

# **Trabajo Fin de Máster**

## **Máster Universitario en Psicología General Sanitaria**

**Prevención del impacto psicológico  
de las situaciones estresantes y  
promoción de la calidad de vida en  
personas jóvenes con Artritis  
Reumatoide.**

**Presentado por: D<sup>a</sup> CARMEN MESÓN OLALLA**

**Tutor/a académico/a: Dra. ROCÍO FERNÁNDEZ  
VELASCO**

**Alcalá de Henares, 8 de marzo de 2021.**

## **ÍNDICE**

Resumen, palabras clave .....	0
Abstract, key Words.....	1
1. Introducción.....	1
2. Objetivos.....	1
3. Método de búsqueda de información.....	2
3.1. Fuentes de información.....	2
3.2. Términos de búsqueda.....	2
3.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	2
4. Marco Teórico.....	3
4.1. Dolor crónico.....	3
4.1.1. Artritis Reumatoide.....	4
4.2. Factores que influyen en el proceso de dolor.....	5
4.2.1. Internos.....	5
4.2.2. Externos.....	7
4.2.3. Interacción entre los factores internos y externos.....	9
4.3. Programas de intervención existentes.....	11
4.4. Conclusiones.....	15
5. Propuesta de intervención.....	16
5.1. Presentación.....	16
5.2. Objetivos de la propuesta.....	16
5.3. Contexto en el que se aplica.....	18
5.4. Metodología.....	20
5.5. Técnicas.....	21
5.6. Sesiones.....	23
5.6.1. Sesión 1. Presentación.....	23
5.6.2. Sesión 2. ¿Qué hace que sienta más dolor?.....	24
5.6.3. Sesión 3. Ajustando expectativas.....	24
5.6.4. Sesión 4. Tiempo para nosotros.....	25
5.6.5. Sesión 5. La importancia de tratamiento.....	25
5.6.6. Sesión 6. Momentos difíciles.....	26
5.6.7. Sesión 7. Resiliencia.....	26
5.6.8. Sesión 8. Aumentando la autonomía.....	27
5.6.9. Sesión 9. La artritis y yo.....	28
5.6.10. Sesión 10. Despedida.....	28
6. Cronograma de aplicación.....	29
7. Evaluación de la propuesta.....	29
8. Conclusiones y limitaciones.....	32

9.	Bibliografía.....	35
10.	Anexos .....	43
10.1.	Consentimiento informado.....	43
10.2.	Mitos del dolor crónico.....	44
10.3.	Historia personal.....	45
10.4.	Autorregistro. ....	46
10.5.	Pensamientos emociones y conductas. ....	46
10.6.	Autorregistro pensamientos.....	47
10.7.	Evaluación de creencias acerca del ejercicio físico.....	47
10.8.	Registro de ejercicio físico diario. ....	49
10.9.	Registro de ejercicio físico diario. ....	49
10.10.	Autoinstrucciones positivas y autorrefuerzo. ....	49
10.11.	Autorregistro momentos buenos.....	50
10.12.	Role playing grupal.....	50
10.13.	Recursos.....	51
10.14.	Encuesta de satisfacción.....	51

### **Resumen, palabras clave**

En el siguiente trabajo se presentará una revisión teórica para conocer las necesidades de las personas que tienen Artritis Reumatoide, así como para conocer las variables que influyen en el proceso de la enfermedad. El porcentaje de depresión y trastornos emocionales en este tipo de población es cinco veces mayor que en la población general, debido al deterioro de la calidad de vida asociado con la enfermedad. Se prevé que este porcentaje aumente debido a la situación de pandemia por la que está atravesando el mundo, ya que una de las variables que más afecta a su desarrollo y mantenimiento son las situaciones vitalmente estresantes. Por ello, se creará un programa de intervención grupal multidisciplinar formado por profesionales de la psicología, enfermería y fisioterapia. Se compondrá de 10 sesiones, y está dirigido a personas de entre 18 y 30 años que tienen Artritis Reumatoide. El objetivo del programa es proporcionar recursos de afrontamiento necesarios para disminuir el impacto de las situaciones vitalmente estresantes en la vida cotidiana y así, disminuir su percepción del dolor. De este modo, se prevendrá la aparición de problemas emocionales y mejorará su calidad de vida. Se trabajará a través de una perspectiva Transdiagnóstica Cognitivo Conductual en la que se entiende que los problemas emocionales y el dolor crónico comparten procesos psicológicos comunes que influyen en su percepción.

Palabras clave: Artritis Reumatoide, dolor crónico, situaciones estresantes, programa de prevención y promoción de la salud.

**Abstract, key Words.**

In the following work a theoretical review will be performed in order to know the necessities of people affected by Reumathoid Arthritis, as well to indicate which variables affect the disease process. This poblation is affected by depression and emotional diseases fives time more than the general population, due to the damage of the quality of life associated with the disease process. This percent is projected to grow due the epidemic that the world is going through, being one of the main variables in the disease the stressful situations. This leads to the creation of a groupal intervention program being composed by psychologists, nurses and physiotherapists, running ten sessions with people between eighteen and thirty that suffers this disease. The program main focus is to provide the required tools to be able to diminish their pain perception as well to reduce the impact caused by these harmful scenarios in their daily living. By doing this, is projected that the subjects will be able to improve their quality of life and reduce the risk of developing psychological problems. The work in these groups will be developed from a Transdiagnostic cognitive-behavioural perspective, where is accepted that some of the emotional disorders and chronic pain that the patients suffers share some of the psychological processes that affects their perception.

Key words: Reumathoid Arthritis, chronic pain, stressful situations, health prevention and promotion program.

## **1. Introducción.**

La reciente declaración de la Organización Mundial de la Salud de la enfermedad por Coronavirus (SARS-CoV-2) como una pandemia ha supuesto un cambio en el estilo de vida de la población mundial en un corto periodo de tiempo (Reyes et al., 2020). Esta pandemia ha provocado una situación crítica en la atención hospitalaria de España y ha supuesto un periodo de un estrés e incertidumbre elevado. Las personas que padecen de dolor crónico (DC) son especialmente vulnerables a periodos prolongados de estrés. En España, aproximadamente un 17% de la población tiene DC siendo más frecuente en mujeres que en hombres (Cassanova, 2016).

En general, el dolor crónico es un síntoma asociado a una enfermedad. Dentro de los problemas de salud crónicos se encuentran las enfermedades reumatológicas. Las personas con enfermedades reumatológicas requieren una especial atención debido a su elevado riesgo de desarrollar infecciones (Reyes et al., 2020). La situación de pandemia ha provocado que la atención médica en este tipo de pacientes se disminuyese un 20% con respecto al año anterior (Reyes et al., 2020), provocando así desajustes en su medicación, más estrés, y un deterioro en su calidad de vida.

Antes de la declaración de la pandemia, la prevalencia de la depresión en este tipo de pacientes era cinco veces mayor que en la población general (Logan et al., 2017). Se prevé que esta prevalencia aumente en estos próximos años. Por ello, existe la necesidad de visibilizar este tipo de problemáticas, y de realizar programas de tratamiento específicos para ellas ya que no existe en España ninguno que cubra sus necesidades.

## **2. Objetivos.**

En este trabajo se pretende realizar una revisión teórica acerca de las necesidades que tienen las personas que padecen de dolor crónico (DC). En concreto, personas que padecen de Artritis Reumatoide (AR), así como conocer las variables que influyen en el proceso de la enfermedad. Esta revisión teórica tiene como objetivo último realizar una

propuesta de intervención para reducir el impacto de las situaciones vitales estresantes (SVE) en la salud de personas que padecen de AR y de este modo, mejorar su calidad de vida.

### **3. Método de búsqueda de información.**

#### *3.1. Fuentes de información.*

Se ha obtenido información de las bases de datos: *Dialnet Plus, Biblioteca Universidad de Alcalá, Psycinfo, Medline Plus, National Library of Medicine, NICE (National Institute for Health and Care Excellence), PubMed, The Journal of Pain*. Con el objetivo de recopilar manuales de intervención se ha consultado la página web del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social (<https://www.mscbs.gob.es/>) y la página Web de la Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/es>).

#### *3.2. Términos de búsqueda.*

Se han utilizado términos de búsqueda relacionados con el dolor y sus tipos, prevalencia de dolor crónico en España, artritis reumatoide y las variables que influyen en el proceso de dolor, autoconcepto, autoeficacia percibida y resiliencia, coronavirus y su influencia en la Salud Mental, manuales como la CIE- 10 y CIE-11, programas de intervención en dolor crónico y en artritis reumatoide de enfoque cognitivo conductual y transdiagnóstico, así como técnicas específicas de tratamiento.

Las búsquedas se han realizado tanto en español como en inglés de forma indiferente y los operadores booleanos que se han utilizado son: y, o, "" y +.

#### *3.3. Criterios de inclusión y exclusión.*

**Inclusión:** Artículos de revista, artículos de investigación, textos completos, artículos en inglés, en español y comprendidos entre los años 2010 y 2021. Se realizó una búsqueda previa a ese año en el caso de encontrar en la lectura de artículos posteriores a 2010 ciertas citas comprendidas entre el año 2000 y 2010 relevantes para la investigación.

**Exclusión:** Textos incompletos, textos escritos antes del año 2000 (a excepción de la búsqueda del manual CIE-10, y la búsqueda de pruebas de evaluación específicas).

#### **4. Marco Teórico.**

##### *4.1. Dolor crónico.*

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (1994, citada por Campero, 2014), define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tanto físico como psicológico. Esta definición engloba a toda aquella experiencia subjetiva diferente para cada paciente en función de sus características y su historia de aprendizaje (Miró et al., 2018). La clasificación internacional de enfermedades en su décima edición (CIE-10), en un intento de objetivar el dolor, clasifica esta experiencia dentro de la categoría de "Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otro lugar" (Organización Mundial de la Salud, 1992). Dentro de esta categoría, lo clasifica en función del lugar donde se produce (pudiendo ser en cualquier parte del cuerpo) y en función de su duración, pudiendo ser tanto agudo como crónico (Organización Mundial de la Salud, 1992).

El dolor agudo es aquel que dura menos de tres meses y está asociado a alguna situación temporal (González, 2014). Por otro lado, el dolor crónico (DC) se define como aquel dolor que persiste durante más de tres meses (Ruvalcaba y Domínguez, 2008). El DC puede pasar de ser un síntoma secundario a una patología en sí misma si no llegase a desaparecer tras realizar un tratamiento específico (American Chronic Pain Association, 2013, citada en Torres et al., 2017). Aproximadamente el 20% de personas dentro de la Unión Europea sienten DC y es más prevalente en mujeres que en hombres. En España, este porcentaje está en torno al 17% de la población, aproximadamente (Cassanova, 2016).

En lo referido a sus características, Vite Vera et al. (2019), afirman que en su percepción están implicados varios procesos neuroquímicos y estructurales del cerebro. Por otro lado, también influyen factores psicológicos y conductuales (Menéndez- Colino, 2010), afectando al entorno de la persona en múltiples áreas de su vida como son las



relaciones personales, familiares y sociales, así como en el ámbito funcional (Vite Vera et al., 2019).

La experiencia del DC se explica fundamentalmente a través del modelo biopsicosocial. En este modelo se explica la enfermedad a través de la interacción entre numerosas variables cognitivas, conductuales, físicas y sociales (Boersma y Linton, 2005; Gatchel et al., 2007, citados en Moretti, 2010). A la hora de intentar operativizar el DC, se ha de tener en cuenta tanto las respuestas afectivas al dolor, como su intensidad y las variables que se han mencionado previamente (Edwards et al., 2016). Blanco (2017) afirma que, a pesar de las evidencias científicas, la perspectiva biopsicosocial no está incorporada a la práctica médica. Debido a ello, el dolor a menudo es tratado como una experiencia neurosensorial, dejando a un lado la parte psicológica y comportamental. En España, el dolor más común es el relacionado con los problemas de espalda, seguido del articular, de cabeza y el cervical (Cassanova, 2016). En lo referido a el dolor articular, la prevalencia en España de enfermedades articulares o reumatológicas está en un 6.4% de la población aproximadamente (Puig et al., 2019). De estas enfermedades, la Artritis Reumatoide (AR) se encuentra en un 1.07% de la población, siendo la segunda con mayor prevalencia por debajo de la Psoriasis.

#### 4.1.1. Artritis Reumatoide.

La AR es una alteración de salud crónica autoinmune caracterizada por la inflamación continuada de la membrana sinovial, afectando fundamentalmente a las articulaciones periféricas (rodillas, codos, muñecas, tobillos y dedos) (Vinaccia et al., 2017). La AR se puede extender a otras partes del cuerpo como el corazón, la pleura de los pulmones (Puig et al., 2019) así como los ojos y los huesos (Quiceno y Vinaccia, 2011a).

Aproximadamente el 80% de las personas diagnosticadas la desarrolla entre los 35 y los 50 años, pero también puede darse en población infantil, población joven y anciana (Martínez et al., 2017).

La AR se encuentra dentro de las llamadas enfermedades autoinmunes. Este tipo de enfermedades provocan que el sistema inmunológico de los individuos se altere, y empiece a atacar su propio cuerpo como si fuese un agente extraño (Vite Vera et al., 2019). Además, es una enfermedad progresiva en la que se va produciendo un aumento del dolor y una reducción de la movilidad con el paso del tiempo (Vinaccia et al., 2017). Puede ser oligoarticular (afectando a pocas articulaciones) y poliarticular (afectando a múltiples) (Vinaccia, et al., 2017). En adultos puede convertirse en una enfermedad crónica por lo que los esfuerzos para trabajar con ella son para reducir sus síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes, no para eliminarla del organismo (Quiceno y Vinaccia, 2011a).

El curso de la enfermedad se produce por etapas en las que interactúan la calma con los denominados “brotos”, que hacen referencia a momentos en los que incide el dolor y la inflamación (Ruiz y López, 2012). En los brotes, se da un aumento de los síntomas y, aquellos que están asociados a peor pronóstico en cuanto al progreso de la enfermedad y a la calidad de vida son; la rigidez matinal, fiebre, pérdida de peso, hinchazón, disminución de la fuerza de presión, reducción en la movilidad, deformación en las articulaciones y trastornos del sueño (Quiceno y Vinaccia, 2011b).

En lo referido a su origen, existe un aumento de la incidencia de AR en el conjunto de la familia por lo que en él interactúan factores genéticos y ambientales (Puig et al., 2019). Estos mismos autores, inciden en la necesidad de establecer estrategias de afrontamiento para el conjunto de la familia. Para ello, es necesario conocer cuáles son los factores que influyen en el proceso de dolor.

#### *4.2. Factores que influyen en el proceso de dolor.*

##### *4.2.1. Internos.*

Los factores internos hacen referencia a todas aquellas variables cognitivas que influyen en el proceso de dolor (Vite Vera et al., 2019), así como las estrategias de afrontamiento que las personas emplean frente a él (Miró et al., 2018).

Diferentes estudios han demostrado que ciertas áreas del cerebro que normalmente no participan en lo relacionado con su percepción se activan si los pacientes sufren de alteraciones psicológicas como la ansiedad o el miedo (Campero, 2014). Por ello, los modelos más importantes que intentan explicar estos factores internos relacionados con la percepción del dolor son modelos de corte psicológico (Edwards et al., 2016).

En primer lugar, se encuentra el modelo de evitación del miedo (Fear Avoidance Model o FAM) (Edwards et al., 2016). Este modelo propone que la discapacidad asociada con el DC es causada por una secuencia cíclica e interactiva de procesos afectivos, cognitivos y conductuales relacionados con el miedo (Kalapurakkel et al., 2015).

El miedo está asociado con una amenaza real inminente (González, 2014). La ansiedad se relaciona con la anticipación de que va a suceder algo, y, como consecuencia, se da la evitación (González, 2014). La evitación reduce la ansiedad a corto plazo, puesto que las personas no se enfrentan al estímulo temido. Sin embargo, a medio y largo plazo, la aumenta ya que se produce la rumia (Edwards et al., 2016).

En el modelo de evitación del miedo muestra que, si las personas interpretan el dolor como una amenaza, se va a dar una catastrofización del mismo, aumentando la hipervigilancia y, por tanto, la ansiedad (González, 2014). Esta idea se ve reforzada por los estudios realizados por Miró et al, (2018) y por Buscemi et al., (2019). Ambos concluyen que la evitación del miedo, y, por consiguiente, la catastrofización de las consecuencias negativas del dolor y su posterior evitación, influyen en el desarrollo de DC. El modelo de evitación del miedo se ha convertido en el principal paradigma para comprender el mantenimiento del DC de los últimos años (Edwards et al., 2016).

Este modelo está relacionado con el llamado autoconcepto, definido como la imagen que tienen las personas hacia sí mismas (Miró et al., 2007 citado en Miró et al., 2018), siendo una de las variables que más influye en la mejora del tratamiento (Quiceno y Vinaccia 2011a). Por otro lado, también se relaciona con la autoeficacia percibida, que Quiceno y Vinaccia (2011a) definen como la creencia de las personas acerca de las

propias capacidades para actuar y resolver una situación futura. De este modo, si los pacientes creen que no son capaces de enfrentarse a una situación, no lo intentarán por miedo al fracaso. La variabilidad en la autoeficacia percibida se ha relacionado con la intensidad del dolor y la discapacidad en condiciones como la AR (Kalapurakkal et al., 2015). También se relaciona con otras patologías como la depresión o la ansiedad en personas con DC (Logan et al., 2017).

En segundo lugar, está el modelo de evitación resistencia (Avoidance- endurance model, AEM) (Hasenbring, 2012 y 2014). Este modelo se superpone al anterior y plantea la hipótesis de que, mientras que algunos de los pacientes que experimentan DC evitarán la actividad, otros mostrarán una respuesta “de resistencia”, es decir, manteniendo la actividad que se estaba realizando como modo de resistencia ante el estrés (Edwards et al., 2016).

El AEM está relacionado con la llamada resiliencia, que algunas de las investigaciones recientes incorporan al estudio del DC (Ruiz y López, 2012). Estas investigaciones han demostrado que las emociones positivas tienen un papel protector en personas con enfermedades reumatológicas crónicas. Karoly y Ruhlman (2006, citados en Ruiz y López, 2012) afirman que los pacientes resilientes presentan un diálogo interno positivo, una mayor iniciativa a la hora de realizar tareas, bajos niveles de percepción de dolor, menor incapacidad física y menor presencia de pensamientos catastrofistas. No obstante, no existe un marco conceptual único que sea capaz de definir lo que es la resiliencia, si no que cada autor lo operativiza de forma diferente (Tegethoff et al., 2015). Por ello, este parece ser un marco que guiará las intervenciones futuras, pero todavía está en proceso de investigación.

#### 4.2.2. Externos.

Los factores externos hacen referencia a todos aquellos que provienen del medio ambiente del individuo (Tegethoff et al., 2015).

Uno de los principales factores que determinan la calidad de vida de estos pacientes es el uso de los medicamentos adecuados (Vite Vera et al., 2019). En España, la mayoría de las personas tiene acceso a la sanidad pública, pero en ocasiones resulta complejo encontrar los medicamentos idóneos para tratar la patología subyacente debido a las diferencias individuales de cada paciente (Mills et al., 2019). Además, debido a los factores internos, las personas pueden tener dificultades a la hora de llevar una rutina en la toma de sus medicamentos, pudiendo empeorar su proceso de enfermedad (Ruiz-Mejía et al., 2016).

Por otro lado, el estrés percibido y los factores estresantes de la vida cotidiana pueden tener un papel importante en el desarrollo de la AR y del DC (Tegethoff et al., 2015). Los investigadores Grant et al., (2003 citados en Neira et al., 2019) definen el suceso vital estresante (SVE) como todo aquel acontecimiento externo que supone una amenaza al bienestar de las personas. El estrés psicológico sucede cuando las demandas del ambiente exceden la capacidad de los individuos para enfrentarse a ellas (Buscemi et al., 2019).

Otro de los factores externos que influye en el deterioro de la calidad de vida causada por el DC es el entorno social inmediato (Edwards et al., 2016). El apoyo del entorno social puede provocar mejorías en el desarrollo y afrontamiento de la enfermedad y puede ayudar a sentir menos dolor (Ruiz y López, 2012). Esto se observa fundamentalmente en población infantil, ya que las respuestas de los padres ante el dolor de sus hijos pueden provocar cambios en su comportamiento. Estos cambios pueden ser positivos, fomentando las actividades sociales y el ejercicio físico (Edwards et al., 2016) o pueden ser negativos, evitando su desarrollo autónomo (Sanabria y Gers, 2019).

Además de los mencionados previamente, el nivel socioeconómico de los individuos (Ruiz y López, 2012), los factores relacionados con la dieta, la obesidad, los cambios en la presión atmosférica, el consumo de bebidas alcohólicas, el tabaquismo (Kohrt et

al., 2018) y la realización de ejercicio físico han mostrado ser otros de los factores que más influye en la mejoría de la calidad de vida de los pacientes (Almendro et al., 2011).

#### 4.2.3. Interacción entre los factores internos y externos.

Los factores internos y externos están en constante interacción entre sí. En lo referido a la influencia del estrés, Vinaccia y Quiceno (2011b) afirman que el estrés influye en la AR en el tiempo en el que lleva la enfermedad actuando. De tal forma, que en las personas que se las acaba de diagnosticar AR, es más probable que tengan unos niveles más elevados de estrés (Vinaccia y Quiceno, 2011b) ya que tienen una menor percepción de control y una mayor indefensión (Miró et al., 2018), y esto provoca conductas de pasividad (Vinaccia et al., 2017). Por ello, es probable que se den conductas de evitación, aumentando así el estrés y la ansiedad (Kohrt et al., 2018).

La percepción de control ante la enfermedad es algo ilusorio, ya que, objetivamente, las personas no pueden controlar esta enfermedad por sí mismas. Si creen que pueden ejercer un total control sobre la enfermedad, y, posteriormente se da un empeoramiento, se puede producir un aumento en la frustración, aumentando así la indefensión aprendida, (Ruvalcaba y Domínguez, 2008) y favoreciendo la aparición de trastornos de ansiedad (Neira et al., 2019).

La relación entre el estrés y el curso y grado de la enfermedad es bidireccional. Es decir, padecer un empeoramiento de los síntomas provoca un aumento de la ansiedad, y un aumento del estrés, pero, al mismo tiempo, un aumento del estrés provoca el empeoramiento de los síntomas (Buscemi et al., 2019). Además, el DC no tratado puede provocar problemas económicos, pérdida de trabajo, y aislamiento social (Puntillo et al., 2020). Esta interacción puede provocar problemas relacionados con el sueño (Quiceno y Vinaccia, 2011a) y aumentar la prevalencia de la sintomatología depresiva (Maldonado et al., 2017) siendo esta cinco veces superior a la de la población general (Almendro et al., 2011).

Por otro lado, el cambio por el que está atravesando la sociedad en lo relacionado con la pandemia de SARS-CoV-2 en el año 2020 está provocando una superposición de SVE para los individuos (Reyes et al., 2020). Se prevé que estas SVE afecten a la salud tanto física como psicológica de los individuos a corto plazo (Torales et al., 2020), aunque su impacto no se ha estimado todavía (Torales et al., 2020). Con la saturación hospitalaria debido a la pandemia, una parte de los servicios dedicados al DC se consideraron no urgentes, por lo que desde marzo de 2020 se han visto reducidos para evitar la propagación del virus (Puntillo et al., 2020). Aproximadamente el 80% de pacientes crónicos perdieron su cita con el médico de referencia o bien la realizaron de forma telemática, aumentando así el estrés y la discontinuidad del tratamiento (Dubey et al., 2020), provocando que se active de nuevo la enfermedad y aumenten las dificultades de realizar tareas cotidianas (Zavala- Flores et al., 2020).

La forma más eficaz de tratar la AR es desde una perspectiva multidisciplinar para así realizar un tratamiento integral desde una perspectiva biopsicosocial (Almendro et al., 2011). No obstante, esta perspectiva no está incorporada actualmente a la práctica médica (Blanco, 2017), por lo que el dolor es tratado como una experiencia únicamente fisiológica. Debido a ello, un porcentaje elevado de personas consideran que han tenido un progreso poco satisfactorio compuesto por multitud de visitas médicas y cambios de medicación (Vite Vera et al., 2019). Algunos enfoques teóricos como el modelo Transdiagnóstico Cognitivo Conductual han intentado compensar esta carencia, mostrando que los problemas emocionales y el DC comparten ciertos procesos cognitivos y conductuales que mantienen el problema (Boersma et al., 2019).

Debido a la compleja evolución de la enfermedad, así como la multitud de variables que interactúan entre sí, es necesario actuar desde el ámbito de la psicología para reducir el daño en la calidad de vida de estos pacientes (Vite Vera et al., 2019). Para hacerlo de forma adecuada, es necesario conocer los programas de intervención que se han realizado, para así poder conocer su efectividad en este tipo de población.

#### *4.3. Programas de intervención existentes.*

A lo largo de los últimos años se han realizado programas de intervención para intentar reducir las consecuencias negativas del impacto del DC en la salud de las personas. La tabla 1 recoge los programas de intervención en DC más relevantes de los últimos años. Se recogen un total de seis programas de intervención. Cinco de ellos llevados a cabo en España y uno en China. Todos ellos intentan reducir el impacto del DC en la vida cotidiana de los participantes utilizando una metodología participativa y expositiva en la que se trata el DC desde una perspectiva biopsicosocial. Además, el programa llevado a cabo por Cheng et al., (2017) utiliza una perspectiva multidisciplinar, en la que combina la terapia psicológica con el ejercicio físico moderado, dando lugar a resultados prometedores. No obstante, los programas llevados a cabo en España no utilizan esa perspectiva (Almendro et al., 2011).

La mayoría de los programas han resultado ser eficaces. Morales y Canca (2017), Moreno et al., (2015), Almendro et al., (2011) y López- López y Alonso-Fernández (2013) coinciden en sus resultados, y afirman que el dolor no ha desaparecido, pero sí se ha producido una mejoría en su percepción. Los pacientes manifiestan otra actitud con respecto a su dolor, y se ha reducido considerablemente su cantidad de pensamientos catastrofistas. Todos son programas de intervención grupal, ya que ha mostrado su eficacia en el tratamiento psicológico de este tipo de problemática (Almendro et al., 2011).

Por otro lado, Almendro et al. (2011) y Cheng et al. (2017) siguen una intervención cognitivo conductual (TCC) en la que el foco de la actuación son los pensamientos, ideas e imágenes catastrofistas para modificar de este modo su percepción respecto al dolor. El programa realizado por Cano- Vindel et al., (2016) utiliza una perspectiva Transdiagnóstica Cognitivo Conductual (TD-TCC). En ella se entiende que el dolor crónico y los problemas emocionales comparten procesos cognitivos y conductuales que mantienen y modulan su percepción (Hara et al., 2018). Esta nueva perspectiva



puede ayudar a mejorar la calidad de vida en personas con enfermedades crónicas y altos niveles de ansiedad o depresión comórbidos (Boersma et al., 2019).

En lo referido a las debilidades, se ha observado que en la mayoría de ellos se seleccionan pacientes desde la Unidad del Dolor de su hospital de referencia. Es una forma eficaz de seleccionar a pacientes para el estudio, no obstante, algunas personas con patologías como la AR, no forman parte de estas unidades de dolor. Por ello, es posible que se dejen fuera a potenciales pacientes que puedan beneficiarse de este tipo de intervención. Por otro lado, en España solo se ha llevado a cabo un programa dirigido específicamente a población con AR, pero este está llevado a cabo por profesionales<sup>1</sup> de la terapia ocupacional (Moreno et al., 2015). Esta intervención resultó eficaz en su cometido, pero no se trataron las posibles dificultades emocionales que pueden desarrollarse como consecuencia de las características de la enfermedad.

---

<sup>1</sup> En el término “profesionales” se incluyen a todas aquellas personas que ejercen una profesión en particular, independientemente de su género. En aras de facilitar la lectura, cuando en el texto se hable de “los profesionales” se incluirán tanto a mujeres como a hombres de forma indiferente.

**Tabla 1**

Programas de intervención existentes para el tratamiento del DC.

<b>Autores</b>	<b>Participantes</b>	<b>Formato</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Metodología</b>	<b>Técnicas</b>	<b>Resultados</b>
Morales y Canca (2017).	324 pacientes de todas las edades.	1 sesión individual, 6 grupales. Grupos control y experimental.	Mejora de calidad de vida en pacientes con Dolor crónico.	Expositiva.	Psicoeducación. Relajación. Solución de problemas.	No mejora su dolor objetivo, pero si su actitud ante él y su calidad de vida.
Moreno et al. (2015).	62 pacientes de entre 30 y 90 años diagnosticados de AR.	Grupo control (farmacológico) y Grupo experimental.	Mejorar la inversión del tiempo y el desempeño en pacientes con AR.	Terapia ocupacional expositiva y enseñanza de estrategias prácticas para los pacientes.	Psicoeducación. Relajación.	Reduce la percepción del dolor y aumenta su tolerancia. Mejora su desempeño ocupacional.
Almendro et al., (2011).	46 pacientes entre 35 y 65 años derivados de la unidad del dolor del Hospital Universitario de Getafe.	10 sesiones grupales, 90 minutos de duración.	Ampliar el abordaje terapéutico de las patologías relacionadas con el dolor crónico.	Enfoque biopsicosocial y multidisciplinar. TCC.	Psicoeducación. Comunicación asertiva. Relajación. Reestructuración Cognitiva. Auto regulación emocional.	No mejoran el dolor, pero sí la interferencia. El grupo es fuente de apoyo y mejora los resultados.

Autores	Participantes	Formato	Objetivos	Metodología	Técnicas	Resultados
López- López y Alonso Fernández (2013)	101 ancianos diagnosticados de Artrosis.	Grupo control (taller expositivo) y grupo experimental (9 sesiones de 90 minutos).	Aplicar y evaluar el impacto del programa de tratamiento psicológico grupal destinado a personas mayores.	Terapia de Aceptación y Compromiso.	Psicoeducación. Role Playing. Estrategias de Resolución de problemas. Mindfulness.	Mejora la aceptación del dolor y los síntomas depresivos. Necesario más estudios.
Cano- Vindel <i>et al.</i> , (2016).	1126 personas adultas diagnosticadas de trastornos emocionales.	Grupo Control (Farmacológico) y experimental (7 sesiones grupales de 90 minutos).	Comparar la eficacia de la TD-TCC con el tratamiento habitual en los trastornos emocionales.	TD- TCC y Tratamiento habitual farmacológico.	Psicoeducación. Relajación. Reestructuración Cognitiva. Exposición. Resolución de problemas.	A la espera de resultados.
Cheng <i>et al.</i> , (2017).	150 participantes que padecen de DC de todas las edades.	Grupal. 10 sesiones, 90 minutos cada una (45 minutos de ejercicio físico moderado y 45 minutos de TCC).	Proporcionar otra perspectiva al tratamiento.	TCC y ejercicio físico moderado.	Psicoeducación. Higiene del sueño. Psicoeducación. Técnicas de relajación. Balance decisional. Consecución de metas. Prevención de recaídas.	Buenos resultados. Se espera introducir este programa a lo largo de todo el sistema de salud chino.

#### *4.4. Conclusiones*

Tras realizar una búsqueda bibliográfica exhaustiva se ha podido comprobar que no existe en España ningún programa que se aplique a nivel nacional con pacientes con AR. El ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social realizó en el año 2014 una guía de mejora del abordaje del dolor en el Sistema Nacional de Salud con el objetivo de proporcionar un marco que garantice la atención a pacientes con DC desde una perspectiva multidisciplinar pero no se han encontrado evidencias de que se haya llevado a cabo según la bibliografía reciente.

Por otro lado, en España solo se ha encontrado un programa que trate a pacientes con AR en particular. No obstante, este programa fue realizado por terapeutas ocupacionales y su objetivo es mejorar la funcionalidad de los pacientes con AR, y no realizar una intervención psicológica específica (Moreno et al., 2015). Además, tampoco se ha encontrado ningún programa que esté siendo creado para tratar la nueva problemática que puede llegar a surgir tras la crisis sanitaria relacionada con la pandemia. A pesar de ello, los programas dirigidos a población con DC general han resultado ser eficaces, y han logrado una mejora en la calidad de vida.

Los participantes tienen una media de edad entorno a los 50 años o más. Como se ha mencionado previamente, la edad media de inicio de los síntomas asociados al DC está entre los 35 y los 50 años (Vinaccia et al., 2017) pero también se puede dar en población juvenil. Es posible que esta población no participe en este tipo de programas pues no consideran que sea algo específico para ellos, a pesar de que padecen del mismo tipo de dolor. Es importante empezar a tratar este tipo de problemática desde el inicio, para que de esta manera aprendan a identificar los factores de riesgo asociados al empeoramiento de los síntomas y apliquen los recursos aprendidos a su vida cotidiana. De esta manera, se podrían prevenir las variables asociadas al malestar tanto físico como psicológico y mejorar su calidad de vida (Moreno et al., 2015).

Tras la realización de esta investigación teórica se ha observado la necesidad de desarrollar un programa de intervención psicológica desde una perspectiva biopsicosocial y multidisciplinar en pacientes que padecen de AR.

## **5. Propuesta de intervención.**

### *5.1. Presentación.*

Se realizará una propuesta de intervención en la cual se integren las partes más relevantes de la revisión teórica junto con las técnicas que han resultado ser más eficaces en el estudio de la AR en los últimos años. Se proporcionarán estrategias de afrontamiento activo frente al dolor.

Las personas que tienen AR en ocasiones se encuentran con la imposibilidad de realizar tareas debido tanto a impedimentos físicos, como psicológicos y emocionales (Puntillo et al., 2020). Es posible que se encuentren personas con sintomatología ansiosa, o depresiva causada por su condición física (Ruiz- Mejía et al., 2016). Se ha de tener en cuenta que la desaparición total del dolor es algo difícil de modificar, pero sí la forma de entender la enfermedad, así como sus implicaciones en la vida cotidiana (López-López y Alonso Fernández, 2013).

Se realizará un programa de intervención grupal pues se ha demostrado que el grupo es un elemento de apoyo y de mejora de los resultados en la intervención (Almendro et al., 2011). Además, se dirigirá a población joven, ya que sus necesidades no están cubiertas por los programas de intervención existentes. Debido a la posible variabilidad del grupo, se expondrán las principales técnicas para trabajar los objetivos en las sesiones, pero las actividades a realizar para cada técnica se podrán modificar en función del estilo del terapeuta. Por otro lado, se pretende integrar en el programa a un equipo multidisciplinar formado por profesionales de la enfermería y fisioterapia.

### *5.2. Objetivos de la propuesta.*

El objetivo principal es proporcionar recursos de afrontamiento ante la AR necesarios para disminuir su percepción del dolor, así como para disminuir el impacto de las SVE

en la vida cotidiana y de este modo prevenir la aparición de problemas emocionales y mejorar la calidad de vida. Para conseguirlo, se llevarán a cabo una serie de objetivos específicos:

- Conocer en profundidad el curso de la AR y ajustar las creencias y expectativas ante el proceso de enfermedad.
- Enseñar los principales modelos teóricos que explican la variabilidad en el proceso de percepción del dolor.
- Identificar las principales variables que influyen en la percepción del dolor. En relación con este objetivo, se pretenderá comprender la influencia de la hipervigilancia, la catastrofización y el apoyo social percibido en el curso de la AR. También, se pretenderá educar acerca de la importancia del tratamiento farmacológico y de la adherencia al mismo para la mejora de los síntomas.
- Conocer técnicas de afrontamiento específicas para el manejo de SVE en la vida cotidiana y en lo relacionado con el momento actual de la pandemia por el SarsCov-2. Se practicarán técnicas de relajación y control necesarias para reducir el nivel de activación emocional.
- Mejorar el autoconcepto, la autoestima, la regulación emocional, así como la resiliencia.
- Aumentar el apoyo social percibido.
- Creación de pautas de autocuidado en lo relacionado con la realización de ejercicio físico moderado, ejercicios de rehabilitación y creación de una rutina para mejorar la higiene del sueño.
- Creación de pautas para fomentar la autonomía, relacionado con la importancia de pedir ayuda y saber comunicar sus necesidades. También se proporcionarán técnicas de solución de problemas para reducir los conflictos dentro de su entorno inmediato y en el ámbito laboral.

### 5.3. Contexto en el que se aplica.

Lo conducirán profesionales de la psicología general sanitaria con la colaboración de profesionales de la fisioterapia especialistas en pacientes con este tipo de problemática, así como con profesionales de la enfermería que conozcan la parte más médica y farmacológica de la AR. Se llevará a cabo en un centro con una sala de servicios múltiples que permita realizar las sesiones con las recomendaciones sanitarias pertinentes en el momento de aplicación.

Se pedirá la participación de forma voluntaria. Los criterios de inclusión para la selección de son los siguientes:

- Tener entre 18 y 30 años, estar diagnosticado de AR y estar recibiendo tratamiento farmacológico relativo a la enfermedad.
- Personas que, a pesar del tratamiento, la enfermedad les afecta en su día a día tanto a nivel emocional, como funcional y social.
- Es indiferente tener otro diagnóstico compatible con la AR como la psoriasis, uveítis o cualquier patología física secundaria.
- Estar disponible en el momento de la realización y tener expectativas realistas con respecto al programa.
- Ser capaz de centrarse en una tarea estructurada y seguir con las recomendaciones de los profesionales.

Por otro lado, los criterios de exclusión son los siguientes:

- Tener un proceso depresivo grave o un elevado riesgo de suicidio. Es prioritario que reciban tratamiento psicológico específico previo para mejorar su estado de salud.
- Padecer un proceso psicopatológico grave o agudo que impida el correcto seguimiento de las instrucciones.
- No tener un diagnóstico de AR, no estar en tratamiento farmacológico actual y no tener disponibilidad para acudir a los días y fechas señalados.

- Personas menores de 18 años o mayores de 30.

Se ha de tener en cuenta que la AR puede afectar a todos los rangos de edad (Vinaccia et.al., 2017). Por ello, es necesario realizar programas de intervención paralelos con los mismos objetivos específicos, pero adaptándose a las características de la población. Lo más eficaz para la intervención dirigida a niños de entre 2 y 10 años es dirigirla a sus padres y madres (Martínez et al., 2017). De esta manera, ellos pueden aprender a controlar las variables que influyen en el desarrollo autónomo de sus hijos e hijas y evitar la sobreprotección (Sanabria y Gers, 2019). Esto también es aplicable a la intervención en menores de entre 11 y 18 años (Edwards et al., 2016). En ambas intervenciones también se trabajará con los menores y deberán incluir módulos relacionados con la intervención en conflictos familiares y los sentimientos de culpa y miedo de sus progenitores (Martínez et al., 2017). Por otro lado, en la intervención con adultos mayores de 65 años se tendría que dar una mayor importancia a los ejercicios de rehabilitación física ya que el deterioro articular aumenta en ese rango de edad (García Arias y García Vadillo, 2011). Por último, en la intervención con personas de entre 30 y 65 años se añadiría un módulo específico relacionado con los problemas de fertilidad asociados a la AR y el cuidado de la familia (García Arias y García Vadillo, 2011).

Por otro lado, en el caso de que se aplicase bajo condiciones de pandemia, sería necesario cumplir con las medidas sanitarias en el momento de aplicación. Sería recomendable que tanto los asistentes como los profesionales asistiesen con una prueba diagnóstica del SARS-CoV-2 negativa (Torales et al., 2020). Además, los participantes firmarían un contrato de responsabilidad en el que se comprometen a no acudir al mismo en el caso de tener síntomas compatibles con el virus o tener contacto directo con una persona contagiada, así como un consentimiento informado aceptando su participación voluntaria en un estudio de investigación científica (anexo 1).



#### *5.4. Metodología.*

Se seguirá un modelo de trabajo Transdiagnóstico Cognitivo Conductual, pues ha mostrado unos resultados prometedores en los estudios que se han realizado en los últimos años (Linton, 2013). Se trabajará sobre la idea de que el DC y los problemas emocionales comparten mecanismos cognitivos y conductuales que modulan, mantienen y contribuyen a aumentar el malestar (Boersma et al., 2019). Se relacionará con los dos modelos de estudio que han mostrado ser los más importantes en la literatura de los últimos años, el modelo de evitación del miedo (FAM) (Edwards et al., 2016) y el modelo de evitación resistencia (AEM) (Hasenbring, 2012 y 2014).

Se realizará desde una perspectiva multidisciplinar, ya que ha mostrado su eficacia en la mejora de los resultados de los pacientes con dolencias reumatológicas (Almendro et al., 2011). El papel de los profesionales de enfermería será fundamentalmente el de educar acerca de la importancia de la adherencia al tratamiento farmacológico para la mejora de los síntomas. Además, realizarán controles periódicos de salud para aumentar la sensación de control de los participantes. Por otro lado, los profesionales de la fisioterapia se encargarán de educar acerca de la importancia del ejercicio físico moderado, así como de la utilización de técnicas de relajación y la creación de una tabla de ejercicios personalizada. También llevarán a cabo sesiones de intervención paralelas a la propuesta de intervención psicológica y evaluarán periódicamente a los participantes.

Se seguirá una metodología de trabajo grupal, en la que se fomentará la participación activa de sus componentes. El tamaño de los grupos será de entre 10 y 15 personas aproximadamente y se realizarán 10 sesiones, pudiendo ampliarse dos más en función de las necesidades. La duración de la intervención psicológica será de unos 80 minutos aproximadamente, y se realizará un día a la semana, durante 10 semanas consecutivas. A partir de la cuarta semana, a esas sesiones se le sumarán 30 minutos más de estiramientos y ejercicio físico moderado al finalizar realizado por profesionales de la

fisioterapia para complementar la intervención. Se realizará a partir de esta semana ya que será cuando los participantes tengan una base teórica a partir de la cual puedan comprender el proceso de su enfermedad.

Con el objetivo de comprobar su eficacia, se realizará una evaluación psicológica y fisiológica antes del comienzo, así como al finalizar, a los 4 meses y al año. Además, se realizarán encuestas de satisfacción para conocer las fortalezas y debilidades del programa y se evaluará a los profesionales que lo llevan a cabo. Por otro lado, los profesionales de enfermería realizarán evaluaciones de control mensuales presenciales para poder detectar posibles brotes de la enfermedad de forma temprana.

Las sesiones se dividirán en tres fases fundamentalmente. En primer lugar, se realizará una fase de psicoeducación, a continuación, se realizará una fase de entrenamiento de habilidades, y por último se pedirá la realización de tareas a lo largo de la semana. En cuanto a los recursos, se necesitará una sala amplia, luminosa, con un proyector y un ordenador, así como folios, fichas y materiales para hacer las sesiones.

#### *5.5. Técnicas.*

Las técnicas utilizadas se irán alternando y adaptando en las diferentes sesiones en función de sus objetivos.

La psicoeducación se refiere al establecimiento de un marco teórico específico a partir del cual las personas puedan llegar a entender su enfermedad y las variables que influyen en su desarrollo (Moseley y Butler, 2015). En relación con las actividades del programa, se explicará:

- Qué es la AR y cómo evoluciona a lo largo de la vida.
- Ajuste de expectativas acerca del curso de la enfermedad.
- Explicación de los modelos de FAM y AEM.
- Tratamiento farmacológico y su adherencia para la mejora de los síntomas.
- El estrés y variables que influyen en el proceso de dolor.
- Principales técnicas de relajación y control emocional.

- Definición de autoconcepto, autoestima, regulación emocional, así como del concepto de resiliencia.
- Importancia de la realización de ejercicio físico moderado y su relación con la calidad del sueño.
- Técnicas de solución de problemas, comunicación de necesidades y vida autónoma.

Otra de las técnicas que se va a utilizar es la Reestructuración Cognitiva (RC), una de las más utilizadas en la Terapia Cognitivo Conductual. Se ayudará a los pacientes a identificar sus pensamientos catastrofistas, para que así se puedan modificar por otros más adaptativos (Uhlen Layron, 2016). Por ello, se realizarán actividades relacionadas con:

- Identificación de pensamientos, emociones e ideas irracionales.
- Identificación del origen de estos pensamientos.
- Reestructuración y regulación de los pensamientos irracionales.
- Proporción de pensamientos alternativos.

La RC es una técnica que ha mostrado su eficacia y puede ayudar a conseguir objetivos relacionados con el aumento de la autoestima, resiliencia, el desarrollo de estrategias de afrontamiento de los SVE y la adherencia al tratamiento (Vosniadou, 2013).

Para mejorar el afrontamiento ante las SVE se utilizarán técnicas de relajación (Moix y Casado, 2011). Moreno et al., (2015) y Uhden Layron (2016) afirman que la técnica de relajación más eficaz en pacientes con DC es la Relajación progresiva de Jacobson. Dado que esta técnica es larga y compleja, se proporcionarán alternativas para ayudar a la autorregulación emocional y el afrontamiento del estrés (Almendro et al., 2011). Además, se entrenará en autoinstrucciones dirigidas (Ruvalcaba y Domínguez, 2008) y el autorrefuerzo positivo (Vinaccia et al., 2011).

Por otro lado, se pretende enfatizar en la realización de actividades placenteras para llevar a cabo una vida más normalizada (Vinaccia et al., 2011). Dentro del autocuidado,

se encuentra la realización de ejercicio físico moderado (Cheng et al., 2017) y el seguimiento de una rutina para mejorar la calidad del sueño (Quiceno y Vinaccia, 2011a).

Además, se dedicará un espacio para aumentar la autonomía de los participantes y aumentar su repertorio de solución de problemas, para de esta manera reducir el estrés y los posibles conflictos en su entorno (Vinaccia et al., 2011). En este sentido, los participantes se expondrán ante situaciones complejas, y se verán las posibles estrategias de solución ante las mismas (Moix y Casado, 2011). Se utilizarán técnicas para la comunicación necesidades a su entorno más cercano, y en el ámbito laboral, como el entrenamiento en Habilidades Sociales (Sanabria y Gers, 2019) a través del uso de los llamados Role Playing (Moix y Casado, 2011).

Por último, los autorregistros estarán presentes a lo largo del programa ya que favorecen la generalización de los contenidos de la sesión en el ámbito cotidiano (González-Blanch et al., 2018). Además, los profesionales de la psicología podrán utilizar los contenidos de estos autorregistros para adaptar la sesión. Por último, dedicarán un espacio a la prevención y aceptación de recaídas (Vosniadou, 2013).

#### *5.6. Sesiones.*

A continuación, se mostrarán las sesiones conducidas por los profesionales de la psicología en el programa. Se ha de tener en cuenta, que, a partir de la cuarta sesión, los profesionales de la fisioterapia dedicarán 30 minutos al finalizar la sesión para la realización de estiramientos y ejercicio físico moderado con los participantes de forma complementaria.

##### 5.6.1. Sesión 1. Presentación.

Objetivos: Presentación de los profesionales y miembros del grupo. Explicación del contenido del programa y evaluación de las expectativas previas.

Técnicas: Psicoeducación.

Recursos y descripción: Se firmará el contrato de responsabilidad del anexo 1 y se realizará una evaluación de las expectativas previas con respecto al programa y de los mitos que pueden tener acerca del DC (anexo 2) y se debatirán en grupo. Por último, se explicará qué es la AR y cómo afecta a nivel fisiológico utilizando el siguiente video para hacer una sesión más dinámica:

- [https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=uOmzwNTv-SY&ab\\_channel=CoordinadoraNacionaldeArtritis](https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=uOmzwNTv-SY&ab_channel=CoordinadoraNacionaldeArtritis)

#### 5.6.2. Sesión 2. ¿Qué hace que sienta más dolor?

Objetivos: Conocer en profundidad el curso de la AR e identificar las principales variables que influyen en el proceso de dolor relacionándolo con los modelos de FAM y AEM.

Técnicas: Psicoeducación y autorregistro.

Recursos y descripción: Tendrán que identificar las variables que están influyendo en el malestar y en el mantenimiento del problema, así como posibles alternativas de solución (anexo 3). Por otro lado, se mostrarán los principales modelos en la literatura y las variables que influyen en su percepción del dolor. Para finalizar, se pedirá que realicen un registro (anexo 4), en el que cada día escriban momentos en los que su dolor les haya dificultado en la realización de alguna tarea, identificando su modo de actuar ante él y las consecuencias.

#### 5.6.3. Sesión 3. Ajustando expectativas.

Objetivos: Conocer cómo los pensamientos, emociones y conductas afectan en su día a día y ajustar las creencias y expectativas acerca de la AR a través de la RC. También se realizará una evaluación de las creencias y mitos acerca del ejercicio físico.

Técnicas: Psicoeducación, RC y autorregistros.

Recursos y descripción: Se analizará el autorregistro anterior. Se enseñará a identificar los pensamientos, creencias e ideas irracionales que les limitan en el día a día a través de la psicoeducación y de una actividad grupal (anexo 5). Además, se pedirá la

complementación de un autorregistro en el que se añadirán las columnas de pensamientos, sensaciones y consecuencias (anexo 6).

Por otro lado, se relacionará la influencia de sus creencias en la realización de ejercicio físico moderado y llevar a cabo hábitos saludables. Se realizará una evaluación de las creencias y miedos sobre el ejercicio físico, así como de sus experiencias previas practicándolo (anexo 7) con la ayuda de los profesionales de la fisioterapia. Se analizará en grupo y servirá para establecer los objetivos de la próxima sesión.

#### 5.6.4. Sesión 4. Tiempo para nosotros.

Objetivos: Educar acerca de la importancia de la realización de ejercicio físico moderado e instaurar hábitos saludables para la mejora de la calidad del sueño.

Técnicas: Psicoeducación, RC, autoinstrucciones, autorrefuerzo, ejercicio físico y autorregistro.

Recursos y descripción: Se pedirá a los participantes traer ropa cómoda y de deporte. Participarán dos profesionales de la fisioterapia especializados en personas con AR. Se educará acerca de la higiene del sueño, de la importancia del descanso adecuado. Se pedirá a los participantes que escriban su rutina diaria de sueño y se expondrá en el grupo. Se realizará un debate acerca de qué podemos cambiar para mejorarla. Tras ello, los profesionales de la fisioterapia utilizarán el resto de la sesión para ensayar ejercicios, estiramientos y la creación de una rutina diaria. Se pedirá que realicen ejercicios diarios para casa, registren los que han sido capaces de hacer y evalúen la rutina del 1 al 10 (anexo 8) además, realizarán otro autorregistro emociones y pensamientos al finalizar los ejercicios para realizar una comparación entre ambos (anexo 9).

#### 5.6.5. Sesión 5. La importancia de tratamiento.

Objetivos: Conocer la importancia del tratamiento farmacológico y mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes.

Técnicas: Psicoeducación, RC y adherencia al tratamiento.

Recursos y descripción: Se invitará a dos profesionales de la enfermería que conozcan la problemática, hablarán con ellos a través de una metodología participativa acerca de la importancia del tratamiento y de las variables que influyen en su adherencia. Resolverán sus dudas y sus miedos realizando un debate y dando espacio a que los participantes cuenten su experiencia con los fármacos.

#### 5.6.6. Sesión 6. Momentos difíciles.

Objetivos: Conocer técnicas de afrontamiento específicas para el manejo de las SVE en relación con el momento actual.

Técnicas: Psicoeducación, RC, técnicas de relajación, autorregulación emocional y autorregistros.

Recursos y descripción: Se analizará el autorregistro visto en la sesión 3 y se intentarán sustituir los pensamientos negativos por otros más adaptativos a través de la práctica de la RC en grupo (a través de un debate grupal). Además, se conocerá acerca de cómo afecta las SVE al proceso de la AR, recordando la sesión 2.

Se invitarán a los profesionales de enfermería y se abrirá un debate en el que cada miembro del grupo expondrá su experiencia en el Sistema Nacional de Salud en relación con la pandemia y las consecuencias. Por otro lado, se enseñarán técnicas de relajación y control que ayuden a reducir el nivel de activación ante las SVE (relajación progresiva de Jacobson y respiraciones diafragmáticas). Para que los usuarios las practiquen, se utilizará este video creado por Sánchez (2017).

- [https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=eu-2iWv\\_fCM&ab\\_channel=DavidS%C3%A1nchezPsicolog%C3%ADa](https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=eu-2iWv_fCM&ab_channel=DavidS%C3%A1nchezPsicolog%C3%ADa)

Se pedirá que ensayen estas técnicas en casa. Se realizará de nuevo el autorregistro visto en la sesión 3.

#### 5.6.7. Sesión 7. Resiliencia.

Objetivos: Mejorar el autoconcepto, la autoestima y la resiliencia.

Técnicas: Psicoeducación, RC, autorregulación emocional, autoinstrucciones, autorrefuerzo y autorregistro.

Recursos y descripción: Se invitará a personas que padecen de AR que, a través del tratamiento psicológico, han conseguido una mejoría tanto en sus síntomas como en su calidad de vida. Se pedirá que cuenten su historia a través de una línea de vida y se fomentará la creación de un vínculo para aumentar el apoyo social percibido (Vite Vera et al., 2019). Por otro lado, se definirán conceptos como el autoconcepto, autoestima, regulación emocional, así como resiliencia. Además, se practicará el entrenamiento en autoinstrucciones positivas y autorrefuerzo, para que los usuarios sean conscientes de sus fortalezas ante el afrontamiento de su enfermedad (anexo 10). Por último, se pedirá que escriban dos momentos positivos que hayan tenido a lo largo de la semana y una situación difícil que hayan logrado solucionar de forma eficaz a través de un autorregistro (anexo 11).

#### 5.6.8. Sesión 8. Aumentando la autonomía.

Objetivos: Mejorar las habilidades de comunicación de las necesidades de los pacientes con AR.

Técnicas: Psicoeducación, RC, autoinstrucciones, autorrefuerzo, técnicas de solución de problemas y entrenamiento en habilidades sociales.

Recursos y Descripción: Para ensayar la comunicación de las necesidades, se realizará un Role Play con una situación compleja, en la que los participantes tendrán que resolverla a su manera (anexo 12). Se enseñarán técnicas de resolución de problemas y la importancia de saber comunicar las necesidades de forma asertiva (recordando las autoinstrucciones y las verbalizaciones positivas de la sesión 6). Se repetirá el role play anterior con la integración de la nueva información. Se realizará un ejercicio en el que a través del debate se expongan sus principales miedos y creencias acerca de comunicar las necesidades a sus más allegados y en el trabajo, y se trabajarán a través de la RC.



#### 5.6.9. Sesión 9. La artritis y yo.

Objetivos: Favorecer la aceptación de la AR e integrarla en la identidad y crear pautas de autocuidado para los participantes.

Técnicas: Psicoeducación, actividades agradables y autorregistro.

Recursos y descripción: Se pedirá que escriban cómo fue su diagnóstico de la AR, cómo fue su reacción personal y la de su familia y cómo les gustaría que hubiese sido. Por otro lado, escribirá una carta a ellos mismos del pasado, en el momento del diagnóstico, contándoles lo que les hubiese gustado saber en ese momento de cara al afrontamiento de la enfermedad (López- López y Alonso Fernández, 2013).

En la segunda parte de la sesión, se dedicará un espacio en el que los participantes escriban las metas que les gustaría alcanzar a corto y largo plazo. No deben ir centradas en la enfermedad, si no en su crecimiento personal. Además, se pedirá que establezcan un momento del día para cuidarse a sí mismos pasando un tiempo con sus seres queridos o haciendo una actividad gratificante.

#### 5.6.10. Sesión 10. Despedida.

Objetivos: Realizar un resumen de los contenidos vistos a lo largo de todo el programa, prevenir posibles recaídas y proporcionar recursos de afrontamiento.

Técnicas: Psicoeducación y prevención de recaídas.

Recursos y Descripción: Se realizará un repaso de los contenidos vistos a lo largo del programa. Se analizará situación hipotética en la que vuelvan a tener un brote, se pedirá que muestren cómo podrían actuar y cómo se podrían sentir y se trabajarán los sentimientos de frustración. Se proporcionarán varios servicios de asistencia psicológica dirigidos a personas con AR y un libro descargable en el que se explican algunos de los contenidos y conceptos de las sesiones (anexo 13).

Por último, se realizará una evaluación de la satisfacción de los contenidos y los profesionales (anexo 14). Además, se dejará un espacio para resolver todas las dudas, y evaluar si es necesario realizar más sesiones con algún tema en específico.

## 6. Cronograma de aplicación.

Se realizarán 10 sesiones con una duración de 80 minutos aproximadamente. En la tabla 2 se muestran las técnicas utilizadas en cada una de las sesiones del programa.

**Tabla 2.**

Cronograma de aplicación del programa.

Técnicas	Sesiones									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Psicoeducación.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reestructuración Cognitiva.			X	X	X	X	X	X		X
Ejercicio Físico moderado.				X	X	X	X	X	X	X
Adherencia al tratamiento.					X					
Relajación.						X				
Autorregulación emocional.						X	X			
Autoinstrucciones.				X			X	X		
Autorrefuerzo.				X			X	X		
Solución de problemas.								X		
Habilidades sociales.								X		
Actividades agradables.									X	
Autorregistro.		X	X	X		X	X		X	
Prevención de recaídas.										X

## 7. Evaluación de la propuesta.

Se realizará una evaluación una semana antes de comenzar (sesión 0), una semana después de finalizar (sesión 11), a los 4 meses y al año. Se ha de tener en cuenta que no han de faltar más de un día a las sesiones programadas para que los resultados fuesen fiables. Por otro lado, firmarán un consentimiento informado (anexo 1) donde se muestre su conformidad con participar en un estudio de investigación científica de forma voluntaria.

Los instrumentos de evaluación psicológica que se utilizarán son los siguientes:

- *Inventario de Depresión de Beck- II* (BDI-II (Beck, et al., 1996) en la adaptación española realizada por Sanz et al., (2003). Tiene una consistencia interna adecuada con un alfa de Cronbach de 0.87 ( $\alpha= 0.87$ ). Se utiliza para evaluar los síntomas depresivos a través de 21 ítems con cuatro formas alternativas de respuesta.
- *Cuestionario de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI)* en la adaptación creada por Buela- Casal et al., (2011). Es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la ansiedad y tiene una alta consistencia interna ( $\alpha= 0.93$ ). Está compuesto por 40 ítems y se utiliza para conocer la ansiedad como estado (transitoria) o como rasgo (estable) (Buela- Casal et al., 2011).
- *Inventario Multidimensional del Dolor ("West- Haven Yale Multidimensional Pain Inventory" o MPI)* creado por Kerns et al., (1985) en su versión adaptada al español dirigida a pacientes con enfermedades reumatológicas (Pastor et al., 1996). Son 46 ítems respondidos en una escala tipo Likert de 0 a 6, agrupados en 12 escalas y divididas en tres partes; Percepción e impacto del dolor (interferencia en la vida cotidiana, apoyo social percibido, severidad del dolor, autocontrol emocional y estado de ánimo negativo), percepción de las respuestas de las personas del entorno (castigo, de distracción y de solicitud) y frecuencia de realización de actividades cotidianas (tareas del hogar, trabajo, actividades fuera de casa y actividades sociales) (Pastor et al., 1996). Tiene una alta consistencia interna ( $\alpha= 0.82$ ) y se tarda en completar entre 15 y 30 minutos (Pastor et al., 1996).
- *Pain Catastrophizing Scale (PCS)* creada por Sullivan et al., (1995), adaptada al español por García Campayo et al., (2008) y en su versión abreviada (Lami et al., 2013). Evalúa las creencias catastrofistas acerca del DC y la calidad de vida.

Tiene una consistencia interna aceptable ( $\alpha = 0.79.$ ) y se compone de un total de 13 ítems.

- *Escala de Resiliencia (RS- 14)* de 14 ítems creada originalmente por Wagnild (2009) y adaptada al español por Sánchez- Teruel y Robles- Bello (2015). Evalúa la resiliencia y la capacidad de afrontamiento ante situaciones complejas. Tiene una alta consistencia interna en su adaptación ( $\alpha = 0.80$ ).
- *Escala de Estrés percibido (EEP)* creada por Cohen et al., (1983) en su versión adaptada al español Pedredo- Pérez et al., (2015). Evalúa el estrés percibido y el impacto en la vida cotidiana en el último mes. Es una versión reducida a 10 ítems con respuesta de tipo Likert del 1 al 5 y ha mostrado una alta consistencia interna ( $\alpha = 0.89$ ).

Por otro lado, se evaluarán las expectativas previas y los mitos acerca del DC en la sesión 1 así como las creencias acerca de la realización de ejercicio físico moderado en la sesión 3. Por otro lado, se han utilizado autorregistros para conocer la evolución de los participantes y adaptar la sesión.

En las sesiones de evaluación, los profesionales de la psicología realizarán una breve entrevista individual con los participantes para conocer su estado de salud mental y posibles novedades que no se reflejan en los instrumentos. Por otro lado, se realizarán evaluaciones fisiológicas objetivas en el mismo periodo que el que se realiza la evaluación psicológica, para así conocer el estado físico de los participantes. Esta evaluación se realizará con Escala EVA (Pérez-de-Heredia et al., 2020) para la percepción del dolor. Es una escala tipo Likert donde evaluarán del 1 al 10 su percepción de dolor en ese momento. Además, los profesionales de la enfermería se reunirán mensualmente con los participantes para controlar su estado de salud médico y poder detectar posibles brotes de forma temprana.

Se evaluará el grado de satisfacción con el programa y con los profesionales a través de un breve cuestionario anónimo realizado *ad hoc* que se proporcionará al finalizar la

sesión 10 (anexo 14). En la tabla 3 se muestra un resumen de los instrumentos utilizados.

**Tabla 3.**

Instrumentos de evaluación en las sesiones.

Instrumentos de evaluación	Sesiones						
	0	1	3	10	11	4 meses.	Un año.
Entrevista individual (psicológica).	X				X	X	X
Evaluación fisiológica.	X				X	X	X
BDI -II.	X				X	X	X
STAI.	X				X	X	X
MPI.	X				X	X	X
PCS.	X				X	X	X
RS-14.	X				X	X	X
EEP.	X				X	X	X
Escala EVA.	X				X	X	X
Encuesta de satisfacción.				X			
Evaluación de los profesionales.				X			
Creencias acerca del DC.		X					
Creencias acerca del ejercicio físico.			X				

### **8. Conclusiones y limitaciones.**

Se prevé que con la realización del programa mejore la calidad de vida de los participantes a través de la mejora de los recursos de afrontamiento ante la enfermedad y ante la modificación de las variables que influyen en el mantenimiento. A través del modelo teórico Transdiagnóstico- cognitivo conductual prevé que, con la mejora de los problemas emocionales, mejore también el DC y los síntomas (Hara et al., 2018).

Se ha de tener en cuenta que la desaparición total del dolor es algo complejo de conseguir, ya que en él intervienen múltiples variables fisiológicas que se escapan al control (Buscemi et al., 2019). Si se enfoca este programa desde la perspectiva de

desaparición total del dolor, puede provocarse un aumento en la frustración y en la ansiedad, y, por tanto, el empeoramiento de los síntomas (Miró et al., 2018). A pesar de ello, se prevé que la actitud ante el dolor cambie, se eliminen las estrategias de afrontamiento inadecuadas que pudieran estar realizando con anterioridad y se sustituyan por otras más adecuadas, creando una red de protección ante el DC.

Por otro lado, es un programa de intervención breve. Los participantes que acuden a él llevarán años enfrentándose a la enfermedad de una forma determinada (Almendro et al., 2011). A pesar de que probablemente se modificará su percepción, no es realista pensar que estos resultados se van a mantener siempre sin ningún tipo de ayuda (Cheng et al., 2017). Las circunstancias personales de los participantes cambiarán y para que estos resultados se mantengan en el tiempo, sería conveniente que acudiesen a terapia psicológica longitudinalmente a lo largo de la vida. Las recaídas forman parte del proceso, por ello se pretende educar a los participantes en su normalización.

Además, este es un programa generalista de prevención y promoción de la salud, por lo que es posible que algunos de los participantes no estén de acuerdo con la realización de algunas actividades. Es importante que los profesionales que lo repliquen tengan en cuenta las diferencias individuales del grupo y su estilo terapéutico en particular.

Puede que encontrar voluntarios con este tipo de problemática en este rango de edad sea algo complejo ya que un amplio porcentaje de personas con AR son diagnosticadas después de los 35 años (Martínez et al., 2017). A pesar de ello, es importante visibilizar este tipo de problemática en las personas jóvenes, ya que muchas de ellas se sienten incomprendidas y sin apoyos sociales suficientes pues su entorno no conoce las características de esta enfermedad (Vite Vera et al., 2019). Por ello, sería conveniente trabajar esta problemática con los familiares más cercanos de forma paralela, para que de esta manera aumente su apoyo social.

A la hora de analizar los datos de la evaluación se ha de tener en cuenta que en la AR se producen síntomas propios de la depresión (como la fatiga) y de la ansiedad (la

tensión muscular) (López- López y Alonso Fernández, 2013). Este solapamiento en los síntomas puede llegar a provocar una falsa evaluación de la ansiedad o depresión y sobreestimar su prevalencia (Redondo et al., 2008). Por ello, algunos autores sugieren eliminar de las escalas de evaluación emocional los ítems que se refieren a los síntomas típicos de la AR para así poder analizar los datos de forma más fiable (Cassanova, 2016). Además, algunos instrumentos que se utilizan para medir la afectación del DC son instrumentos realizados entre los años 80 y 90. A pesar de su alta fiabilidad, sería conveniente crear una nueva batería de instrumentos, adaptados a las necesidades actuales, así como a las personas que tienen AR en particular. Por otro lado, utilizar un número elevado de instrumentos de evaluación psicológica puede provocar en los participantes fatiga y pasividad en su realización. Por ello, es importante que los profesionales que lo lleven a cabo expliquen con claridad la necesidad de realizar una evaluación completa y transmitan a los participantes la finalidad del estudio.

A pesar de las posibles limitaciones, este programa es un programa novedoso que sigue las recomendaciones de la bibliografía reciente a la hora de trabajar el DC. Además, integra una perspectiva multidisciplinar, necesaria para el trabajo con personas con este tipo de problemática. A partir de la cuarta sesión, los profesionales de la fisioterapia realizarán una intervención paralela con los participantes para así integrar una rutina de ejercicio en su día a día. Por otro lado, los profesionales de enfermería, además de estar presentes en dos de las sesiones, tienen un papel importante en el control de los síntomas al finalizar el programa. Utilizando esta variedad de profesionales, se pretende cubrir las necesidades de la población desde una perspectiva integral.

La AR a pesar de ser una patología relativamente frecuente y estudiada a lo largo de la historia, habitualmente es tratada desde una perspectiva médica exclusivamente. No existen programas de intervención específicos llevados a cabo por profesionales de la psicología. Con este trabajo se pretende enfatizar en la necesidad de crearlos para así

prevenir de forma temprana las consecuencias emocionales de la enfermedad y el empeoramiento físico asociado.

## **9. Bibliografía.**

- Almendo Marín, M.T., Clariana Martín, A.M., Hernández Cofiño, S., Rodríguez Campos, C., Camarero Miguel, B., y del Río Martín, T. (2011). El programa de atención psicológica al dolor crónico: El reto de un afrontamiento activo. *Revista. Asociación Española Neuropsiquiatría*, 31(110), 213-227. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352011000200003>.
- Blanco Tarrío, E. (2017). Formación en dolor crónico, una perspectiva diferente. *Revista sociedad española del dolor*, 24(5), 221-223. <https://doi.org/10.20986/resed.2017.3578/2017>.
- Boersma K, Södermark M, Hesser H, Flink IK, Gerdle B y Linton SJ. (2019). Efficacy of a transdiagnostic emotion-focused exposure treatment for chronic pain patients with comorbid anxiety and depression: a randomized controlled trial. *Pain*, 160(8), 1708-1718. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001575>.
- Buela-Casal, G., Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Guillén-Riquelme, A., y Seisdedos Cubero, N. (2011). *STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. TEA.Ediciones.
- Buscemi V., Chang W. J., Liston M.B., McAuley J.H., y Schabrun S.M. (2019). The Role of Perceived Stress and Life Stressors in the Development of Chronic Musculoskeletal Pain Disorders: A Systematic Review. *Journal of Pain*, 20(10), 1127-1139. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2019.02.008>.
- Campero, M. (2014). ¿Es posible objetivar el dolor?. *Revista médica de la clínica condes*, 25(4), 602-609. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70080-X](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70080-X).
- Cano-Vindel A, Muñoz-Navarro R, Wood C, Limonero J, Medrano L, Ruiz-Rodríguez P, Gracia-Gracia I, Dongil-Collado E, Iruarrizaga I, Chacón F, y Santolaya F. (2016). Transdiagnostic Cognitive Behavioral Therapy Versus Treatment as Usual in Adult



Patients With Emotional Disorders in the Primary Care Setting (PsicAP Study): Protocol for a Randomized Controlled Trial. *JMIR Research Protocols*, 5(4). <https://doi.org/10.2196/resprot.6351>.

Cassanova Menal, I. (2016). Evaluación de la efectividad de un tratamiento cognitivo conductual en un caso de dolor crónico. *Revista de casos clínicos en salud mental*, 4(2), 21-151.

Cheng, S.T., Chan, K. L., Lam R. W., Mok, M., Chen, P.P., Chow, Y.F., Chung, J.W.Y., Law, A. C. B., Lee, J. S. W., Leung, E.M.F., y Tam, C. W. C. (2017). A multicomponent intervention for the management of chronic pain in older adults: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 18(528). <https://doi.org/10.1186/s13063-017-2270-3>.

Coordinadora Nacional de Artritis (22 de junio del 2018). *Decálogo de buenos hábitos para las personas con artritis reumatoide [Archivo de Video]*. Disponible en: [https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=uOmzwNTv-SY&ab\\_channel=CoordinadoraNacionaldeArtritis](https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=uOmzwNTv-SY&ab_channel=CoordinadoraNacionaldeArtritis).

David Sánchez Psicología (5 de septiembre de 2017). *Relajación Progresiva de Jacobson; Sesión Guiada con Instrucciones [Archivo de Video]*. Disponible en: [https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=eu-2iWv fCM&ab\\_channel=DavidS%C3%A1nchezPsicolog%C3%ADa](https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=eu-2iWv fCM&ab_channel=DavidS%C3%A1nchezPsicolog%C3%ADa).

Dubey, S., Biswas, P., Ghosh, R., Chatterjee, S., Dubey, M.J., Chatterjee, S., Lahiri, D., y Lavie, C.J. (2020). Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes Metabolism Syndrome*, 14(5), 779-788. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.05.035>.

Edwards, R.R., Dworkin, R.H., Sullivan, M.D., Turk, D.C., y Wasan, A.D. (2016). The Role of Psychosocial Processes in the Development and Maintenance of Chronic Pain. *Journal of Pain*, 17(9), 70-92. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.01.001>.

García Arias y García Vadillo (2011). Tratamiento de la artritis reumatoide en el anciano. *Seminarios de la Fundación Española de Reumatología*, 12(4), 103-107. <https://doi.org/10.1016/j.semreu.2011.07.001>.

- García Campayo, J., Rodero, B., Alda, M., Sobradiel, N., Montero, J., y Moreno, S. (2008). Validación de la versión española de la escala de catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. *Medicina clínica*, 131(13), 487-493.
- González- Blanch, C., Umarán- Alfageme, O., Muñoz- Navarro, R., Ruíz- Rodríguez, P., Medrano, L.A., Hernández de Hota, F., Pérez-Poo, T., y Cano-Vindel, A. (2016). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en atención primaria: fundamentos teóricos y empíricos del estudio. *PsicAP*, 23 (2), 91-98. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.004>.
- González, M. (2014). Dolor crónico y psicología: Actualización. *Revista de medicina clínica Condes*, 25(4), 610-617.
- Hara, K.W., Bjørngaard, J.H., Jacobsen, H.B., Borchgrevink, P.C., Johnsen, R., Stiles, T.C., Brage, S., y Woodhouse, A. (2018). Biopsychosocial predictors and trajectories of work participation after transdiagnostic occupational rehabilitation of participants with mental and somatic disorders: a cohort study. *BMC Public Health*, 18 (1014). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5803-0>.
- Hasenbring, M. I., Hallner, D., Klasen, B., Streitlein-Böhme, I., Willburger, R., y Rusche, H. (2012). Pain-related avoidance versus endurance in primary care patients with subacute back pain: psychological characteristics and outcome at a 6-month follow-up. *Pain*, 153(1), 211–217. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.10.019>.
- Hasenbring, M.I., Chehadi, O., Titze, C, y Kreddig, N. (2014). Fear and anxiety in the transition from acute to chronic pain: there is evidence for endurance besides avoidance. *Pain Management*, 4(5), 363–374. <https://doi.org/10.2217/pmt.14.36>.
- Kalapurakel, S., Elizabeth, A., Carpino, M. A., Alyssa Lebel, M.D., Laura, E., y Simons, P. D. (2015). “Pain Can’t Stop Me”: Examining Pain Self-Efficacy and Acceptance as Resilience Processes Among Youth With Chronic Headache, *Journal of Pediatric Psychology*, 40(9), 926–933. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu091>.

- Kohrt, B. A., Griffith, J. L., y Patel, V. (2018). Chronic pain and mental health: integrated solutions for global problems. *Pain*, 159(1), 85-90. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001296>.
- Lami, M. J., Martínez, M. P., Miró, E., y Sánchez, A. I. (2013). Versión Española de la "Escala de catastrofización del dolor": Estudio psicométrico en mujeres sanas. *Psicología Conductual*, 21(1), 137-156.
- Linton, S.J. (2013) A transdiagnostic approach to pain and emotion. *Journal of Biobehavioral Research*, 18(2), 82-103. <https://doi.org/10.1111/jabr.12007>.
- Logan D. E., Gray, L.S., Iversen, C.N., y Kim, S., (2017). School Self-Concept in Adolescents With Chronic Pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(8), 892-901. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsx063>.
- López-López A y Alonso-Fernández M. (2013). Aplicación de un programa de intervención psicológica en personas mayores con dolor crónico en el ámbito residencial. *Revista Trauma, fundación MAPFRE* 24(2), 71-79.
- Maldonado, G., Ríos, C., Paredes, C., Ferro, C., Intriago, M.J., Aguirre, C., Ávila, V., y Moreno, M. (2017). Depression in Rheumatoid Arthritis. *Revista Colombiana de Reumatología (English Edition)*, 24(2), 84-91. <https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2016.12.001>.
- Martínez, J. M., Morales, M., L., Poma, L.A., y Ghia, C.A. (2017). Complicaciones psicosociales de los pacientes con artritis reumatoide juvenil. *Revista Cubana de Reumatología*, 19(3), 132-138.
- Menéndez-Colino, R., Guevara Linares, X., Iparraguirre Azcona, M., y Nistal, M. (2010). Evaluación de la efectividad de un tratamiento cognitivo conductual en un caso de dolor crónico. *Revista española de geriatría y gerontología*, 45(5), 305-307.
- Mills, S.E., Nicolson, K.P. y Smith, B.H. (2019). Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population- bases studies. *British Journal of Anaesthesia Factor*, 123(2), 273- 283. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.03.023>.

- Miró, J., de la Vega, R., Solé, E., Castarlenas, E., Sánchez- Rodríguez, E., Galán, S., y Roy, R. (2018) Psicología y dolor crónico infantil. *Revista Sociedad Española de Dolor*, 25(1), 46-56.
- Moix, J., y Casado, M. (2011). Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 22(1), 41-50.
- Morales Fernández, A., y Canca Sánchez, J. C. (2017). *Programa de intervención enfermera grupal en paciente con dolor crónico no oncológico*. [Tesis Doctoral, Universidad de Málaga].
- Moreno Rodríguez, R., García de Vicuña, R., Goicoechea García, C., y Tornero Molina, J. (2015). Efectos de la intervención desde terapia ocupacional sobre la percepción del dolor crónico y la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide. *Revista sociedad española del dolor*, 22(3), 95-101. <http://doi.org/10.4321/S1134-80462015000300002>.
- Moretti, L.S. (2010). Variables Cognitivas Implicadas en la Experiencia de Dolor Crónico. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 2(3), 21-29.
- Moseley, S.J., y Butler, D.S. (2015). Fifteen Years of Explaining Pain: The Past, Present, and Future. *The Journal of Pain*, 16(9), 807-813. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.05.005>.
- Neira, P., Martínez, P., Marín, C., y Estupiñá, F. (2019). Relación entre los sucesos vitales estresantes y el desarrollo de la sintomatología ansiosa y somática. Evaluación y tratamiento de un caso clínico. *Revista de victimología*, 9, 31-55. <https://doi.org/10.12827/RVJV.9.01>.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en su 3º edición (enero 2020). [https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index\\_10\\_mc.html](https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html).

- Pastor, M.A., López, S., Rodríguez- Marín, J., Terol, M.C.y Sánchez, S. (1996). Evaluación multidimensional del dolor crónico en enfermos reumáticos. *Revista de la psicología de la salud*, 7(2).
- Pedredo- Pérez, E.J., Ruiz- Sánchez, J.H., Lozoya- Delgado, P., Rojo- Mota, G., Llanero- Luque, M., y Puerta- García, C. (2015). La “escala de estrés percibido”: estudio psicométrico sin restricciones en población no clínica y adicto a sustancias en tratamiento. *Behavioural Psychology*, 23 (2), 305-324.
- Pérez-de-Heredia, M., Torres, C., García-Bravo, E., Huertas-Hoyas, M.R., Martínez-Piédrola, S., Serrada-Tejeda, J.C., y Martínez-Castrillo. (2020). Sensibilidad y dolor en distonías focales de la mano. *Sociedad Española de Neurología*. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2019.12.005>.
- Puig, L., Ruiz de Morales, J.G., Dauden, E., Andreu, J.L., Cervera, R., Adán, A., Marsal, S., Escobar, C., Hinojosa J., Palau J., Arraiza, A., Casado, P., Codesido, M., Pascual, C., Saldaña, R., y Gil, A. (2019). La prevalencia de diez enfermedades inflamatorias inmunomediadas (IMID) en España. *Revista española de Salud Pública*, 93, 1-14. [www.msc.es/resp](http://www.msc.es/resp).
- Puntillo F., Giglio M., Brienza N., Viswanath O., Urits I., Kaye A. D., Pergolizzi J., Paladini A., y Varrassi, G., (2020). Impact of COVID-19 pandemic on chronic pain management: Looking for the best way to deliver care. *Best Practice and Research: Clinical Anaesthesiology*, 34(3), 529-537. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2020.07.001>.
- Quiceno, J.M., Vinaccia, S., y Remor, E. (2011). Programa de potenciación de la resiliencia para pacientes con Artritis Reumatoide. *Revista de psicopatología y psicología Clínica*, 16(1), 27-47. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.1.2011.10349>.
- Quiceno, J.M., y Vinaccia, S. (2011a). Evolución de la intervención psicológica de la artritis reumatoide. *Psicología desde el caribe. Universidad del Norte*, 27, 160-178.
- Quiceno, J.M., y Vinaccia, S. (2011b). Artritis Reumatoide: consideraciones psicobiológicas. *Revistas diversitas. Perspectivas en psicología*, 7 (1), 27-41.

- Redondo Delgado, M., León Mateos, L., Pérez Nieto, M.A. y Jover Jover, J., (2008). El dolor en los pacientes con artritis reumatoide: variables psicológicas relacionadas e intervención. *Clínica y salud*, 18 (3), 359- 378.
- Reyes, G. A., Toledano, M. G., Hernández Martínez, A. A., Otero González, Z. A., Bicet Dorzón, E., Torres Carballeira, R., y Martínez Larrarte, J. P. (2020). Las enfermedades autoinmune-reumáticas en la epidemia por SAR-COV-2; COVID-19. Estrategias en su manejo y actualización desde la visión de la sociedad cubana de reumatología y su grupo nacional. *Revista Cubana de Reumatología*, 22(3), 0-0.
- Ruiz G.T., y López, A.E., (2012). Resiliencia psicológica y dolor crónico. *Escritos de Psicología*, 5(2), 0-0. <http://doi.org/10.5231/psy.writ.2012.1001>.
- Ruiz- Mejía, C., Parada Pérez, A.M., Urrego Vásquez, A., y Gallego González, D. (2016). Adherencia al tratamiento en artritis reumatoide: condición indispensable para el control de la enfermedad. *Revista cubana de Medicina general integral*, 32(3).
- Ruvalcaba Palacios, G., y Domínguez Trejo, B. (2008) *La terapia psicológica del dolor crónico. Psicología y Salud*, 19(2), 247-252. <https://doi.org/10.25009/pys.v19i2.634>.
- Sanabria, J. P., y Gers, M. (2019). Repercusiones del dolor crónico en las dinámicas de pareja: perspectivas de mujeres con fibromialgia. *Revista Colombiana de Psicología*, 28, 47-61. <https://doi.org/10.15446/rcp.v28n2.71021>.
- Sánchez- Teruel, C., y Robles- Bello, M.A. (2015). Escala de resiliencia 14 items (RS-14): propiedades psicométricas de la versión en español. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 40(2), 103-113.
- Sanz, J., Perdiñón, A.L., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): *Propiedades psicométricas en población general. Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.
- Tegethoff, M., Belardi, A., Stalujanis, E., y Meinschmidt, G. (2015). Comorbidity of mental disorders and chronic pain: chronology of onset in adolescents of a national

representative cohort. *Journal of Pain*, 16(10), 1054-1064.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.06.009>.

Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J.M., y Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry* 66(4), 317-320. <https://doi.org/10.1177/0020764020915212>.

Torres Cifuentes, D.C., Castro Ramírez, D. y Nieto Vetancurt, L. (2017). Creencias y calidad de vida en el dolor crónico. *Textos y sentidos*, 17, 33-58.

Uhden Layron, E. (2016). *Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en pacientes con dolor crónico no oncológico. [Tesis doctoral inédita]*. Universidad de Sevilla.

Vinaccia, S., Quiceno, J.M., Lozano, F., y Romero, S. (2017). Calidad de vida relacionada con la salud, percepción de enfermedad, felicidad y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Acta Colombiana de psicología*, 20(1), 49-59.  
<https://doi.org/10.14718/ACP.2017.20.1.4>.

Vite Vera, E., Sáenz Bravo, M.C., Moreira Cedeño, L.D., Solís Alcívar, D. C., Romero Arévalo, M.F., y Macías Cedeño, M.S. (2019). Dolor crónico en el paciente reumático. *Revista Cubana de Reumatología*, 21(2).  
<http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/706>.

Vosniadou S. (2013). International Handbook of Research on Conceptual Change. *Science and Education*, 20(5), 563-576. <https://doi.org/10.1007/s11191-010-9283-6>.

Zavala-Flores, E., Salcedo-Matienzo, J., Quiroz-Alva, A., y Berrocal- Kasay, A. (2020). Efecto de la cuarentena por la COVID-19 en pacientes con artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 37(4), 783-784. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.374.6150>.

## **10. Anexos**

### *10.1. Consentimiento informado.*

Yo D/D<sup>a</sup>..... con DNI ..... **DECLARO** haber leído este documento y haber sido informado/a de los siguientes aspectos:

- La participación en este estudio es absolutamente voluntaria, y puedo negarme a participar o retirarme del estudio en cualquier momento.
- Este proyecto de investigación no conlleva ningún tipo de riesgo o efecto adverso para mí. No obstante, yo puedo decidir no realizar alguna prueba en particular, o posponer su realización a otro momento.
- Tengo derecho a conocer los resultados obtenidos en la investigación si así lo deseo.
- Mis datos personales serán tratados conforme a los términos establecidos en:
  - Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre.
  - Real Decreto 1720/2007 de 21 de diciembre.
  - Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo, del Consejo de 27 de abril de 2016.
  - Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre.
- Conforme a dicha normativa, mis datos serán tratados manteniendo total y absoluto anonimato y confidencialidad, por lo que mi identidad nunca será conocida por cualquier otra persona ajena al proyecto de investigación.

Además, **ME COMPROMETO** a no acudir al centro en el caso de tener síntomas compatibles de SarsCov-2, haber tenido contacto con una persona positiva y es así, informar de ello a los profesionales que llevan a cabo el programa. Además, me comprometo a seguir las medidas sanitarias en el momento vigente.

Firmo a continuación que he leído todas las explicaciones sobre el estudio en el que se me ha propuesto participar, que he tenido la oportunidad de discutir las con los investigadores, de hacer todo tipo de preguntas al respecto y que, en consecuencia, he decidido participar voluntariamente en este estudio.



En ....., a .....de.....de 20.....

Firma.....

#### 10.2. Mitos del dolor crónico.

El cuestionario breve que se va a utilizar para trabajar los mitos del DC y de la AR en sesión está disponible en el siguiente enlace: <https://create.kahoot.it/details/c6fa78ee-c9f1-4b2d-93e0-bf2cc24c65d8>. Es un cuestionario de creación propia. A continuación, se mostrarán las respuestas al mismo.

- La medicación es la única forma de reducir el dolor → FALSO. Es importante utilizar la medicación para poder reducir los síntomas, pero no es la única manera de reducir el dolor, ya que podemos hacer cosas en el día a día que pueden ayudarnos a controlarlo.
- El reposo es recomendable siempre cuando tengo dolor→ VERDADERO Y FALSO. El reposo puede venirnos bien en el caso de tener un brote activo de la enfermedad. No obstante, es necesario tener una vida ligeramente activa para que nuestras articulaciones no se queden “oxidadas”.
- Puedo controlar mi dolor a la perfección con esfuerzo y constancia → FALSO. El dolor no se puede controlar nunca al 100% ya que hay variables que no están bajo nuestro control. Pensar que podemos controlarlo todo puede dar lugar a un aumento de la frustración, y, por tanto, de la ansiedad.
- No voy a solucionar nunca mi problema, estoy condenado/a vivir con dolor→ FALSO. A pesar de no poder controlar nunca el dolor, y a pesar de que en ocasiones podamos sentirnos derrotados y frustrados, lo cierto es que podemos hacer pequeñas cosas para mejorar nuestra percepción del dolor y aprender a vivir con la enfermedad.
- El ejercicio físico puede ayudar a mejorar los síntomas → VERDADERO. El ejercicio físico siempre es positivo para tratar los síntomas.

- Los medicamentos pueden producir adicción y dependencia → FALSO. Los medicamentos orientados a el tratamiento de la AR no producen dependencia.
- La artritis reumatoide es una enfermedad de gente anciana→ FALSO. Se puede dar en personas de todas las edades, no solo personas ancianas.
- Cuando termine este programa voy a dejar de sentir dolor para siempre→ FALSO. Probablemente este programa te ayude a mejorar la percepción de tu dolor, y reduzca la interferencia de este en la vida cotidiana, no obstante dejar de sentir dolor al 100% para siempre es algo ilusorio.
- El apoyo social es muy importante en mi recuperación. →VERDADERO. El apoyo social es una de las variables más importantes en la recuperación de las personas.
- Si controlo una serie de variables mi dolor se puede reducir. → VERDADERO. Como se ha mostrado anteriormente, controlar al 100% nuestro dolor es imposible, pero si hay algunas variables que dependen de nosotros.

### *10.3. Historia personal.*

Para esta actividad se utilizarán 5 historias de personas que padecen AR y que tienen diferentes factores de riesgo que pueden producir un empeoramiento de los síntomas. Los participantes tendrán que identificar las variables que creen que están influyendo en su malestar, así como en el mantenimiento del problema y posibles soluciones. A continuación, se muestra el ejemplo de una de ellas:

*Sara tiene 24 años, y padece de AR desde que tiene 19. Actualmente está pasando por un brote de la enfermedad, en el que le duelen mucho las muñecas y los dedos, y siente como si cientos de agujas se estuviesen clavando en su mano cada vez que coge peso y realiza más esfuerzo del habitual.*

*Sara es enfermera y trabaja a tiempo completo en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Al mismo tiempo, está estudiando un Máster de Enfermería en Urgencias y Críticos. Sara vive con sus padres y con su hermano. Su madre tiene 54 años y padece*

*de diabetes; su padre tiene 60 y padece de hipertensión y obesidad. A su vez, su hermano es un adolescente de 16 años que quiere dejar los estudios y con el que tienen discusiones habitualmente en casa.*

*Por su alta ocupación laboral, Sara come y cena de forma rápida y con muchos cambios de horarios. Además, tampoco realiza ejercicio físico ya que no tiene ni tiempo ni ganas de acudir a un gimnasio. Por otro lado, siente que el máster y el trabajo le están consumiendo ya que no tiene tiempo a penas de salir con sus amigos, ni de estar con sus padres. Por otro lado, cuando puede salir con ellos, decide no hacerlo pues está muy expuesta al Coronavirus y le da miedo contagiar a su entorno más cercano, por lo que su vida social se limita a ir de casa al trabajo. Además, su reumatólogo lleva sin verla más de un año debido a la pandemia, y siente que molesta si solicita una cita presencial, ya que es consciente de la situación por la que está pasando el hospital.*

#### *10.4. Autorregistro.*

Este autorregistro se utilizará al finalizar la segunda sesión y a lo largo de toda la semana con el objetivo de que los participantes sean conscientes de los momentos en los que más perciben el dolor.

<b>Tarea.</b>	<b>Dolor (1-10).</b>	<b>Actuación.</b>	<b>Consecuencias.</b>
-			
-			
-			

#### *10.5. Pensamientos emociones y conductas.*

En esta actividad grupal, se expondrán diferentes situaciones y diferentes formas de pensar. Los participantes tendrán que razonar por qué este pensamiento puede ser desadaptativo y tendrán que sustituirlo por otro más adaptativo. Se realizará en dos tablas diferentes. Un ejemplo de esto se muestra a continuación.

Primera parte:

Situación.	Pensamiento.	Emoción.	Conducta.	Consecuencia.
<b>Me acabo de levantar con dolor articular después de estar un mes bien.</b>	Madre mía, ya voy a volver a los inicios, este tratamiento no me vale para absolutamente nada, estoy perdiendo el tiempo.	Nerviosismo, angustia y tristeza.	Voy a dejar de medicarme, porque total, no vale para nada.	Empeoramiento de los síntomas.

Segunda parte:

Situación.	Pensamiento.	Emoción.	Conducta.	Consecuencia.
<b>Me acabo de levantar con dolor articular después de estar un mes bien.</b>	Esto es un fastidio, pero voy a intentar mantener la calma y no sacar conclusiones precipitadas.	Nerviosismo	Voy a avisar a mi médico/a para saber qué puedo hacer para que esto se solucione.	Mejora de los síntomas.

#### 10.6. Autorregistro pensamientos.

Este autorregistro se utilizará al finalizar la tercera sesión y durante toda la semana con el objetivo de conocer y analizar los pensamientos que los participantes pueden tener a lo largo de la semana.

Tarea.	Dolor (1-10).	Pensamiento.	Emoción.	Conducta.	Consecuencia.
-					
-					
-					

#### 10.7. Evaluación de creencias acerca del ejercicio físico.

Se realizará un breve cuestionario en el que se mostrarán algunos de los mitos más comunes que pueden tener las personas que tienen AR ante el ejercicio físico. Estos mitos tendrán que evaluarlos del 1 al 5 en una escala tipo Likert. El 1 significa no estar de acuerdo en absoluto, y el 5 estar totalmente de acuerdo. No existen respuestas

correctas ni incorrectas, este cuestionario únicamente servirá para establecer unas metas dentro de la sesión y adaptarla al nivel del grupo.

<b>Afirmación</b>	<b>Respuesta</b>
Si el ejercicio no me sirve para perder grasa, no me vale para absolutamente nada.	
Realizar ejercicio físico sin impacto es igual que no hacer nada.	
Puedo realizar cualquier tipo de deporte sin necesidad de llevar cuidado.	
Con la AR el único ejercicio físico que puedo hacer es la natación.	
Tengo miedo de lesionarme cuando me pongo a hacer ejercicio.	
Realizo estiramientos musculares en casa diariamente.	
Odio hacer deporte.	
Me gustaría hacer más ejercicio, pero siento que no puedo hacerlo.	
Me siento desanimado/a y decaído y lo que menos me apetece es ponerme a hacer ejercicios.	
De pequeño/a llevaba una vida activa, pero desde que me diagnosticaron la AR he dejado los ejercicios de lado.	
Duermo bien por las noches.	
Habitualmente me levanto cada noche por el dolor que estoy sintiendo.	
Siento que mi descanso es el adecuado.	

- ¿Cuánto ejercicio físico realizas a lo largo de la semana? ¿Qué tipo de ejercicios haces?
- ¿Cuántas horas duermes cada noche? ¿De qué hora a qué hora duermes?
- ¿Sientes que tu descanso es el adecuado o sientes que debería mejorar?

*10.8. Registro de ejercicio físico diario.*

Este autorregistro se utilizará en la sesión 4 para realizar el seguimiento de la rutina de ejercicios.

<b>Día de la semana.</b>	<b>Ejercicio 1.</b>	<b>Ejercicio 2.</b>	<b>Ejercicio 3.</b>	<b>Ejercicio 4.</b>	<b>Evaluación (1-10).</b>
Lunes.					
Martes.					
Miércoles.					
Jueves.					
Viernes.					
Sábado.					

*10.9. Registro de ejercicio físico diario.*

Este autorregistro se utilizará para conocer las emociones y pensamientos de los participantes cuando realizan ejercicio físico.

<b>Día de la semana.</b>	<b>Dolor (1-10).</b>	<b>Pensamiento.</b>	<b>Emoción.</b>	<b>Consecuencia.</b>
Lunes.				
Martes.				
Miércoles.				
Jueves.				
Viernes.				
Sábado.				

*10.10. Autoinstrucciones positivas y autorrefuerzo.*

Para la realización de esta actividad, se pedirá que los usuarios escriban la mayor cantidad de palabras o frases que les describan en las áreas relacionadas con el aspecto físico, relación con los demás, rendimiento laboral, funcionamiento psicológico y fortalezas en general. A continuación, por parejas, se pedirá que realicen el mismo

ejercicio, pero describiendo al compañero que tienen delante. A continuación, se pedirá de forma voluntaria exponerlo al resto del grupo.

<b>MIS FORTALEZAS</b>	
<b>Aspecto físico.</b>	
<b>Relación con mi familia.</b>	
<b>Relación con mi pareja y amigos.</b>	
<b>Rendimiento laboral.</b>	
<b>Rendimiento académico.</b>	
<b>Funcionamiento psicológico.</b>	

#### 10.11. Autorregistro momentos buenos.

Este es el autorregistro de momentos positivos que se utilizará en la sesión 7.

<b>Día de la semana.</b>	<b>Momento bueno.</b>	<b>Actuación.</b>	<b>Situación estresante.</b>	<b>Actuación</b>

#### 10.12. Role playing grupal.

En este Role Play se necesitarán dos o más personas. Se realizarán varios ejercicios similares para que todas las personas del grupo participen. El resto de role playing estarán relacionados con el ámbito laboral, vida en pareja y el ámbito familiar. A continuación, se muestra el ejemplo de uno de ellos.

Para este Role Playing, se necesitará a una persona que haga de afectada y dos que sean sus familiares.

*Situación: Vas al campo con tu familia a realizar una ruta de senderismo por la montaña. Te dijeron tus familiares que iba a ser una ruta sencilla y breve, de no más de 3 kilómetros y por terreno llano. Sin embargo, al llegar allí te das cuenta de que es una ruta por montaña con altos y bajos y es más distancia de lo previsto. Cuando lo intentas*

*comunicar con los familiares, ellos te responden diciendo que no es para tanto, que eres joven y que vale ya de tanta tontería y todo termina en una discusión.*

#### 10.13. Recursos

Los recursos que se proporcionarán en la última sesión son:

- **Servicio de Asistencia Integral para Personas con Artritis y Familiares (SAPAIR) de la Asociación ConArtritis.** Este servicio posee asesoramiento jurídico, integración laboral, atención psicológica personalizada, terapia ocupacional y atención para familiares, así como múltiples charlas de pacientes. Este servicio se puede acceder a través de la página web de la asociación: <http://www.conartritis.org/saipar>.
- Web <https://rochepacientes.es/asociaciones.html> donde se puede acceder a un buscador en el que se pueden encontrar las asociaciones de ayuda a pacientes con AR en función de su localidad.
- Libro “**Como vivir con Artritis**” de la asociación **ConArtritis** creado en 2009. Se resumen algunos de los contenidos de las sesiones, y se proporcionan algunas orientaciones adicionales. Disponible en el siguiente enlace: <https://rochepacientes.es/content/dam/roche-pacientes-2/es/assets/pdfs/estudio-vivir-con-artritis.pdf>.
- **Guía de la explicación de los términos médicos** más utilizados en relación con la AR creado por la asociación ConArtritis. Disponible en el siguiente enlace: [http://www.conartritis.org/wp-content/uploads/2014/guia\\_A-Z\\_artritis.pdf](http://www.conartritis.org/wp-content/uploads/2014/guia_A-Z_artritis.pdf)

#### 10.14. Encuesta de *satisfacción*.

Esta encuesta de satisfacción se utilizará para evaluar la satisfacción de los usuarios con respecto a el programa. Es de carácter anónimo y servirá para mejorar los contenidos de cara a la próxima aplicación.

- Valora del 1 al 10 tu satisfacción con los contenidos del programa:



- ¿Consideras que has aprendido cosas que antes no sabías? Cuéntanos brevemente cómo ha sido tu proceso de aprendizaje a lo largo del programa.
- ¿Qué actividad o sesión ha sido la que más te ha gustado? ¿Y la que menos? Justifica tu respuesta.
- ¿Te gustaría que hubiésemos tratado otros contenidos en las sesiones? ¿Cuáles?

A continuación, te pedimos que evalúes a los profesionales que han llevado a cabo este programa, con el objetivo de mejorar.

- Valora del 1 al 10 tu satisfacción con los profesionales de la psicología que han conducido el programa:
- Valora del 1 al 10 tu satisfacción con los profesionales de enfermería en el programa:
- Valora del 1 al 10 tu satisfacción con los profesionales de la fisioterapia en el programa:
- Valora del 1 al 10 tu confianza con los profesionales que han conducido el programa:
- ¿Qué es lo que más valoras de los profesionales?
- ¿Qué es lo que menos te ha gustado de ellos y ellas?
- ¿Qué propones para mejorar su actuación de cara al próximo curso?