

Revista Cubana de Reumatología



Órgano oficial de la Sociedad Cubana de Reumatología y el Grupo Nacional de Reumatología
Volumen 21, Número 2; 2019 ISSN: 1817-5996
www.revreumatologia.sld.cu

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Dolor crónico en el paciente reumático

Chronic pain in the rheumatic patient

Erika Fabiola Vite Vera ^{1*}, Mercedes Catalina Sáenz Bravo ², Leydi Diana Moreira Cedeño ³, Diana Carolina Solís Alcívar ⁴, María Fernanda Romero Arévalo ⁵, Mariuxi Stefanía Macías Cedeño ⁶

¹ Médico General. Hospital General Guasmo Sur. Residente en la Unidad de Cuidados Intensivos. Guayas, Ecuador.

² Médico General. Hospital General Guasmo Sur. Residente en funciones hospitalaria. Pichincha, Ecuador.

³ Médico General. Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas. Residente en dermatología. Pichincha, Ecuador.

⁴ Médico General. Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud. Guayas, Ecuador.

⁵ Médico General. Hospital General Guasmo Sur. Residente en funciones hospitalarias. Guayas, Ecuador.

⁶ Médico General. Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud. Guayas, Ecuador.

*Autor para la correspondencia: Dra. Erika Fabiola Vite Vera. evitevczs5@gmail.com

RESUMEN

Introducción: el dolor en el paciente reumático puede presentarse, en forma de dolor agudo o crónico, de carácter más complejo, de mayor duración (a partir de 3 meses) o que permanece una vez solucionada la lesión.

Objetivo: precisar algunas regularidades sobre este tipo de dolor en el paciente reumático.

Desarrollo: es de alta significación considerar en la evaluación del enfermo con dolor crónico el rol de las vías de afrontamiento.

Conclusiones: el carácter del manejo del dolor es multifactorial, lo que obliga a implementar intervenciones multifactoriales complejas para perfeccionar el tratamiento apropiado.

Palabras clave: paciente reumático; dolor; dolor crónico.

ABSTRACT

Introduction: the pain in the rheumatic patient can present, in the form of acute or chronic pain, more complex nature, of greater duration (from 3 months) or that remains after the injury has been resolved.

Objective: to focus on some regularities on this type of pain in the rheumatic patient.

Development: it is highly significant to consider in the evaluation of the patient with chronic pain the role of the coping ways.

Conclusions: the character of pain management is multifactorial, which requires the implementation of complex multifactorial interventions to perfect the appropriate treatment.

Keywords: rheumatic patient; pain; chronic pain.

Recibido: 11/12/2018

Aprobado: 18/01/2019

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades musculoesqueléticas significan hoy uno de los primordiales problemas de salud en las naciones occidentales, ya que, si bien su tasa de mortalidad resulta muy baja, inferior al 0,002 % al año, manifiestan una alta tasa de morbilidad resultada esencialmente de su notable incidencia y prevalencia, incidiendo negativamente en alto porcentaje de la población general y figurando el 40% de todas las enfermedades crónicas.

En cláusulas de morbilidad, entre las enfermedades musculoesqueléticas destacan las reumáticas. El dolor puede presentarse, debido a la incidencia de estas enfermedades, en forma de dolor agudo, gracias a, en esencia, lesiones infecciosas, traumáticas, a esfuerzos leves o moderados, entre otros factores, o en forma de dolor crónico, de carácter más complejo, de mayor duración (a partir de 3 meses) o que permanece una vez solucionada la lesión.⁽¹⁾

En las enfermedades reumáticas, cerca de un 40% de los casos manifiestan un control insatisfactorio de su dolor. Así también, el dolor crónico propio de muchos de los procesos reumáticos no posee la función biológica de defensa que identifica al dolor agudo.

Los componentes patológicos del dolor crónico resultan complejos y requieren cambios neurobioquímicos y estructurales en el sistema nervioso central, en los cuales estímulo nociceptivo o la propia lesión o su grado no son protagonistas. En estos contextos, por ende, la experiencia del dolor trastorna los mecanismos de relación personal, familiar y social, causa una disminución funcional (no solo en el orden laboral, sino en cualquier actividad diaria), presenta unos costes asistenciales y laborales muy altos y resulta origen habitual de altercados.⁽²⁾

A nivel planetario resulta sabido que las enfermedades reumáticas significan un gasto notable para la economía de las naciones, al perjudicar a un gran número de individuos laboralmente activos que deben hacer reposo en las etapas de crisis que en muchos casos suelen ser dilatadas y constantes, siendo de una importancia decisiva el manejo de los procesos de rehabilitación precoz que suministrarían una reducción en la recuperación del enfermo y su pronta incorporación a los ambientes familiares y profesionales.

En el área de la fisioterapia el tratamiento que se ofrece a estos casos es restringido por su elemento autoinmune, inflamatorio y degenerativo. El rol del fisioterapeuta en estas enfermedades suele colocarse a la disminución del dolor, la prevención de la limitación articular y de la atrofia muscular, así como a la restitución de la funcionalidad. A pesar de la intervención fisioterapéutica, con periodicidad no se alcanza una acabada mengua de sus signos y síntomas, incluso con el tratamiento farmacológico desplegado por la reumatología.⁽³⁾

Como padecimiento crónico, sistémico y de naturaleza autoinmune, la artritis reumatoide admite una diferencia significativa con otras patologías del grupo. El sistema inmune se altera y comienza a atacar al propio cuerpo y, aunque la afectación principal se establece en las articulaciones, las alteraciones pueden manifestarse además en el corazón o los pulmones.

La etiología resulta aún desconocida y su curso completamente impredecible, con etapas de calma que se substituyen con otras de exacerbación, los denominados brotes, incidentes de inflamación que pueden dejar secuelas en las articulaciones comprometidas y en los cuales el dolor se incrementa. Asimismo, la artritis reumatoide afecta no solo a la calidad de vida del que la padece, por su carácter hondamente discapacitante, sino además a su cantidad, ya que la esperanza de vida de estos casos disminuye entre cuatro y diez años.⁽⁴⁾

Se ha precisado, por ejemplo, que los pacientes con fibromialgia manifiestan dolor músculo-esquelético crónico, rigidez matutina y fatiga matinal en un 100 %, alteraciones del patrón normal de sueño en un 92 %, ansiedad y/o tensión emocional en un 99 %, parestesias en un 82 %, cefalea en un 88 % y colon irritable en un 38 %.

La fibromialgia incide en todas las razas y en mujeres y hombres, aunque las primeras representan un porcentaje mayor a un 75 %. Afecta a todas las edades, desde la juventud a la ancianidad, pero se identifica asiduamente en los adultos entre los 45 a 50 años. Igualmente, se cree que afecta esencialmente a individuos de estatus económico y cultural más alto.⁽⁵⁾

Desde el plano psicológico, la importancia del dolor crónico como un problema clínico resulta nuevo. En este sentido, la atención al dolor como problema en sí mismo, más allá de su carácter diagnóstico para un sinnúmero de enfermedades, tiene su origen en la década de los setentas.

Dicha situación significa juntar un desarrollo óptimo del manejo psicológico determinado en otros contornos, con el requerimiento de fundar una nueva especialidad, área de conocimiento y de intervención especialmente complicada. La psicología viene a auxiliar a la medicina, a la anestesiología y a la neurología esencialmente, para ayudar a manifestar e intervenir sobre las consecuencias perceptivas singulares del dolor y su incidencia psicosocial.⁽⁶⁾

Los patrones de personalidad en los casos con dolor crónico, o sea, cómo aprecian cognitivamente la experiencia y las tácticas de afrontamiento que emplean frente al dolor, determinan en gran número la manera de los pacientes de vivenciar el dolor. Dichos enfoques de personalidad intervienen en el resultado terapéutico, en la respuesta a los tratamientos aplicados e incluso en ciertas ocasiones en la no solución. La causa por la cual muchos individuos con dolor crónico sufren depresión no se

encuentra del todo identificada y mucho menos la manera del establecimiento de la conexión entre ambos fenómenos.

En lo referente a las características de la personalidad, los casos con dolor crónico muestran una elevada escala de trastornos de personalidad y estos precipitan o mantienen el dolor. No obstante, se puede destacar que los atributos de personalidad guardan escasa relación con la apreciación del dolor, aunque sí se hallan concernidas con los estados emocionales manifestados por estos enfermos.⁽⁷⁾

El tratamiento del dolor crónico en el paciente reumático, sobre todo si se considera adulto mayor, es un desafío al que el profesional sanitario debe brindar solución, por disímiles razones: incremento de la población adulta mayor, incremento del síntoma dolor con la edad, probabilidades terapéuticas para atenuar el dolor.

Contrariamente, se presenta un número de barreras de las cuales hay que tener dominio para poderlas proteger: un sentido de fatalismo que relaciona al dolor en el anciano como un fenómeno inherente, la intención de comportarse como un paciente no problemático al considerar su dolor como algo irrevocable, una abundancia de opiofobia en la sociedad, que convierte las secuelas del empleo recreativo de la heroína como una práctica habitual el empleo médico y controlado de opioides, el requerimiento de un mayor número de servicios concretos para el manejo del dolor, menos restricciones financieras y la exigencia de una mejor formación de los profesionales en el empleo de medidas de control del dolor en el adulto mayor.⁽⁸⁾

Es de alta significación considerar en la evaluación del enfermo con dolor crónico el rol de las vías de afrontamiento, ya que se establece una red de relaciones complejas en el que intervienen variables como la edad, el sexo, el nivel cultural, la intensidad y la clase de dolor. Dichas variables deben ser tendidas en consideración a la hora de estudiar el complicado fenómeno de las vías de afrontamiento al dolor crónico.⁽⁹⁾ En este trabajo se precisan algunas regularidades sobre este tipo de dolor en el paciente reumático.

DESARROLLO

Varias son las investigaciones que discuten puntos de vistas disímiles sobre las relaciones de las enfermedades reumáticas con la presencia del dolor crónico en pacientes de diversa tipología.

Casals y Samper,⁽¹⁰⁾ quienes describen la implementación del estudio ITACA, en España, concluyen que el resultado mundial adquirido de la población incluida en el estudio ITACA fue: el mayor número de pacientes son del sexo femenino, con una edad comprendida entre 55 y 70 años, sufren en esencia de dolor crónico de origen lumbar degenerativo o inflamatorio, con una evolución media del mismo de $5,32 \pm 6,31$ años, viven en familia, poseen sobrepeso y residen en áreas urbanas.

Se establece una conexión estrecha entre la intensidad del dolor y el nivel de afectación de la calidad de vida de los enfermos. Se identifica un mayor efecto sobre el índice físico que el mental en la calidad de vida de la población bajo estudio. Los indicadores negativos de salud física son sufrir artrosis y la intensidad de dolor, los positivos la escasa limitación de la actividad física y el dolor visceral. Las variables que inciden negativamente en la esfera mental de la calidad de vida están constituidas por el sexo femenino, bajo nivel cultural y poseer una invalidez de la actividad.

Por su parte, Martín, Zaz, Grau, Montorio y Cesar⁽¹¹⁾ exploraron la utilidad de una versión abreviada del Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ) para la evaluación de pacientes cubanos con dolor crónico producto de enfermedades reumáticas. Los autores declaran que las elevadas correlaciones entre las diferentes subescalas demuestran la consistencia interna del instrumento. La relación entre la

intensidad del dolor y los grados de ansiedad y depresión se encuentra ampliamente relacionada en varias investigaciones por lo que resulta pertinente el empleo de esta versión abreviada del MPQ en pacientes cubanos.

Es necesario evaluar si la escala resulta sensible a las alteraciones de la intensidad y alineación de la experiencia dolorosa que tienen lugar en el curso de la enfermedad o como consecuencia de los tratamientos. Debería valorarse, además, en otras clases de dolor (agudo y postoperatorio) y en otros ambientes clínicos como las unidades cerradas, así como con casos que manifiestan dificultades especiales para la evaluación como los adultos mayores, con déficits auditivos o visuales, entre otros.

Otro estudio⁽¹²⁾ realizó un examen epidemiológico sobre los casos que manifiestan el dolor osteomuscular crónico y los rasgos del mismo. En su generalidad, las enfermedades que posibilitan el dolor crónico musculoesquelético resultan más habituales en el sexo femenino, que muestra una relación hombre/mujer análoga (aproximadamente 1:3).

La prevalencia de las enfermedades reumáticas se desarrolla con la edad. En el estudio EPISER la mayoría se establece por encima de los 50, en este 9 de cada 10 de los entrevistados está por encima de los 45 años. El dolor crónico osteomuscular en casados y viudos resulta más común que en solteros y separados. La prevalencia de dolor crónico osteomuscular resulta mayor en los grupos de nivel sociocultural más bajo; los entrevistados sin nivel cultural o educacional o solo con primarios se establecen en el 87,5 %.

Los casos con dolor crónico osteomuscular muestran alta comorbilidad e ingieren mucha medicación, además de sus analgésicos. Los autores concluyen, tras una amplia revisión de la bibliografía, que, según la literatura, la primordial causa del dolor crónico osteomuscular es la artrosis. Como enfermedad degenerativa resulta más usual en el área rural, de forma secundaria al mayor envejecimiento del grupo poblacional. La lumbalgia crónica es más común en el área industrial, en el sexo masculino y en casos que ejecutan acciones físicas fuertes. El dolor crónico en tres cuartas partes de los enfermos es de larga evolución (más de dos años). No obstante, es la lumbalgia la patología en la que el dolor crónico se hace menos constante en el tiempo.

El síndrome de fibromialgia (SFM) se conoce como una patología crónica que se identifica por dolor osteomuscular generalizado, sueño no reparador y fatiga, unido a un abanico de trastornos físicos, afectivos, cognitivos y conductuales. En España, la prevalencia del SFM es del 2,73 % en la población general que rebasa los 20 años, con real superioridad del sexo femenino sobre el masculino (relación de 21:1).

Se muestra un progreso poco satisfactorio de la enfermedad a los 5-7 años de seguimiento. El comienzo a edades tempranas y la escasez de trastornos del sueño se han mostrado como indicadores de una evolución positiva. Los casos con SFM manifiestan encontrarse enfermos de forma más clara que otros casos con síndromes de dolor crónico. En relación con otros pacientes reumatológicos, los afectados de SFM emplean generalmente los servicios sanitarios, con un promedio de hasta 9-12 visitas médicas por año, realizan un mayor empleo de terapias alternativas, y arrastran costes económicos por paciente más altos en función de la ausencia laboral y litigios.

También, se someten a una mayor cifra de intervenciones quirúrgicas y se comprueba en ellas una mayor permanencia de otras patologías reumáticas, como la artritis reumatoide o artritis psoriásica, el lupus eritematoso sistémico, así como trastornos gastrointestinales e hipertensión arterial, dolor neuropático, raquialgias, infecciones respiratorias, alteraciones del sueño y trastornos afectivos y del estado de ánimo.⁽¹³⁾

Pueyo, Surís, Larrosa, Auleda, Mompart, Brugulat, Tresserras y De la Puente⁽¹⁴⁾ quienes investigaron la significación de los problemas reumáticos en la población de Cataluña, así como la permanencia y consecuencia en la salud percibida, limitación de actividades y manejo de recursos sanitarios, declaran que el 77,4 % muestra problemas crónicos de salud.

La dorsalgia-lumbalgia, la cervicalgia crónica y el grupo artrosis-artritis o reumatismo, en este orden, son los más asiduamente manifestados. Tras ajustar por la edad, el sexo femenino aumenta el riesgo de manifestar artrosis-artritis o reumatismo, cervicalgia crónica, dorsalgialumbalgia crónica y osteoporosis (odds ratio [OR] = 2,6, 1,5, 2,3 y 5,3, respectivamente). La prevalencia es más elevada en los grupos de mayor edad con gradiente social.

Tras ajustar por edad, sexo, clase social y obesidad, la percepción de la salud es baja en los casos afectados (42,7 % frente a 11 %), que manifiestan, además, una mayor limitación de la actividad en el año precedente y en los últimos 15 días (OR = 2,70 y 2,32, respectivamente), y un empleo de los servicios de salud notablemente superior. El dolor lumbar o dorsal es la dolencia crónica más habitual en la población adulta de este estudio (24 % en hombres y 34,6% en mujeres que se alteran según la definición operativa del dolor lumbar (periodo del episodio de dolor lumbar) entre el 20 % y el 50 %.

En tanto, Chico, Carballar, Estévez, Victoria y Pernas⁽¹⁵⁾ realizaron una investigación observacional descriptiva, de corte transversal, que incluyó a 180 casos de la consulta de protocolo de artritis reumatoide. El factor psicológico estuvo más comprometido en casos mayores a 60 años, sexo femenino y nivel de escolaridad primario; las variables más afectadas fueron la satisfacción laboral y sexual.

El periodo de evolución mayor de 10 años expuso desigualdades en la satisfacción laboral ($p= 0,027$) y la satisfacción sexual ($p= 0,043$). El nivel de actividad de la enfermedad y la positividad del factor reumatoide no se relacionaron con el bienestar psicológico. La capacidad funcional se correlacionó de manera negativa con casi todas las variables del bienestar psicológico y se relacionó notablemente en muchos de los aspectos, tanto por la satisfacción como por el elemento afectivo y el índice general del bienestar. El bienestar psicológico en enfermos con artritis reumatoide se encuentra afectado y se conecta de manera notable con el nivel de discapacidad funcional.

Otra investigación asoció la presencia del dolor producido por enfermedades reumáticas con la afectación de actividades laborales.⁽¹⁶⁾ Tuvo como objetivo caracterizar la prevalencia de la invalidez laboral debida a enfermedades reumáticas en el municipio 10 de octubre en un período de 6 años (1995-2000). Se examinaron todos los dictámenes de peritaje médico de los pacientes peritados durante esa etapa.

De los 4838 pacientes peritados 1014 (21 %) manifestaron enfermedades reumáticas, superadas solo por las enfermedades psiquiátricas (22,2 %). La patología más habitual fue la espondiloartrosis (39,4 %) seguida en orden de asiduidad por los reumatismos de partes blandas (15,6 %), la sacrolumbalgia (12,2 %) y las patologías de rodilla (11,4 %).

Ser mujer (76,2 %) y la categoría ocupacional obrera (40,8 %) y empleados (35,8 %) fueron las más afectadas. A los grupos etarios de 51-55 (30,1 %) y 46-50 (28,3 %) le correspondió el mayor nivel de pacientes peritados. Prevalció la invalidez total (33,3 %) siendo en este grupo la espondiloartrosis la de mayor porcentaje (54,7 %), seguida por la invalidez temporal (28,4 %) y fue la sacrolumbalgia la entidad más habitual en este grupo (50 %).

Yescas, Ascencio, Vargas, Barbosa y Lugo⁽¹⁷⁾ destacan que la artritis reumatoide provoca en el enfermo diferentes procesos que se relacionan entre sí: por una parte, el dolor, la inflamación, la

pérdida de movimiento articular y la deformidad causan discapacidad y pérdida de una gran parte de funciones de la vida cotidiana que pueden incidir en mayor o menor grado en la movilidad, el cuidado personal, las labores y otras actividades básicas, que, a su vez, limitan la independencia económica y los ejercicios sociales del individuo. Por otra parte, al manifestarse los primeros síntomas, el individuo crea un proceso de aceptación psicológica de la pérdida de su salud y un proceso de duelo adelantado por la inminencia de pérdidas futuras.

En su estudio, Vinaccia, Cadena, Juárez, Contreras y Anaya,⁽¹⁸⁾ plantean relaciones entre variables sociodemográficas, incapacidad funcional, dolor y desesperanza aprendida en casos con diagnóstico de artritis reumatoide. Los resultados hallados mostraron que, según el grupo de pertenencia de la población de pacientes con artritis reumatoide, uno de los 3 subgrupos formados en función del peso específico de cada una de las variables sociodemográficas halladas en este estudio podría ser (subgrupo 2), mejor predictor de desesperanza que la misma incapacidad funcional y/o dolor.

El subgrupo 2 se compuso por mujeres casadas y/o unión libre, con un promedio de edad de 56 años, con 10 años de diagnóstico de la enfermedad, que vivían en familia, de estrato socio-económico bajo y medio/ bajo, en su gran mayoría amas de casa.

Los datos ratifican la significación de las variables socioeconómicas en la manera en que los casos asimilan el padecimiento y la manera de su afectación en su calidad de vida. Se notó, además, que los casos mostraron baja incapacidad funcional, un estado de desesperanza generalmente bajo y un nivel discretamente bajo de dolor manifestado según las puntuaciones logradas.

Es posible que dicha situación se deba al apoyo social, emocional y económico del cual son objeto los pacientes colombianos con artritis reumatoide. El nivel generalmente bajo de dolor manifestado en esta población involucraría el empleo de vías de afrontamiento positivas, lo que parece relacionarse con el ajuste a la enfermedad de estos individuos.

En cuanto al rol de la resiliencia en pacientes con artritis reumatoide, se ha demostrado que fundamentalmente el afecto positivo es más incidente en la disminución del afecto negativo durante las semanas de mayor dolor, y que puede ser un elemento de resiliencia que auxilia a los casos que distinguen fluctuaciones de dolor a mostrarlo con menor intensidad, cuando presentan niveles menores de afecto positivo.⁽¹⁹⁾

El proceso de búsqueda de atención en casos con dolor crónico debe pensarse como un continuo de soluciones al malestar, y en donde la selección de la actividad más provechosa a ejercitar adopta influencias de factores biológicos, institucionales y socioculturales.

Los diversos modelos de manejo son muy característicos de aquello que los pacientes exigen de los servicios sanitarios. Con toda precisión, los enfermos anhelan un tratamiento seguro con escasos efectos colaterales y una mejor calidad en la relación (interés y la percepción de ser atendidos por el especialista). Al mostrarse de acuerdo con este punto, las instituciones sanitarias pueden situar a los individuos sobre el empleo de los servicios de forma ordenada, dependiendo de los disímiles padecimientos, sobre todo en los que se necesita un empleo temprano o definitivo (como en el ejemplo de los padecimientos crónicos), y de esa forma aprobarles restablecer el control y dominio propio sobre su salud.⁽²⁰⁾

El valor de la función social en la calidad de vida de los casos con AR podría constituirse como una representación de la complacencia con su entorno familiar y la amistad. Si se tiene en cuenta la importancia de la vida para un caso determinado, la familia no ha admitido la necesaria atención en el

área sanitaria, aun cuando en el contexto cultural iberoamericano la familia representa un sitio significativo. ⁽²¹⁾

CONCLUSIONES

En las enfermedades reumáticas, cerca de un 40 % de los casos manifiesta un control insatisfactorio de su dolor. El dolor crónico propio de varios procesos reumáticos no manifiesta la función biológica de defensa que identifica el dolor agudo. Los procesos patológicos del dolor crónico resultan complejos y producen transformaciones de tipo neurobioquímicos y estructurales en el sistema nervioso central, en los que el estímulo nociceptivo o la propia lesión o su grado pierden protagonismo.

La vivencia del dolor trastorna los mecanismos de relación personal, familiar y social, causa un desperfecto funcional (no solo laboral sino para las actividades de la vida diaria), presenta unos costes asistenciales y laborales muy elevados y es origen habitual de litigio.

En su generalidad, los pacientes reumáticos con afecciones más graves o latentemente discapacitante, manifiestan una apropiada posición de enfrentamiento ante el problema que simboliza su enfermedad y la carga que le atribuye en el orden físico, funcional y social.

No obstante, otros no consiguen un favorable nivel de adaptación, pues desde el enfoque emocional estos casos no consiguen asimilar un nuevo contexto impuesto por el padecimiento y la adaptación que supone convivir con esta. Dichos casos padecen notablemente pues no alcanzan a impedir que la enfermedad y sus secuelas los sobrepasen y domine psicológicamente, y por ende no adquieren una actitud de enfrentamiento, ni adoptan medidas para enfrentar la situación.

El carácter del manejo del dolor es multifactorial, lo que obliga a implementar intervenciones multifactoriales complejas para perfeccionar el tratamiento apropiado. Los componentes que se deben identificar son la elevada permanencia de dolor no controlado, los escasos niveles de empleo de los opiáceos mayores, las diferencias en torno a la frecuencia y el uso sistemático de la valoración del dolor, así como las reticencias resultado de la escasa información y de barreras en elementos como la prescripción de opiáceos mayores, debido al requerimiento de receta de estupefacientes.

REFERENCIAS

1. Casado MI, Moix J, Vidal J. Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar. *Clínica y Salud*. 2008;19(3):379-92.
2. Tornero J, Vidal J, Alonso A, Acebes C, Arbolea L, Calvo J, Francisco FM, Mayordomo L, Ponce A, Pichot C, Revenga M, Rodríguez A. Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología para el uso de opioides en el tratamiento del dolor reumático. *Reumatol Clin*. 2006;2(1):50-4.
3. Hernández AD, Puerto I, Falcón A, Morejón O, González D. Rehabilitación integral del paciente reumático. *Revista Cubana de Reumatología*. 2014;XVI(1):15-22.
4. Redondo MM, León L, Pérez MA, Jover JA, Abasolo L. El dolor en los pacientes con artritis reumatoide: variables psicológicas relacionadas e intervención. *Clínica y Salud*. 2008;19(3):359-78.
5. Torres L, Troncoso S. Dolor, ansiedad, depresión, afrontamiento y maltrato infantil entre pacientes fibromiálgicos, pacientes reumáticos y un grupo control. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2006;38(2):285-98.

6. Vallejo MA. Tratamiento psicológico del dolor crónico. *Boletín de Psicología*. 2005;84:41-58.
7. Infante P. Estudio de variables psicológicas en pacientes con dolor crónico [tesis doctoral]. Barcelona, España: Universitat Autònoma de Barcelona; 2002.
8. Álamo C. Opioides y dolor crónico en el paciente geriátrico. Del reto al éxito. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2008;7:437-9.
9. Zarazaga E, López AE, Ramírez C. Evaluación de estrategias de afrontamiento al dolor crónico. *Revista de Psicología de la Salud*. 1999;11(1-2):77-102.
10. Casals M, Samper D. Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2004;11:260-269.
11. Martín M, Zaz B, Grau J, Montorio I, Cesar D. Exploración de la utilidad de una versión abreviada del Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ) para la evaluación de pacientes cubanos con dolor crónico. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2008;8:503-8.
12. Noceda JJ, Moret C, Lauzirika I. Características del dolor osteomuscular crónico en pacientes de Atención Primaria. Resultados de un centro rural y otro urbano. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2006;5:287-93.
13. Salgueiro M, Buesa I, Aira Z, Montoya P, Bilbao J, Azkue JJ. Valoración de factores sociales y clínicos en el síndrome de fibromialgia. *Rev Soc Esp Dolor*. 2009;16(6):323-9.
14. Pueyo MJ, Surís X, Larrosa M, Auleda J, Mompert A, Brugulat P, Tresserras R, De la Puente ML. Importancia de los problemas reumáticos en la población de Cataluña: prevalencia y repercusión en la salud percibida, restricción de actividades y utilización de recursos sanitarios. *Gac Sanit*. 2012;26(1):30-6.
15. Chico A, Carballar L, Estévez M, Victoria CR, Pernas A. Factores que influyen en el bienestar psicológico de pacientes con artritis reumatoide. *Revista Cubana de Medicina*. 2012;51(1):48-60.
16. Prada DM, Molinero C, Gómez JA, Reyes Y, Siñani CJ. Caracterización de la invalidez laboral por enfermedades reumáticas en el municipio 10 de Octubre, estudio de seis años. *Revista Cubana de Reumatología*. 2006;VIII(9 y 10):65-78.
17. Yescas EL, Ascencio L, Vargas S, Barbosa RE, Lugo GE. Depresión, ansiedad y desesperanza aprendida en pacientes con artritis reumatoide. *Psicología y Salud*. 2008;18(001):81-9.
18. Vinaccia S, Cadena J, Juárez F, Contreras F, Anaya JM. Relaciones entre variables sociodemográficas, incapacidad funcional, dolor y desesperanza aprendida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2004;4(1):91-103.
19. Quiceno M, Vinaccia S. Resiliencia, percepción de enfermedad, creencia y afrontamiento espiritual religioso y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Psicología desde el Caribe*. 2013;30(3):591-619.
20. Lavielle P, Clark P, Martínez H, Mercado F, Ryan G. Conducta del enfermo ante el dolor crónico. *Salud Publica Mex*. 2008;50:147-54.

21. Vinaccia S, Tobón S, Moreno E, Cadena J, Anaya JM. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2005;5(1):47-61.

Conflicto de interés:

Los autores refieren no tener conflicto de interés.