

Impacto de la ansiedad en pacientes con Artritis Reumatoide: una revisión narrativa.

Impact of anxiety in patients with Rheumatoid Arthritis: a narrative review.

Zilleruelo, Rosario ⁽¹⁾; Balart, Gonzalo ⁽²⁾; Mena, Catalina ⁽³⁾; Rodríguez-Alvarado, Alejandra ⁽⁴⁾

Resumen

Introducción: La Artritis Reumatoide (AR), una enfermedad crónica que afecta las articulaciones, con una prevalencia mundial entre el 0,3 y 5%. Esta provoca dolor físico e incide en la salud mental. Entre el 26 y el 46% de los pacientes experimentan síntomas ansiosos, generando un impacto significativo en la calidad de vida y en el manejo de la enfermedad crónica.

Objetivo: Analizar el impacto de la ansiedad en la artritis reumatoide.

Métodos: Se realizaron búsquedas electrónicas en bases de datos como PubMed, Medline, Scielo, LILACS y Google Académico para cada uno de los apartados de esta revisión. Se incluyeron estudios primarios y secundarios publicados en inglés o español.

Resultados: Los niveles de ansiedad en pacientes con Artritis Reumatoide (AR) no solo impactan, sino que también predicen su calidad de vida. Se establece una correlación entre la AR y factores psicológicos, incluida la depresión, evidenciando que la ansiedad influye en la respuesta al tratamiento y en la percepción del dolor, intensificándolo y limitando la funcionalidad. Estrategias de afrontamiento, como el manejo del comportamiento y las emociones, la resiliencia y diversas intervenciones psicológicas, se han explorado en estudios para mejorar la gestión de la ansiedad en pacientes con AR.

Palabras claves: Ansiedad, Artritis Reumatoide, Calidad de Vida, Dolor Crónico

Abstract

Introduction: Rheumatoid Arthritis (RA), a chronic disease that affects the joints, with a worldwide prevalence between 0.3 and 5%. This causes physical pain and affects mental health. Between 26 and 46% of patients experience anxious symptoms, generating a significant impact on quality of life and the management of chronic disease.

Objective: To analyze the impact of anxiety on rheumatoid arthritis.

Method: Electronic searches were carried out in databases such as PubMed, Medline, Scielo, LILACS and Google Scholar for each of the sections of this review. Primary and secondary studies published in English or Spanish were included.

Results: Anxiety levels in patients with Rheumatoid Arthritis (RA) not only impact, but also predict, their quality of life. A correlation is established between RA and psychological factors, including depression, showing that anxiety influences the response to treatment and the perception of pain, intensifying it and limiting functionality. Coping strategies, such as behavior and emotion management, resilience, and various psychological interventions, have been explored in studies to improve anxiety management in patients with RA.

Keywords: Anxiety, Rheumatoid Arthritis, Quality of life, Chronic Pain

(1) Psicóloga, Centro del Dolor Chile.

(2) Alumno practicante, Centro del Dolor Chile.

(3) Alumna practicante, Centro del Dolor Chile.

(4) Psicóloga y Directora Centro del Dolor Chile, Licenciada en Psicología, Magíster en Psicología Clínica, Doctorada (c) en Psicología.

Introducción:

La Artritis Reumatoidea (AR) es definida como un trastorno sistémico crónico de etiología desconocida (1). La cual, causa deformaciones músculo esqueléticas debilitantes debidas a la destrucción de tejido articular y erosión ósea. A nivel mundial, la AR tiene una prevalencia entre el 0,3% y el 5% de la población mundial (2) y mientras tanto, en Chile, el último estudio a nivel poblacional determinó que, la prevalencia de la AR es del 0,46% de la población (3). Y la última encuesta de dolor crónico no oncológico realizada en Chile señala una prevalencia de 8,8% según la distribución de etiologías de dolor crónico (4).

Los estudios han evidenciado que el 26-46 % de los pacientes con AR tienen síntomas de ansiedad (5). La ansiedad puede tener un impacto significativo en estos pacientes debido a la interacción compleja entre los aspectos físicos y emocionales de esta enfermedad (6). Estos presentan peores resultados de salud, incluida una mala adherencia a la medicación, peor respuesta al tratamiento, costos médicos más altos, alta mortalidad y menor calidad de vida (5).

La presencia de ansiedad en estos pacientes puede deteriorar la calidad de vida, ya que genera preocupación constante y anticipación al dolor, limitando la participación en actividades diarias y sociales (7).

Además, la ansiedad puede influir en la respuesta al tratamiento, ya que altos niveles de estrés y ansiedad pueden dificultar la adherencia a los medicamentos y disminuir la eficacia del tratamiento (8).

Otro aspecto relevante es la percepción de dolor de estos pacientes, haciendo que esta enfermedad sea más debilitante. La ansiedad puede aumentar la sensibilidad al dolor en las personas con AR (9). Los niveles elevados de ansiedad pueden hacer que el dolor físico se sienta más intenso y limitante, lo que puede afectar la calidad de vida de los pacientes (10).

Sin embargo, existen estrategias de afrontamiento efectivas como aquellas estrategias de manejo del comportamiento y de las emociones ya que tienden a cultivar la resiliencia (11), y que pueden ayudar a reducir los niveles de ansiedad y mejorar la calidad de vida en pacientes con AR (12). También las intervenciones psicológicas juegan un papel importante en el manejo multidisciplinario de la enfermedad, brindando apoyo emocional, educación sobre la enfermedad y promoviendo la adherencia al tratamiento. Estas van desde técnicas de respiración y relajación como el mindfulness, hasta técnicas más tradicionales abordadas desde el modelo cognitivo conductual, que se ha evidenciado que es un enfoque efectivo para trabajar los factores psicológicos asociados al dolor crónico (13).

Existen una gran variedad de cuestionarios y escalas para evaluar e identificar la presencia de esta. En general, estos son aplicados en pacientes hospitalarios, donde en la mayoría de los casos se observa presencia de ansiedad, la cual está ligada a un impacto en la calidad de vida y en el desarrollo de la enfermedad.

Durante la búsqueda de información revisada se evidencia que Chile carece de estudios y revisiones narrativas específicas. Esta revisión busca abordar esta brecha y contribuir a la importancia del tratamiento de salud mental, proporcionando bases para intervenciones más integrales, mejorar la comprensión y el manejo de la AR en Chile, beneficiando a los pacientes y a la atención médica en general.

Por esta razón, el objetivo de esta revisión es analizar el impacto de la ansiedad en pacientes con AR.

Método:

Se realizaron búsquedas electrónicas en bases datos como PubMed, Medline, Scielo, LILACS y Google Académico. Los términos clave, en inglés y español, que fueron utilizados para la realización de esta revisión narrativa fueron: “rheumatoid arthritis” y “anxiety” se combinaron con términos como: “quality of life”, “coping”, “psychological intervention”. Se incluyeron estudios primarios y secundarios publicados en inglés o español.

Impacto en la percepción del dolor:

El dolor crónico es definido como una experiencia sensorial, representada por la percepción y vivencia cognitiva y conductual de este, exponiendo que es una experiencia subjetiva y compleja, que se vincula con cogniciones, emociones y conductas (14). Se ha estudiado la asociación significativa entre la gravedad de los trastornos psiquiátricos y la percepción del dolor, evidenciándose el impacto de los síntomas depresivos y de ansiedad en la discapacidad funcional y la percepción del dolor de los pacientes con AR (15).

La percepción del dolor en la AR tiene un carácter subjetivo y personal, puesto a que el padecimiento y el sufrimiento con relación al dolor en los pacientes se va modificando durante el transcurso de la enfermedad, generando un impacto en la vida cotidiana y en su nivel de intensidad (16, 17). Además, se ha estudiado que la ansiedad tiene efectos directos más fuertes sobre el dolor en estos pacientes (9).

Estudios demuestran que no basta con medir la intensidad del dolor, es necesario evaluar en profundidad otros aspectos, como la percepción y el afrontamiento del dolor. Cabe orientar su manejo y de la enfermedad considerando, de manera individualizada, diferentes factores y aspectos más allá de su localización, distribución, duración, periodicidad o cualidad (18, 19).

Cuestionarios para medir la ansiedad en pacientes con AR

Según la revisión de la literatura, se observaron distintos cuestionarios y/o escalas enfocadas en medir la ansiedad de pacientes con AR, de manera que se logre identificar la presencia de esta (Tabla 1)

Tabla 1: Cuestionarios para medir la ansiedad en pacientes con AR.

Autor/año	Cuestionario	Características
Zigmond & Snaith (1983). (20)	The hospital anxiety and depression scale (HADS).	Cuestionario de salud que evalúa ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados. 14 preguntas en total, divididas en dos subescalas que una es para evaluar depresión y la otra ansiedad.
Beck et al. (1988) (21)	Escala de ansiedad de Beck.	Cuestionario que evalúa la ansiedad en pacientes. Consiste en 21 preguntas, desde un rango moderado en el puntaje se sugiere una derivación psiquiátrica.
Goldberg et al., (1987) (22)	Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg	Cuestionario de 18 ítems con dos subescalas. Permite evaluar la existencia de ansiedad y/o depresión.
Johnson JA, Coons SJ, Ergo A & Szava-Kovats G (1998) (23)	EQ-5D	Cuestionario que describe el estado de salud. Cinco preguntas que evalúan en el ámbito de la salud: movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Segunda parte escala visual analógica (EVA).
Hamilton, M. (1959). (24)	Escala de Ansiedad de Hamilton	Cuestionario que contiene 14 ítems, el cual permite identificar el grado de ansiedad que tiene una persona, considerando sintomatología psíquica y somática.

Fuente: Elaboración propia.

Impacto de la ansiedad en la calidad de vida: Estrategias de afrontamiento en el manejo de la ansiedad: Impacto de la ansiedad en la adherencia al tratamiento:

La calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto cultural y sistema de valores en los que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (25). Sin dejar de lado factores tanto psicológicos como ambientales que pueden influir en el bienestar del individuo (7).

Parte del rol de la psicología en la intervención del dolor crónico es ayudar a los pacientes a mejorar su calidad de vida (26) a través del manejo de los diferentes factores psicológicos involucrados, siendo la ansiedad parte de estos (27), debido a que la calidad de vida es uno de los costos sanitarios asociados al dolor crónico no oncológico (28).

Estudios confirman que los niveles de ansiedad impactan y predicen en la calidad de vida de los pacientes con AR (7, 29). Sumado a esto, se plantea la correlación entre la AR y factores psicológicos, destacando la depresión y ansiedad (30).

Un estudio exploratorio sobre pacientes con AR revela que estos pacientes no solo presentan síntomas de ansiedad y depresión, sino que también tienen peores resultados de salud, incluida una mala adherencia a la medicación, peor respuesta al tratamiento, costos médicos más altos, alta mortalidad y menor calidad de vida (5).

Igualmente, una investigación en pacientes con AR que se encuentran hospitalizados subraya que, al evaluar los factores psicológicos como ansiedad y depresión, no solo tienen una presencia de estos, sino también que ambos están estrechamente relacionados, donde la presencia de uno aumenta significativamente la probabilidad de la comorbilidad (29).

Así también se expone que estos pacientes experimentan síntomas psicológicos como ansiedad, trastornos del sueño, fatiga, interferencia del dolor e hinchazón, con un impacto negativo en diversos aspectos de la calidad de vida (31).

Diferentes estudios concluyen que los trastornos del estado del ánimo deben abordarse para mejorar la calidad de vida pacientes con AR (29, 32, 33) y la importancia de un enfoque multidisciplinario para gestionar los múltiples factores que influyen en la calidad de vida de estos individuos (33).

Incluso se ha estudiado en estos pacientes que el deterioro de la capacidad para realizar actividades de la vida diaria, el dolor, el reconocimiento y la autoevaluación de la enfermedad se relacionaron con los síntomas de ansiedad y depresión, recalando la importancia de reducir estos síntomas en pacientes con AR (34).

Es por ello, que se plantea que el malestar psicológico tiene un carácter fundamental en los pacientes con este tipo de diagnóstico, resultando fundamental abordar estas temáticas con el fin de mejorar la calidad de vida de estos pacientes (30).

Estrategias de afrontamiento en el manejo de la ansiedad:

Las estrategias de afrontamiento son herramientas o recursos que el sujeto desarrolla para hacer frente a demandas específicas, externas o internas (35). La investigación actual ha demostrado que las estrategias de afrontamiento en este tipo de pacientes tienen un carácter fundamental ya que la manera de enfrentarse a un diagnóstico de esta índole permitiría una mayor adaptación en el diario vivir (12, 36). Además, se ha observado que las estrategias de afrontamiento del dolor son un factor potencial determinante de la ansiedad y depresión (12, 37).

Por otro lado, vivir con AR, a pesar de las dificultades asociadas con las enfermedades crónicas, puede representar un "campo de entrenamiento" para desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas y resilientes frente a las adversidades de la vida (38).

También se ha demostrado que los pacientes que usan una combinación de estrategias de manejo del comportamiento y de las emociones tienden a cultivar la resiliencia (11). Se ha evidenciado la relación inversa que existe entre la resiliencia y los síntomas de depresión o ansiedad (12, 37, 38). También se ha investigado que los pacientes con enfermedades reumáticas podrían ser más resilientes que la población general frente a eventos globales inesperados que generan estrés y ansiedad. (38). Los pacientes con AR adquieren resiliencia en un proceso dinámico de aprendizaje en respuesta a nuevos desafíos. Estos usan una combinación de estrategias de manejo del comportamiento y de las emociones para cultivar la resiliencia (11).

Con respecto a las estrategias más utilizadas en el manejo de la ansiedad en pacientes con AR, las estrategias de afrontamiento basadas en las emociones fueron mayores en pacientes femeninos, mientras que las estrategias de afrontamiento basadas en la búsqueda de apoyo social fueron mayores en pacientes masculinos con AR, teniendo un impacto negativo en estos pacientes (39).

En este contexto un estudio reciente ha evidenciado que las estrategias de afrontamiento del estrés más utilizadas entre los pacientes con AR fueron el afrontamiento activo, la planificación y la aceptación (40). Este mismo estudio expone que al examinar la relación entre las estrategias de afrontamiento del estrés y el índice DAS28, encontraron que a medida que aumentaba el índice DAS28, los pacientes con AR tenían más probabilidades de utilizar una estrategia de negación (40).

Finalmente, no está claro qué grupo de estrategias para tratar los síntomas de ansiedad y depresión serán efectivos en una etapa particular de la enfermedad, pero, es importante poder adaptarse a las condiciones cambiantes, incluido el uso flexible de esas estrategias. Por estas razones, parece especialmente importante desarrollar la resiliencia mental en este grupo de pacientes, independientemente del método de tratamiento elegido. (12)

Impacto de la ansiedad en la adherencia al tratamiento:

La adherencia al tratamiento es el grado en que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas por el prescriptor (41) y se ha estudiado que los problemas de salud mental comórbidos en pacientes con AR se asocian con una adherencia reducida a la terapia y que la ansiedad puede afectar la respuesta al tratamiento de la AR (42). Los niveles elevados de ansiedad pueden interferir con la adherencia al tratamiento, eficacia de los medicamentos y afectar la recuperación física (43)

Sumado a esto, se menciona que los pacientes ansiosos o deprimidos, tienen una mayor tendencia al abandono de los tratamientos farmacológicos y de las medidas de autocuidado, de manera que pierden control ante la enfermedad, de esta manera se evidencia que las manifestaciones neuropsiquiátricas como la ansiedad y depresión forman parte de la afectación sistémica de la enfermedad o del daño psicológico resultante de una enfermedad crónica (44).

Asimismo, se observa que los síntomas ansiosos son más frecuentes en pacientes con este tipo de diagnóstico, lo cual trae consecuencias en cuanto a peores resultados de salud, incluyendo una mala adherencia al tratamiento farmacológico, costos médicos altos, alta mortalidad y menor calidad de vida. Por tanto, es relevante evaluar los factores de riesgo asociados a generar sintomatología ansiosa para así incorporar los factores psicológicos al tratamiento de estos pacientes, generando una mayor adherencia por su parte (5).

Por el contrario, aunque las características de las enfermedades reumáticas indican que afectan negativamente la salud mental de estos pacientes, existen estudios que afirman que el tratamiento biológico tiene resultados positivos en términos de depresión y ansiedad (42).

Tabla 2: Intervenciones psicológicas en el manejo de la ansiedad en pacientes con AR.

Autor y Año	Objetivo	Tipo de Intervención	Edades	Duración/Tiempo de la intervención	Resultados
Patoni Maldonado et al. (2021) (45)	Evaluar el efecto de la atención plena compasiva (APC) en la disminución de la percepción del dolor, sintomatología ansiosa y reactividad fisiológica ante estresores de pacientes con diagnóstico de AR	Atención plena compasiva (APC)	Edad promedio de 54.6 años	Zigmond & Snaith (1983). (20)	En cuanto a la sintomatología ansiosa, no se logró una reducción significativa aún cuando cuatro de las seis participantes disminuyeron sus síntomas
Blaney et al. (2021) (13)	Evaluar la viabilidad y los impactos preliminares en la salud (mental y física) de una intervención de salud mental en línea no asistida por un terapeuta dirigida a la ansiedad en esta población.	Cognitivo conductual	Edad media era de 57 años	Beck et al. (1988) (21)	Se encontró mejoras a los tres meses de seguimiento para la ansiedad, la depresión y la fatiga, y las mejoras en la ansiedad y la depresión demostraron un cambio significativo inmediatamente después del tratamiento
Dalili et al. (2019) (46)	Evaluar la eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena (MBCT) sobre la percepción de la enfermedad (IP) y los síntomas psicológicos (PS) para pacientes en atención primaria con un síntoma activo de artritis reumatoide (AR).	Terapia cognitiva basada en la atención plena (MBCT)	Sin datos	Goldberg et al., (1987) (22)	MBCT es efectivo en IP y síndrome psicológico y puede usarse como un método MBI para reducir las percepciones de enfermedad en personas con AR. MBCT como una intervención prometedora para tratar la ansiedad y los problemas del estado de ánimo.
Hutson et al., (2022) (47)	Examinar la viabilidad de ofrecer la intervención basada en el bienestar ("KickStart30") en pacientes con AR	Versión más breve de 30 días del programa WILD 5 llamada "KickStart30" (intervención holística de autogestión del bienestar)	Edades entre 18 o más.	Johnson JA, Coons SJ, Ergo A & Szava-Kovats G (1998) (23)	Mejoras adicionales en la discapacidad, el estado de ánimo, la ansiedad, el sueño y la salud específicos de la AR. funcionamiento cognitivo y físico auto informado.
Amanullah et al. (2021) (48)	Conocer el efecto de la inducción de emociones positivas como intervención complementaria sobre el dolor y la discapacidad asociados a la AR.	Intervención psicológica breve (PEI)	Edades entre 40 y 50 años	Hamilton, M. (1959). (24)	Se observó diferencia estadísticamente significativa en pre y post test en la puntuación de HAQ-VAS, HAM-A, y HAM-D. Se necesitan más estudios para explorar el uso clínico de la PEI para la intervención en la AR.

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

Esta revisión literaria tuvo como objetivo indagar y describir el impacto existente de la ansiedad en pacientes con AR, de manera que se evidencian las consecuencias que presenta este factor psicológico en la calidad de vida de este diagnóstico. Sin embargo, existen estrategias de afrontamiento e intervenciones psicológicas que pueden ayudar a reducir los niveles de ansiedad y mejorar la calidad de vida en estos pacientes.

Es importante que los profesionales de la salud enfoquen su atención no solo en el manejo de los síntomas físicos de la AR, sino también en la salud mental de los pacientes. Un enfoque multidisciplinario que incluya intervenciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y promoción de la resiliencia puede ser beneficioso para el manejo integral de la enfermedad.

Además, se necesita más investigación en este campo para comprender mejor la relación entre la ansiedad y la AR, así como la efectividad de diferentes intervenciones psicológicas en el manejo de la ansiedad en estos pacientes. Esto permitirá desarrollar enfoques más precisos y personalizados para abordar las necesidades de salud mental de los pacientes con AR y mejorar su calidad de vida.

Por otra parte, es fundamental ahondar acerca de los factores de riesgo que pueden traer consigo al surgimiento de sintomatología ansiosa o depresiva en estos pacientes, de manera que, al tener noción de estos, se pueda incluir el apoyo psicológico y/o tratamiento farmacológico para así mejorar la adherencia al tratamiento.

Limitaciones:

Para la revisión narrativa en el contexto de la búsqueda de información a nivel nacional, se observaron diversas debilidades y poca representatividad en cuanto a la evidencia presentada, en primer lugar, Chile demuestra una escasa información en cuanto a la AR y su prevalencia como tal, contando con ciertas estadísticas y datos desactualizados, los cuales fueron recopilados por última vez el año 2017 en el censo. También, las investigaciones de AR en su mayoría, la ansiedad viene acompañada de cuadros depresivos en su análisis concreto de investigación con pacientes, lo cual puede entenderse como un sesgo de selección en relación con la representatividad. Por otra parte, es importante considerar la metodología y la calidad que se incluyeron en la revisión narrativa presente, ya que, si los estudios tienen diseños o tamaños de muestra diferentes, esto puede afectar la validez de los resultados y las conclusiones.

Referencias Bibliográficas

- Organización Mundial de la Salud. (1992). Enfermedades Reumáticas. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39682/9243208160_spa.pdf;sequence=1
- Zlatković-Švenda, Mirjana I.; Stojanović, Roksanda M.; Šipetić-Grujičić, Sandra; Guillemin, Francis (2014). Prevalence of rheumatoid arthritis in Serbia. *Rheumatology International*, 34(5), 649–658.
- Ministerio de Salud de Chile. (2014). Guía clínica AUG: Artritis Reumatoide (Series guías clínicas MINSAL). <http://www.bibliotecaminsa.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Artritis-Reumatoidea-1.pdf>
- Almirón Santacruz, J. (2023). Ansiedad, depresión y vulnerabilidad al estrés en personas con diagnóstico de artritis reumatoide: un estudio exploratorio del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción. *Anales. Universidad Nacional de Asunción. Facultad de Ciencias Médicas*, 56(1), 58–67. <https://doi.org/10.18004/anales/2023.056.01.58>
- De Cock, D., Doumen, M., Vervloesem, C., Van Breda, A., Bertrand, D., Pazmino, S., Westhovens, R., & Verschuere, P. (2022). Psychological stress in rheumatoid arthritis: a systematic scoping review. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 55(152014), 152014. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2022.152014>
- Ribeiro, A. A., Cunha, M., Monteiro, P., Nunes, D., Rodrigues, R., Assis, C., & Henriques, M. A. (2022). Determinantes psicológicos da qualidade-de-vida em pessoas com artrite reumatóide. *Acta Paulista de Enfermagem*, 35. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022ao0384345>
- Geng, Y., Gao, T., Zhang, X., Wang, Y., & Zhang, Z. (2022). The association between disease duration and mood disorders in rheumatoid arthritis patients. *Clinical Rheumatology*, 41(3), 661–668. <https://doi.org/10.1007/s10067-021-05967-2>
- Smith, B. W., & Zautra, A. J. (2008). The effects of anxiety and depression on weekly pain in women with arthritis. *Pain*, 138(2), 354–361. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.01.008>
- Matcham, F., Norton, S., Scott, D. L., Steer, S., & Hotopf, M. (2016). Symptoms of depression and anxiety predict treatment response and long-term physical health outcomes in rheumatoid arthritis: secondary analysis of a randomized controlled trial. *Rheumatology (Oxford, England)*, 55(2), 268–278. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kev306>
- Shaw, Y., Bradley, M., Zhang, C., Dominique, A., Michaud, K., McDonald, D., & Simon, T. A. (2020). Development of resilience among rheumatoid arthritis patients: A qualitative study. *Arthritis Care & Research*, 72(9), 1257–1265. <https://doi.org/10.1002/acr.24024>
- Ziarko, M., Siemiątkowska, K., Sieński, M., Samborski, W., Samborska, J., & Mojs, E. (2019). Mental health and rheumatoid arthritis: Toward understanding the emotional status of people with chronic disease. *BioMed Research International*, 2019, 1473925. <https://doi.org/10.1155/2019/1473925>
- Blaney, C., Hitchon, C. A., Marrie, R. A., Mackenzie, C., Holens, P., & El-Gabalawy, R. (2021). Support for a non-therapist assisted, Internet-based cognitive-behavioral therapy (iCBT) intervention for mental health in rheumatoid arthritis patients. *Internet Interventions*, 24(100385), 100385. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100385>
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *The British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50–55
- Pérez Fuentes, J. (2020). Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 27 (4), 232–233. Epub 13 de octubre de 2020. <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2020.3839/2020>
- Jamshidi, A.-R., Banihashemi, A. T., Paragomi, P., Hasanazadeh, M., Barghamdi, M., & Ghoroghi, S. (2016). Anxiety and depression in rheumatoid arthritis: an epidemiologic survey and investigation of clinical correlates in Iranian population. *Rheumatology International*, 36(8), 1119–1125. <https://doi.org/10.1007/s00296-016-3493-4>
- Battán Horenstein, A. (2019). Fenomenología del dolor. *Isegoria*, 60, 69. <https://doi.org/10.3989/isegoria.2019.060.04>
- Solis, A. B. (2023). Dolor crónico: Representaciones, experiencias y prácticas. Instituto Nacional de Antropología e Historia.

18. Fraga, M. M., Terrieri, M. T., Azevedo, R. T., Hilário, M. O. E., & Len, C. A. (2019). Percepção e enfrentamento da dor em crianças e adolescentes com fibromialgia juvenil e artrite idiopática juvenil poliarticular. *Revista paulista de pediatria: orgão oficial da Sociedade de Pediatria de São Paulo*, 37(1), 11–19. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2019;37;1;00006>
19. Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
20. Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
21. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. (1987). Dimensions of neurosis seen in primary care settings. *Psychological Medicine*, 17, 461–470 Johnson JA, Coons SJ, Ergo A & Szava-Kovats G (1998)
22. Johnson JA, Coons SJ, Ergo A, Szava-Kovats G. Valuation of EuroQol (EQ-5D) health states in an adult US sample. *Pharmacoeconomics* 1998; 13: 421–433.
23. Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *The British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50–55
24. Grupo de Evaluación de la Calidad de Vida de la OMS . (1996). ¿Qué calidad de vida?. *Foro mundial de la salud* 1996; 17(4): 385–387 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>
25. Castelnuovo, G., & Schreurs, K. M. G. (2019). Editorial: Pain management in clinical and health psychology. *Frontiers in Psychology*, 10, 1295. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01295>
26. González, M. (2014). Dolor Crónico y Psicología: Actualización. *Revista Médica Cl*, 25(4), 610–617.
27. DiRenzo, D. D., Craig, E. T., Bingham, C. O., Iii, & Bartlett, S. J. (2020). Anxiety impacts rheumatoid arthritis symptoms and health-related quality of life even at low levels. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 38(6), 1176–1181.
28. Larice, S., Ghiggia, A., Di Tella, M., Romeo, A., Gasparetto, E., Fusaro, E., Castelli, L., & Tesio, V. (2019). Pain appraisal and quality of life in 108 outpatients with rheumatoid arthritis. *Scandinavian Journal of Psychology*, 61(2), 271–280. <https://doi.org/10.1111/sjop.12592>
29. Iaquina, F. S., Mauro, D., Pantano, I., Naty, S., Iacono, D., Gaggiano, E., Riccio, L., Ciccio, F., Grembiale, R. D., & Spagnuolo, R. (2023). Gastrointestinal symptoms impact psychosocial function and quality of life in patients with Rheumatoid Arthritis and Spondyloarthritis: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Medicine*, 12(9). <https://doi.org/10.3390/jcm12093248>
30. Katchamart, W., Narongroeknawin, P., Chanapai, W., Thaweerattakul, P., & Srismunuek, A. (2020). Prevalence of and factors associated with depression and anxiety in patients with rheumatoid arthritis: A multicenter prospective cross-sectional study. *International Journal of Rheumatic Diseases*, 23(3), 302–308. <https://doi.org/10.1111/1756-185X.13781>
31. Boussaid, S., Jeriri, S., Rekik, S., Hannech, E., Jemmali, S., Cheour, E., Sahli Srairi, H., & Elleuch, M. (2022). Influencing factors in Tunisian Rheumatoid arthritis patients' Quality of life: burden and Solutions. *Current Rheumatology Reviews*, 19. <https://doi.org/10.2174/1573397119666221118143624>
32. Uda, M., Hashimoto, M., Uozumi, R. et al. Factores asociados a la ansiedad y depresión en pacientes con artritis reumatoide: un estudio transversal. *Adv Rheumatol* 61, 65 (2021). <https://doi.org/10.1186/s42358-021-00223-2>
33. Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Nueva York: Springer
34. Becerril Viera, I., & Rivera, J. (2022). Estrategias de afrontamiento emocional en personas que padecen dolor crónico no oncológico y en quienes las cuidan. *Encrucijadas. Revista Crítica De Ciencias Sociales*, 22(3), 2203. <https://recyt.fecyt.es/index.php/encrucijadas/article/view/91777>
35. Mhaske, R. (2022). Pain anxiety, affect, coping and resilience among rheumatoid arthritis patients. *Psychological Applications and Trends*.
36. Ciaffi, J., Brusi, V., Lisi, L., Mancarella, L., D'Onghia, M., Quaranta, E., Bruni, A., Spinella, A., Giuglioli, D., Landini, M. P., Ferri, C., Meliconi, R., & Ursini, F. (2020). Living with arthritis: a “training camp” for coping with stressful events? A survey on resilience of arthritis patients following the COVID-19 pandemic. *Clinical Rheumatology*, 39(11), 3163–3170. <https://doi.org/10.1007/s10067-020-05411-x>
37. Germain, V., Scherlinger, M., Barnette, T., Pichon, C., Balageas, A., Lequen, L., Shipley, E., Foret, J., Dublanc, S., Capuron, L., Schaevebeke, T., & Fédération Hospitalo-Universitaire ACRONIM. (2021). Role of stress in the development of rheumatoid arthritis: a case-control study. *Rheumatology (Oxford, England)*, 60(2), 629–637. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keaa216>
38. Wróbel, A., Barańska, I., Szklarczyk, J., Majda, A., & Jaworek, J. (2023). Relationship between perceived stress, stress coping strategies, and clinical status in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology International*, 43(9), 1665–1674. <https://doi.org/10.1007/s00296-023-05367-6>
39. Organización Mundial de la Salud. (2003). Adherencia a terapias a largo plazo: evidencia para la acción. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>
40. Adina, T.-S., Mihaela-Simona, S., Lucia, C. P., Stefan Cristian, D., Maria, B., Lili, B. A., Daniela-Gabriela, G., Razvan-Aurelian, T.-S., Cristina, F. S., Andreea, C. B., Dorina, P. C., Bogdan-Petre, S., Daniela, M. A., Johny, N., & Florentin-Ananu, V. (2020). The influence of Socio-demographic factors, lifestyle and psychiatric indicators on adherence to treatment of patients with rheumatoid arthritis: A cross-sectional study. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 56(4), 178. <https://doi.org/10.3390/medicina56040178>
41. Palomo-Osuna, J., De sola, H., Moral-Muñoz, J., Dueñas, M., Salazar, A. & Failde, I. (2021). Factores psicológicos asociados a la adherencia al tratamiento analgésico en pacientes con dolor crónico: revisión sistemática de la literatura. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 28(4), 181–193 <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2021.3922/2021>
42. Huaraca, B., Abarca, R., Buenaño, V. & Díaz, M. (2023). Síndrome ansioso depresivo en pacientes con enfermedades reumáticas. *Revista cubana de Reumatología*, 25(1), <https://revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/1123>
43. Patoni Maldonado, R. I., Rodríguez Henríquez, P. J., Salinas Rivera, E., & Moreno Coutiño, A. B. (2021). Efecto de la atención plena compasiva en dolor, ansiedad y respuestas fisiológicas en la artritis reumatoide. *Psicología y Salud*, 32(1), 71–80. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2712>
44. Dalili, Z., & Bayazi, M. H. (2019). The effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on the illness perception and Psychological Symptoms in patients with Rheumatoid Arthritis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 34, 139–144. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.11.012> Zhang et al. (2022)
45. Hutson, T., Murman, N., Rolin, D., Jain, R., Laster, A. J., Cole, S. P., & Jain, S. (2022). A 30-day adjunct wellness intervention for the management of extra-articular symptoms of rheumatoid arthritis: A formative study. *Journal of Evidence-Based Integrative Medicine*, 27, 2515690X2211133. <https://doi.org/10.1177/2515690X221113330>
46. Amanullah, N. A., Ram, D., Ramaswami, S., & Alammam, M. (2021). Inducción de emociones positivas para el dolor asociado con la artritis reumatoide: un estudio cuasiexperimental. *Revista de Investigación Clínica y Diagnóstica*, 15(8), 1–4.

Conflicto de Interés:

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses potencial con respecto a la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

Recibido el 07 de enero de 2025 aceptado sin corrección para publicación el 23 de mayo de 2025.

Correspondencia a:
Ps. Rosario Zilleruelo C.
e-mail: rosariozilleruelo@gmail.com