduciría a la depresión, la ansiedad y la ira, y viceversa.

Emociones como la depresión, la ansiedad y también la ira se asocian y pueden ser predictoras de discapacidad. Katz y Yelin (2002) encuentran que los pacientes con AR deprimidos manifiestan un mayor nivel de incapacidad funcional, así como niveles más altos de dolor. La ansiedad —en concreto, la ansiedad ante el dolor— en dichos pacientes es también en un importante predictor de la incapacidad en estos pacientes (Strahl, Kleinknecht y Dinnel, 2000). Los resultados que relacionan la ira con la discapacidad en las enfermedades que cursan con dolor crónico no se han hallado únicamente en poblaciones con AR; aun así, se puede afirmar que la intensidad de la ira es

especialmente relevante en el desarrollo y mantenimiento de la disfuncionalidad del dolor crónico (Kerns y cols., 1994).

En la AR, los pacientes pueden ser victimizados, criticados y aislados por sus familiares; los propios pacientes pueden rechazar los intentos de apoyo por parte de sus familiares, aumentando sus niveles de depresión (Revenson, 1993). Por otro lado, la depresión suele ser subdiagnosticada y puede llevar a un incremento de la pérdida de la función y de los días de incapacidad de manera importante (Devellis, 1993). La AR afecta el estado de ánimo de los pacientes, lo que es un factor que no sólo debe recordarse en el momento de atender al paciente, sino tenerse en cuenta para planear la prestación de servicios (Keefe y Bonks, 1999).

El paciente con AR se encuentra entonces en un círculo vicioso en el que la reducción y la evitación de actividades físicas a causa del dolor pueden generar en él una actitud de indefensión, desesperanza y derrota frente a su problema, sirviendo como detonante de la ansiedad y la depresión, que producen a su vez una desinhibición central de estímulos aferentes y un consecuente aumento de la percepción del dolor y la aparición de nuevos estados de pasividad. En efecto, entre las variables que más afectan la calidad de vida de los pacientes con AR se hallan la incapacidad física y funcional, el dolor y el nivel de afectación, que son a su vez los que acarrearán más costos médicos (Ryumachi, 2002).

Sin embargo, la AR, por su naturaleza misteriosa e impredecible, puede generar fácilmente sentimientos de inseguridad hacia el futuro. El paciente, al no ver mejoría en su enfermedad —y en algunos casos tener que soportar retrocesos—, puede llegar a una percepción de falta de control y resignación exagerada, concluyendo que nada ni nadie será capaz de cambiar su situación, aunque se le presenten alternativas viables en el tiempo, como por ejemplo nuevos medicamentos. Esto lleva al paciente a una fase de pérdida de confianza en sí mismo y a un debilitamiento progresivo de la autopercepción de su yo, que no lo hace sentir merecedor de respeto y afecto y lo impulsa a experimentar bajos niveles de autoestima, que a la vez influyen en su autoeficacia y, por ende, la po-

sibilidad de acceder a sucesos reforzantes de tipo social (Cadena, Vinaccia y Pérez, 2003). También la adaptación a la enfermedad crónica depende de una multiplicidad de factores, como la edad, género, status social, apoyo social, educación, creencias religiosas, autoesquemas, patrones de personalidad, inteligencia, habilidades sociales, estilos de afrontamiento y demás. Todos estos factores pueden permitir en algunos casos –o no hacerlo en otros– encontrar un sentido a la enfermedad y mantener la esperanza (Rincón y González, 1998).

En consecuencia, el objetivo de la presente investigación fue determinar si hay depresión, ansiedad rasgo-estado y desesperanza aprendida en los pacientes con AR, así como sus niveles más frecuentes.

MÉTODO

Sujetos

La muestra estuvo formada por 60 pacientes con edades comprendidas entre 17 y 75 años en tratamiento en el Servicio de Reumatología del Hospital Juárez de México, con diagnóstico clínico de AR basado en los criterios del American College of Rheumatology (1995).

Instrumentos

Inventario de Depresión de Beck (IDB). El Inventario de Depresión de Beck (IDB, o BDI por sus siglas en inglés) es una medida de informe personal utilizada para identificar síntomas de depresión y cuantificar su gravedad en caso de presentarse, compuesta por 21 ítems distribuidos en cuatro frases diferentes de respuesta, a los que el sujeto les asigna un puntaje de acuerdo a su sintomatología. Determina de manera breve y rápida el grado de depresión (leve, mínimo, moderado y grave). Únicamente reporta el nivel y la sintomatología física y emocional. Posee un índice de confiabilidad alto (.89) y validez de construcción lógica.

Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) (Spielberger y Díaz-Guerrero, 2005). El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE, o STAI por sus siglas en inglés) son dos escalas separadas de

autoevaluación utilizadas para medir dos dimensiones de ansiedad: rasgo y estado. La escala de ansiedad-rasgo se refiere a las diferencias individuales relativamente estables en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes, con elevaciones en la intensidad. Consta de veinte ítems que se miden a través del método de escalamiento Likert con cuatro posibilidades de respuesta: casi nunca, algunas veces, frecuentemente y casi siempre; la ansiedad-estado es definida como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión o de aprensión subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo; la escala está constituida por veinte ítems con cuatro probables respuesta: no en lo absoluto, un poco, bastante y mucho. Las puntuaciones acerca de la validez concurrente de la escala ansiedad-rasgo se realizaron con las pruebas IPAT, obteniéndose una correlación de 0.75 a 0.77; con el Inventario de Ansiedad Manifiesta de Taylor, hallándose correlaciones de entre 0.79 y 0.83, y con la Lista de Adjetivos de Zuckerman, con la cual se obtuvieron correlaciones de 0.52 a 0.58 (Spielberger y Díaz-Guerrero, 2005).

Índice de Desesperanza en la Artritis (IDA, o AHI por sus siglas en inglés). Diseñado por Nicasio, Wallston, Callahan, Herbert y Pincus (1985), está compuesto por quince ítems tipo Likert con cuatro posibilidades de respuesta: total desacuerdo, desacuerdo, acuerdo y total acuerdo. El índice de confiabilidad alfa de Cronbach en la versión original norteamericana fue de 0.69, y de 0.65 en la versión colombiana.

Procedimiento

Para poder aplicar los instrumentos, los participantes debieron de firmar una carta de consentimiento en la que se les explicaba el objetivo del estudio. Posteriormente, con la ayuda de un psicólogo se les explicaron las instrucciones de cada uno de los instrumentos de manera individual, en condiciones y ayuda similares. El promedio de aplicación de los tres instrumentos fue de 25 minutos.

Se obtuvieron estadísticas descriptivas de las variables sociodemográficas con el objetivo de conocer las características generales de la muestra, hecho lo cual se calcularon la correlación de Pearson y la *t* de Student considerando las puntuaciones del IDB, IDARE e IDA.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se describen los datos sociodemográficos de los participantes. El nivel de estudios de mayor frecuencia en la población estudiada fue de primaria y secundaria. La prevalencia en el estado civil correspondió a las mujeres casadas, dedicadas en su mayoría a las actividades del hogar.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los participantes.

Datos socioeconómicos	F	%
Género		
Femenino	56	93
Masculino	4	7
Estudios		
Primaria	30	50
Secundaria	14	23.3
Preparatoria	12	20
Universidad	4	6.6
Estado civil		
Casada	39	65
Soltera	10	16.6
Divorciada	2	3.3
Separada	2	3.3
Viuda	1	1.6
Unión Libre	6	10
Trabajo		
Ama de casa	40	66.6
Otro trabajo	20	33.3
Edad	Media: 43 años	
Tiempo de diagnóstico	Media: 7 años	

En Tabla 2 se observan los porcentajes de cada pregunta del IDA. La media y la desviación estándar obtenidos indican una desesperanza aprendida baja.

Los resultados obtenidos con respecto a la depresión muestran que los niveles de depresión no fueron significativos (Tabla 3).

Tabla 2. Puntuaciones en el Índice de Desesperanza en la Artritis.

Ítems	Total desacuerdo	Desacuerdo	Total acuerdo	Acuerdo
1. La artritis controla mi vida.	38.3%	33.3%	13.3%	15.0%
2. Controlar la artritis es mi propia responsabilidad.	6.7%	10.0%	45.0%	38.3%
3. Puedo reducir mi dolor permaneciendo relajado y en calma.	11.7%	23.3%	36.7%	28.3%
4. Con mucha frecuencia el dolor me saca de mis casillas.	25.0%	36.7%	20.0%	18.3%
5. Si hago todas las cosas adecuadas puedo controlar mi artritis.	10.0%	8.3%	41.7%	40.0%
6. Puedo hacer muchas cosas para convivir con mi artritis.	3.3%	15.0%	46.7%	35.0%

Continúa...

7. Cuando se trata de controlar mi artritis, lo único que puedo hacer es lo que el médico me indica.	5.0%	13.3%	40.0%	41.7%
8. Cuando manejo bien mi vida personal mi artritis no se manifiesta tanto.	16.7%	10.0%	30.0%	43.3%
9. Tengo gran habilidad para controlar mi dolor.	18.3%	38.3%	26.7%	16.7%
10. Me sentiría indefenso si no pudiera contar con otras personas que me ayudan con mi artritis.	25.0%	25.0%	23.3%	26.7%
11. Sé con frecuencia cuándo se va agudizar la artritis.	28.3%	35.0%	20.0%	16.7%
12. Sin importar lo que haga o cuánto lo intente, parece que no puedo aliviar de mi dolor.	25.0%	36.7%	23.3%	15.0%
13. Estoy enfrentando la artritis de una manera efectiva.	5.0%	8.3%	46.7%	40.0%
14. Parece como si el destino y otros factores más allá de mi control afectarían mi artritis.	38.3%	45.0%	5.0%	11.7%
15. Quiero aprender tanto como pueda sobre la artritis.	1.7%	3.3%	46.7%	48.3%
Media = 40.43	Desviación estándar = 5.79			

Tabla 3. Puntuaciones en el Índice de Depresión de Beck.

Valor de prueba = 4						
	t	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
IDB	-16.822	59	0	-2.133	-2.,39	-1.88
Nivel de depresión				Porcentaje		
Depresión mínima				48.3%		
Depresión leve				23.3%		
Depresión moderada				21.6%		
Depresión severa				6.6%		

Los resultados obtenidos del IDARE muestran que los participantes manifiestan una ansiedad-rasgo en un nivel moderado de 55% y un nivel elevado de 45%, y en ansiedad-estado un nivel moderado

de 68.3% y un nivel elevado de 31.6%, encontrándose como dato significativo que los niveles de ansiedad van de moderado a elevado tanto en rasgo como en estado (Tabla 4).

Tabla 4. Puntuaciones en el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

Estado	Correlación de Pearson	1	0.32
	Sig. (bilateral)	.	0.013
Rasgo	Correlación de Pearson	0.32	1
	Sig. (bilateral)	0.013	.
Nivel de ansiedad	Moderado	68.3%	55%
	Elevado	31.6%	45%

La Tabla 5 muestra las correlaciones encontradas mediante el coeficiente de Pearson entre las diferentes variables evaluadas, encontrándose que cada uno de los ítems del IDA correlaciona de manera positiva con depresión en sus diferentes niveles y

con ansiedad-rasgo, pero no significativamente. Sin embargo, el ítem 9 se correlacionó de forma positiva con depresión mínima ($r = 0.047$, $p < 0.005$) y el ítem 12 con ansiedad-estado moderada y elevada ($r = 0.003$, $p < 0.001$).

Tabla 5. Correlaciones de preguntas con emociones.

Pregunta/ emoción	Ansiedad rasgo moderada	Ansiedad rasgo elevada	Ansiedad estado moderada	Ansiedad estado elevada	Depresión mínima	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión severa
Uno	0.876	0.876	0.190	0.190	0.905	.0932	0.631	0.640
Dos	0.378	0.378	0.787	0.787	0.882	0.505	0.286	0.290
Tres	0.425	0.425	0.893	0.893	0.897	0.894	0.452	0.387
Cuatro	0.111	0.111	0.791	0.791	0.272	0.901	0.146	0.978
Cinco	0.292	0.292	0.950	0.950	0.892	0.600	0.625	0.828
Seis	0.846	0.846	0.853	0.853	1.000	0.476	0.620	0.657
Siete	0.065	0.065	0.073	0.073	0.454	0.205	0.823	0.758
Ocho	0.352	0.352	0.619	0.619	0.246	0.169	0.779	0.596
Nueve	0.264	0.264	0.559	0.559	0.047	0.069	0.854	0.176
Diez	0.991	0.991	0.663	0.663	0.738	0.840	0.846	0.426
Once	0.670	0.670	0.213	0.213	0.273	0.667	0.941	0.122
Doce	0.501	0.501	0.003	0.003	0.375	0.226	0.687	0.282
Trece	0.962	0.962	0.968	0.968	0.634	0.990	0.944	0.227
Catorce	0.936	0.936	0.370	0.370	0.592	0.849	0.672	0.093
Quince	0.766	0.766	0.213	0.213	0.843	0.183	0.447	0.496

DISCUSIÓN

Considerar las variables sociodemográficas es de suma importancia puesto que favorecen la exacerbación y evolución de los síntomas en la AR, como la depresión y la desesperanza aprendida. Sin embargo, existen factores que actúan como amortiguadores. El primero es referente a la actividad laboral; la mayoría de los pacientes con AR estaba conformada por mujeres que laboraban en tareas domésticas, hecho que posiblemente evitó que apareciera el factor más importante de incapacidad laboral: la falta de autonomía en el trabajo, ya que un horario rígido es en muchos casos incompatible con la sintomatología causada por la AR. El segundo factor es el estado civil, pues más de la mitad de la muestra estaba constituida por casados, a diferencia del estudio de Danao, Padilla y Johnson (2001), donde 45.2% de la muestra de origen latinoamericano estaba formado por personas solteras o separadas. Con respecto al matrimonio, hay numerosos estudios que muestran que el estar casado es un predictor subjetivo de salud, mayor que cualquiera otra categoría de personas no casadas (Zung y cols., 2003). Hay una tendencia al incremento del número de casos de AR en hombres de edad mediana solteros y en mujeres separadas (Rodríguez-Marín, 2005).

Thacher y Haynes (2001) encontraron que la interacción social puede contribuir importante-mente a la disminución de los síntomas depresivos y del dolor, pues parece estar estrechamente vinculada a la situación social, cultural y económica de los pacientes, por lo que los resultados de este estudio coinciden con aquellos, al estar 65% de los pacientes con AR casados y manifestar el menor nivel de depresión.

En diferentes investigaciones hechas en pacientes con enfermedades crónicas, principalmente del género femenino, se han encontrado que el uso de estrategias de focalización en aspectos positivos de su vida parece indicar menores niveles de ansiedad y depresión, y se les ha asociado positivamente a la "resignación" (Rodríguez-Marín, 2005).

En este estudio se observó que los pacientes presentaron un nivel de desesperanza relativamente bajo y una depresión mínima, principalmente porque los síntomas depresivos, tales como la fatiga, disminución de peso, insomnio y desinterés, suelen asociarse al proceso de enfermedad. Es importante mencionar que la incapacidad creada por la AR se incrementa por lo general en los primeros años de diagnóstico, para posteriormente volverse más lenta al final de la vida del paciente. Tener un promedio de diez años desde el diagnóstico implicaría estar en un periodo refractario de

la enfermedad, muy posiblemente con un proceso de habituación a su sintomatología (Rodríguez-Marín, 2005), situación que es posible considerar aquí ya que el diagnóstico fue de siete años en la muestra evaluada. Otro aspecto a tomarse en cuenta es que con el avance en el área farmacéutica se han creado nuevos tratamientos que han permitido un mejor control de la sintomatología generada por la AR, lo que permite a los pacientes asimilar de diferente manera la evolución de la enfermedad, pues lo más común en ellos son los pensamientos fatalistas con respecto a los síntomas provocados por la AR, como inflamación articular, destrucción articular con deformación e incapacitación, dolor artrítico con ritmo inflamatorio persistente incrementado con el reposo, empeoramiento nocturno que interfiere con el sueño, aparición de nódulos reumatoides, vasculitis, neuropatías, pericarditis, linfadenopatías y esplenomegalias, lo que genera un proceso continuo de ansiedad. Al respecto, Smedstad y cols. (1996) encuentran la ansiedad como un fuerte predictor del dolor autoinformado en pacientes con AR, lo que aparece en el presente estudio al encontrarse que los pacientes con AR realizan acciones como hacer ejercicio, acudir al médico, tomar sus medicamentos y llevar a cabo la rehabilitación física; sin embargo, no pueden aliviar su dolor y, en consecuencia, expresan sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos, obteniéndose así obtuvo una correlación positiva de ansiedad y dolor.

Los pacientes reportan sentirse responsables para controlar su enfermedad, pero las acciones que llevan a cabo solo consisten en seguir las in-

dicaciones médicas, sin buscar más alternativas; tienen la disposición de aprender todo lo relacionado con la enfermedad, pero siempre y cuando alguien más se los proporcione. En relación a sus recursos de afrontamiento, se halló que son en su mayoría de tipo pasivo: cuando el paciente tiene alguna duda sobre su enfermedad no siempre la verbaliza, pero aprende indirectamente al observar y platicar con los demás pacientes; por lo tanto, solo maneja esa información, sin investigar más sobre su problema.

A partir de lo expuesto, es necesario hacer algunas consideraciones finales con el objetivo de modificar las estrategias de afrontamiento que pueden llevarse a cabo a través de difusión de información sobre la AR, sus causas y consecuencias, alternativas terapéuticas donde se les enseñe el control interno a través de técnicas cognitivo-conductuales, como la respiración diafragmática y la relajación, así como otras técnicas psicológicas para reducir la ansiedad y la depresión que aparecen con el incremento del dolor. Con base en los resultados, se sugiere realizar estudios posteriores relacionados con la depresión, pero en diferentes momentos del proceso de la AR, principalmente ante el diagnóstico, para conocer su impacto y las creencias que induce. De igual manera, conocer las características de personalidad de los pacientes con AR, toda vez que en la presente investigación se obtuvo una ansiedad-rasgo de moderada a elevada, lo que indica una disposición o característica de respuesta personal ante un estímulo ansiógeno, que depende en gran medida de diferencias individuales relativamente estables.

REFERENCIAS

- Abramson, L., Seligman, M. y Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Affleck, F., Tennen, H. y Urrows, S. (1991). Individual differences in the day-to-day experience of chronic pain: a prospective daily study of rheumatoid arthritis patients. *Health Psychology*, 10, 419-426.
- American College of Rheumatology (1995). American College of Rheumatology preliminary definition of improvement in rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 38(6), 727-735.
- Burns, J.W. (1997). Anger management style and hostility: predicting symptom-specific physiological reactivity among chronic low back pain patients. *Journal of Behavioural Medicine*, 20, 505-522.
- Cadena, J., Vinaccia, S. y Pérez, A. (2003). The impact of disease activity on the quality of life, mental health status, and family dysfunction in Colombian patients with rheumatoid arthritis. *British Journal of Clinical Rheumatology*, 9, 142-150.
- Danao, Ll., Padilla, G. y Jonhson, D.A. (2001). An English and Spanish quality of life measure for arthritis. *Arthritis Care Research*, 45, 167-173.
- Devellis, B.M. (1993). Depression in rheumatological diseases. *Baillere's Clinical Rheumatology*, 7, 241-255.

- Dowdy, S.W., Dwyer, K.A., Smith, C.A. y Wallston, K.A. (1996). Gender and psychological well-being of persons with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Research*, 9, 449-456.
- Hagglund, K.J., Haley, W.E., Reveille, J.D. y Alarcón, G.S. (1989). Predicting individual differences in pain and functional impairment among patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 32, 851-858.
- Hatch, J.P., Schoenfeld, L.S. y Boutros, N. (1991). Anger and hostility in tension-type headache. *Headache*, 31, 302-304.
- Huysen, B.A. y Parker, J.C. (1999). Afectividad negativa y dolor en las enfermedades reumáticas. En *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 25, 112-119.
- Katz, P.P. y Yelin, E.H. (2002). Prevalence and correlates of depressive symptoms among persons with rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology*, 20, 790-796.
- Keefe, F.J. y Bonks, V. (1999). Psychosocial assessment of pain in patients having rheumatic diseases. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 25, 81-103.
- Keefe, F.J. y Smith, S.J. (2002). Recent advance and future directions in the biopsychosocial assessment and treatment of arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 640-655.
- Kerns, R.D., Rosenberg, R. y Jacob, M.C. (1994). Anger expression and chronic pain. *Journal of Behavioural Medicine*, 17, 57-67.
- López, B., Rincón, H., Castellanos, J. y González, H. (1993). El perfil de minusvalía como medida de la calidad de vida en pacientes reumáticos. *Revista Colombiana de Reumatología*, 1, 91.
- Moran, M.G. (2005). *Psychological factors affecting medical conditions*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Nicassio, P.M., Wallston, K.A., Callahan, L.F., Herbert, M. y Pincus, T. (1985). The measurement of helplessness in rheumatoid arthritis: The development of the Arthritis Helplessness Index. *Journal of Rheumatology*, 12, 462-467.
- Parker, J.C. y Wright, G.E. (2005). The implications of depression for pain and disability in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Research*, 8, 279-283.
- Revenson, T.A. (1993). The role of social support with rheumatic disease. *Baillere's Clinical Rheumatology*, 7, 377-396.
- Rincón, H. y González, H. (1998). Artritis reumatoide: una visión integral de sus efectos y manejo. *Médica Colombiana*, 113-127.
- Ryumachi, H.A. (2002). A multicenter cross-sectional study on the health related quality of life of patients with rheumatoid arthritis using a revised Japanese version of the arthritis impact measurement scales version 2 (aims 2), focusing on the medical care costs and their associative. *Multicenter Study*, 42, 23-39.
- Rodríguez-Marín, J. (2005). *Psicología de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Seligman, M. (1975). *Indefensión*. Madrid: Debate.
- Smedstad, L.M., Mount, T. y Vaglum, P. (1996). The impact of early rheumatoid arthritis on psychological distress. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 25, 377-382.
- Smedstad, L.M., Vaglum, P. y Kvien, T.K. (1997). The relationship between self-reported pain and socio-demographic variables, anxiety and depressive symptoms in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 22, 514-520.
- Spielberger, Ch. y Díaz-Guerrero, R. (2005). *I. D. A. R. E*. México: El Manual Moderno.
- 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.
- Thacher, I. y Haynes, S.N. (2001). A multivariate time series regression study of pain, depression symptoms, and social interaction in rheumatoid arthritis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 159-180.
- Villaverde G., V. y Balsa C., A. (2002). Factores pronósticos de la artritis reumatoide. *Revista Española de Reumatología*, 1, 10-15.
- Young, L.D. (1992). Psychological factors in rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 619-627.
- Zung, W., Broodheal, E. y Roth, M. (2003). Prevalence of depressive symptoms in primary care. *Family Practice*, 3, 337-338.