

# PROCESOS DE AFRONTAMIENTO Y AJUSTE A LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

## COPING AND DISEASE ADJUSTMENT IN RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS

MARTA M<sup>a</sup> REDONDO

*Universidad Camilo José Cela*

JUAN JOSÉ MIGUEL-TOBAL

ANTONIO CANO-VINDEL

*Universidad Complutense de Madrid*

e-mail: [martamredo@correo.cop.es](mailto:martamredo@correo.cop.es)

### RESUMEN

*El presente trabajo persigue la exploración del papel que juegan las estrategias de afrontamiento en los pacientes con Artritis Reumatoide, una enfermedad reumática crónica que cursa asociada a altos niveles de dolor, discapacidad y emocionalidad negativa. Para ello se ha tomado una muestra de 89 pacientes con Artritis Reumatoide, que han sido evaluados con los siguientes instrumentos: Inventario de Valoración y Afrontamiento, IVA; Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad Breve, ISRA-B; Cuestionario de Tristeza Depresión, CTD; Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo, STAXI-2; Frecuencia e Intensidad de Dolor, FID y Health Assessment Questionnaire, HAQ. Se han llevado a cabo análisis correlacionales y análisis de regresión, tomando para estos últimos como*

### ABSTRACT

*The current paper explores the role played by coping strategies in Rheumatoid Arthritis (RA), a chronic disease related to high levels of pain, physical impairment and negative emotions. To carry out the research, it has been selected 89 sample of RA patients who have been evaluated with the following tools: Inventario de Valoración y Afrontamiento, IVA; Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad Breve, ISRA-B; Cuestionario de Tristeza Depresión, CTD; Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo, STAXI-2; Frecuencia e Intensidad de Dolor, FID y Health Assessment Questionnaire, HAQ. Correlational analysis as well as regression analysis were carried out, in such way that the latter had coping strategies as the independent variables*

*variables independientes o predictoras las estrategias de afrontamiento ante el dolor y como variables dependientes aquellas que constituyen el llamado ajuste a la enfermedad: las emociones negativas, el dolor y la discapacidad. Los resultados muestran correlaciones positivas y significativas entre dos tipos de afrontamiento, el pasivo y el evitativo, y las distintas medidas de ajuste (emociones negativas, dolor y discapacidad). En los análisis de regresión, de nuevo son estas dos formas de afrontamiento, pasivo y evitativo, las que predicen mayores niveles de dolor, discapacidad y emocionalidad negativa.*

**PALABRAS CLAVE**

*Afrontamiento, dolor, discapacidad, emociones negativas.*

*and disease adjustment as the dependent variables (negative emotions, pain and physical impairment). Results show significant and positive correlations between two kinds of coping: passive and avoiding, and different adjustments measures (negative emotions, pain, and physical impairment). In regression analysis, those already mentioned coping ways (passive and avoiding) forecast higher levels of pain, physical impairment and negative emotion.*

**KEY WORDS**

*Coping, pain, physical impairment, negative emotions.*

## INTRODUCCIÓN

Los pacientes que sufren Artritis Reumatoide se enfrentan a una enfermedad crónica, cuyo curso no pueden predecir, y que está marcada por la presencia de altos niveles de dolor. Es éste sin duda el síntoma central de la enfermedad, siendo para los enfermos más importante que cualquier incapacidad psicológica (como la depresión o la ansiedad) o física (como la movilidad, actividades de la casa o de diario), a la hora de utilizar medicación. Además, es el factor responsable del juicio que los pacientes ejercen sobre su estado de salud y el estado de su enfermedad reumática (Kazis, Meenan y Anderson, 1983). Pero no sólo eso, el dolor ejerce también un papel fundamental como causa o mantenedor de los problemas de discapacidad que suelen asociarse a la AR (León, Abásolo, Pérez-Nieto, Redondo y Jover, 2005).

Del dolor y la discapacidad como síntomas centrales de esta patología reumática se derivan otros que dificultan aún más el panorama del paciente. La

dependencia social, la incertidumbre sobre la progresión de la enfermedad, la amenaza a la propia autoestima, la reducción en los niveles de empleo, los cambios en los roles familiares, los problemas sexuales o la reducción en las actividades placenteras son algunas de las consecuencias de la enfermedad, que suponen una gran demanda para la capacidad de adaptación de los pacientes (Evers, Kraaimaat, Greenen y Bijlsma, 1997; Lowman, Miller y Lee, 1954; Meenan, Yelin, Nevitt y Epstein, 1981; Yelin, 1995).

Todas las características de la AR la convierten en una situación eminentemente estresante para el paciente, que va a experimentar una marcada emocionalidad negativa, como lo describen tres trabajos de revisión que se han convertido en artículos de referencia en el campo (Anderson, Bradley, Young, McDaniel y Wise, 1985; Creed, 1990; Young, 1992).

Pero no todos los enfermos que sufren AR viven la enfermedad del mismo modo. El ajuste a la enfermedad, medido a partir del dolor, la discapacidad y las emociones negativas (ansiedad, depresión e ira), varía sustancialmente entre unos pacientes con AR y otros, por lo que resulta de gran importancia encontrar variables que nos ayuden a entenderlo y sobre todo predecirlo.

El afrontamiento se ha apuntado como un concepto clave que puede ayudar a explicar estas diferencias en ajuste. Las diversas formas usadas por los pacientes para afrontar o ajustarse a su enfermedad resultan básicas a la hora de entender la gran variabilidad que existe entre pacientes en su habilidad para funcionar correctamente con su enfermedad y mantener una buena calidad de vida (Strahl, Kleinknecht y Dinnel, 2000). Así, la mayoría de las investigaciones coinciden en afirmar que las estrategias de afrontamiento pasivas, centradas en la emoción, evitativas y cognitivas correlacionan con un peor ajuste entre los pacientes con AR, es decir mayores niveles de dolor, discapacidad y emocionalidad negativa (Brown y Nicassio, 1987; Hagglund, Haley, Reveille y Alarcón, 1989; Lambert, 1985; Lenhart y Ashby, 1996; Revenson y Felton, 1989; Rosentiel y Keefe, 1983; Savelkoul, Post, de Witte y van den Borne 2000; Weickgenant, Slater, Patterson, y Atkinson, 1993), mientras que las estrategias de afrontamiento activas, centradas en el problema, dirigidas al dolor y conductuales están relacionadas con un mejor funcionamiento psicológico, menor incapacidad y menores niveles de dolor (Brown y Nicassio, 1987; Fry y Wong, 1991; Holmes y Stevenson, 1990; Revenson y Felton, 1989; Rodríguez-Parra, Esteve y López, 2000). La importancia del afrontamiento en el ajuste de los pacientes con AR se confirma en algunos trabajos más profundos de carácter predictivo en los que se concluye que las estrategias de afrontamiento son mejores predictores del dolor y la discapacidad que las variables médicas clásicas (Rodríguez-Parra et al., 2000). Además, las intervenciones psicológicas centradas

en afrontamiento han mostrado reducciones en incapacidad y dolor (Keefe y Williams, 1990; Parker, McRae, Smarr, Beck, Frank, Anderson y Walker, 1988).

Sin embargo, en una revisión amplia publicada hace unos años (Redondo, Cano-Vindel y Pérez Nieto, 2001) se apuntaba la escasez de trabajos que estudien en nuestro país la relación entre las estrategias de afrontamiento y el ajuste a la enfermedad en la población de pacientes con AR, lo que nos hace plantearnos el primero de nuestros objetivos.

Teniendo clara la importancia de explorar el papel del afrontamiento en los pacientes con AR en nuestro país, nos enfrentamos con algunos problemas derivados de los instrumentos diseñados para evaluar el afrontamiento. Algunos son confusos, por la inclusión de items que reflejan otros constructos referidos a la valoración, o a otros aspectos cognitivos como los sesgos. Otro de los problemas parte, desde nuestro punto de vista, de la gran cantidad de instrumentos desarrollados para la evaluación del afrontamiento, muchos de los cuales han sufrido diversas factorizaciones con resultados diferentes, ya que presentan en su mayoría una escasa estabilidad en su estructura factorial. Un ejemplo de esto lo encontramos en una de las pruebas clásicas de afrontamiento, la *Escala de Modos de Afrontamiento (Ways of Coping) –WCCL–* (Folkman y Lazarus, 1980). La prueba original ha sido sometida a diferentes factorizaciones con resultados diversos, que van desde los dos hasta los ocho factores (Aliaga y Capafons, 1996; Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1999). Este hecho ha dado lugar a confusiones terminológicas, ya que diferentes nombres han sido empleados para referirse a lo que parece ser una misma estrategia de afrontamiento, mientras que en otras ocasiones, se ha usado el mismo nombre para hablar de estrategias diferentes (Katz, Ritvo, Irvine y Jackson, 1996). Nos encontramos pues en un campo confuso a nivel terminológico, en el que existe mucha investigación pero muy poca estructuración, lo que dificulta enormemente la interpretación de los resultados.

Finalmente, otro de los problemas a los que se enfrenta la evaluación de las estrategias de afrontamiento se debe a que la mayor parte de pruebas que se han desarrollado para este fin carecen de un referente situacional específico. Al contrario, muchos de los instrumentos se limitan a presentar al individuo diversas formas de afrontamiento sin incluir situaciones concretas. Es decir, el sujeto debe recoger las estrategias de afrontamiento que con mayor frecuencia emplea. Esta tarea exige un referente situacional, pues desde nuestro punto de vista, estas estrategias de afrontamiento van a variar de forma sustancial dependiendo de la situación a la que se enfrente el individuo. De hecho, el modelo de valoración y afrontamiento de Lazarus y Folkam (1986), entiende el afrontamiento como un proceso, algo que cambia constantemente y es específico para cada situación o demanda.

Cuando decimos que un determinado instrumento no tiene una estructura factorial estable, en realidad estamos comparando distintos trabajos de investigación, realizados con el mismo instrumento, pero los investigadores de todos esos estudios probablemente no han dado el mismo referente situacional a los sujetos. De este modo, los resultados obtenidos mediante estas pruebas de evaluación, aún empleando el mismo cuestionario, con el mismo tipo de objetivos de investigación, probablemente van a ser diferentes. Serán diferentes en función de la situación que los individuos evocan durante la realización de la prueba, que lógicamente serán diferentes en función del referente situacional que haya especificado en cada caso el experimentador. Algunos autores están trabajando ya en la creación de instrumentos de evaluación que solventen este problema. Una prueba de ello es el instrumento que se ha empleado en este trabajo, que aunque será descrito con precisión más adelante, evalúa el afrontamiento ante una situación concreta que elige de antemano el evaluador en función del objetivo de su investigación. En nuestro caso se tomó la situación “cuando sufro dolor”.

## MÉTODO

### *Objetivos*

Con el fin de explorar en muestras españolas los resultados revisados superando algunos de los problemas metodológicos señalados, se ha llevado a cabo el trabajo que se presenta, que persigue dos objetivos fundamentales: 1) estudiar las relaciones existentes entre el ajuste a la enfermedad de los pacientes con AR (niveles de dolor, discapacidad y emocionalidad negativa) y las distintas formas de afrontamiento al dolor; 2) estudiar la capacidad de afrontamiento al dolor para predecir el ajuste a la enfermedad de los pacientes con AR (dolor, discapacidad y emocionalidad negativa).

### *Muestra*

Para poder cubrir nuestros objetivos se ha tomado una muestra de 89 enfermos de AR, con edades comprendidas entre los 22 y los 80 años. La media de edad es de 52.22 y la desviación típica 13.59. Por lo que respecta al género, el 76.8% eran mujeres y el 23.2% varones. El tiempo desde el diagnóstico de la enfermedad varía de los 2 a los 480 meses. Algunos de los pacientes eran enfermos del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de La Paz de Madrid, y otros eran miembros de la Asociación Madrileña de Pacientes con Artritis Reumatoide, AMAPAR.

## *Instrumentos de evaluación*

- *Inventario de Valoración y Afrontamiento, IVA* (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1992). Formado por 33 ítems, evalúa los cuatro tipos básicos de afrontamiento: cognitivo dirigido a modificar la situación; cognitivo dirigido a reducir la emoción; conductual dirigido a modificar la situación y conductual dirigido a reducir la emoción. Además incluye el afrontamiento pasivo y el afrontamiento evitativo. Este instrumento mide las distintas posibilidades de afrontamiento ante una situación concreta definida por el evaluador, en este caso, se evaluó el afrontamiento de los pacientes “Cuando sufro dolor”.
- *Health Assessment Questionnaire –HAQ–* (Fries, Spitz, Kraines y Holman, 1980), en su versión española (Esteve-Vives, Batlle-Gualda y Reig, 1993). Este instrumento está destinado a evaluar la capacidad funcional de los pacientes con AR. Consta de un total de 20 ítems agrupados en 8 áreas relacionadas con actividades de la vida cotidiana: vestirse, levantarse, comer, caminar, higiene, alcanzar objetos, presión y otros como las labores domésticas. Mide además la necesidad de los pacientes de recibir ayuda de otros o de usar utensilios especiales para ejecutar cualquiera de las tareas anteriores. Se obtiene una puntuación total que va de 0 (ausencia de discapacidad) a 3 (discapacidad severa). Los datos psicométricos de la versión española son buenos, con una fiabilidad test-retest de 0.89 y una validez de 0.87.
- *Frecuencia e Intensidad del dolor, FID* (Redondo y Miguel-Tobal, 2001). Instrumento en el que se pregunta a los pacientes sobre la frecuencia e intensidad de su dolor. La frecuencia se valora mediante una escala de 6 puntos: 1 continuamente, 2 todos los días a ratos, 3 casi todos los días, 4 al menos una vez a la semana, 5 al menos una vez al mes, 6 casi nunca. La intensidad se evalúa mediante una escala analógica visual de 100 puntos. Se trata de un segmento horizontal de 10 cm dividido mediante marcas verticales acompañadas de descriptores numéricos (de 0 a 100) y descriptores verbales en los extremos y el centro (muy leve/ intensidad media/ insoportable).
- *Cuestionario de Tristeza-Depresión –CTD–* (Jiménez García, Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1996). Está formado por cuatro subescalas: cognitiva, integrada por 10 ítems, fisiológica con 10 ítems, motora con 7 ítems, y

una cuarta escala que evalúa la tendencia suicida y consta también de 7 ítems. Finalmente proporciona una medida general del rasgo total de tristeza/depresión, que se obtiene a partir de la suma de las escalas anteriores. Los datos relativos a la bondad estadística de la prueba reflejan una fiabilidad en el alfa de Cronbach de 0.96 en la escala de depresión total. Los datos de las correlaciones test-retest muestran puntuaciones de 0.85 en la escala total.

- *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad Breve –ISRA-B–*, (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1994). Está formado por tres subescalas que evalúan los niveles de ansiedad cognitiva, fisiológica y motora, y una escala de rasgo total de ansiedad. Incluye además cuatro escalas referidas a áreas situacionales: FI-ansiedad ante situaciones que implican evaluación y asunción de responsabilidades; FII-ansiedad ante situaciones interpersonales y de interacción social; FIII-ansiedad ante situaciones fóbicas y FIV-ansiedad ante situaciones habituales de la vida cotidiana. En su versión breve o reducida, el ISRA-B proporciona una medida de las mismas ocho escalas que la prueba original, pero su formato no es interactivo. Por lo que respecta a la fiabilidad del instrumento, la consistencia interna medida a través del coeficiente alfa de Cronbach arroja puntuaciones de 0.89 para el rasgo total de ansiedad. En la fiabilidad test-retest se han obtenido puntuaciones de 0.73 para el rasgo total.
- *Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo –STAXI-2–* (Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger, 2001). Esta prueba consta de un total de 49 ítems distribuidos en tres escalas: ira estado, compuesta por 15 ítems; ira rasgo, compuesta por 10 ítems y expresión de ira, compuesta por 24 ítems. A partir de los ítems de la escala de estado se obtienen tres subescalas: sentimiento, verbal y física. También la escala de rasgo nos permite llegar a dos nuevas puntuaciones: temperamento y reacción de ira. De igual modo, de la escala de expresión de ira se obtienen cuatro subescalas: ira interna, ira externa, control interno y control externo. Finalmente, esta prueba nos proporciona una puntuación general de expresión de ira, referida a la frecuencia con la que se expresa esta emoción, independientemente de la dirección de dicha expresión (interna o externa). En cuanto a los datos sobre su fiabilidad, el rango del coeficiente alfa obtenido es 0.89 para la escala de rasgo. Las pruebas test-retest arrojan puntuaciones de 0.71 en rasgo de ira.

## Procedimiento

Los pacientes han sido evaluados en el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de La Paz de Madrid y en la Asociación Madrileña de Pacientes con Artritis Reumatoide –AMAPAR–. La evaluación se ha realizado en sesiones individuales de una hora de duración, siempre por el mismo evaluador. Al inicio de la entrevista se entregó a los participantes una hoja de información y otra de consentimiento informado, que debían firmar antes de comenzar la sesión y que previamente habían sido aprobadas por el Comité Ético del Hospital de la Paz.

## ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS

Todos los análisis estadísticos se han realizado con el paquete estadístico SPSS para Windows, en su versión 12.0. Para cubrir los objetivos marcados al inicio de este trabajo se llevaron a cabo dos tipos de análisis estadísticos. Un primer análisis más exploratorio, mediante una matriz de correlaciones de Pearson en la que se incluyeron las distintas medidas de afrontamiento (cognitivo centrado en la emoción, cognitivo centrado en la situación, motor centrado en la emoción, motor centrado en la situación, pasivo y evitativo); las medidas totales o de rasgo de las emociones negativas (ansiedad, depresión e ira); el dolor (frecuencia e intensidad) y la discapacidad.

Los resultados de las correlaciones entre afrontamiento y dolor se muestran en la tabla 1. El afrontamiento pasivo correlaciona positiva y significativamente con las medidas de dolor, tanto de frecuencia como de intensidad, mientras que el afrontamiento evitativo lo hace sólo con la intensidad del dolor. Por su parte, el afrontamiento motor tanto de la emoción como de la situación correlaciona negativamente con la frecuencia de dolor, aunque las correlaciones son bajas.

Tabla 1  
Correlaciones entre afrontamiento (IVA) y dolor (FID)

	A. PASIVO	A. EVITATIVO	A. COGN. SITUAC.	A. COGN. EMOCIÓN	A. MOTOR SITUACIÓN	A. MOTOR EMOCIÓN
FRECUENCIA DOLOR	.372**	.091	-.058	-.092	-.171*	-.173*
INTENSIDAD DOLOR	.266**	.276**	-.101	-.104	-.079	-.081



Las correlaciones entre el afrontamiento y la otra medida más relevante de la AR, la discapacidad, se presentan en la tabla 2. La discapacidad de los pacientes con AR correlaciona positiva y significativamente tanto con el afrontamiento pasivo como con el evitativo, mientras que muestra correlaciones negativas y significativas, aunque más bajas que las anteriores, con el afrontamiento cognitivo dirigido a la emoción.

Tabla 2  
Correlaciones entre afrontamiento (IVA) y discapacidad (HAQ)

	A. PASIVO	A. EVITATIVO	A. COGN. SITUAC.	A. COGN. EMOCIÓN	A. MOTOR SITUACIÓN	A. MOTOR EMOCIÓN
DISCAPACIDAD	.381**	.387**	-.168	-.234*	-.200	-.151

Finalmente, las correlaciones entre el afrontamiento y las medidas totales de las emociones negativas (ansiedad, depresión/tristeza e ira) se presentan en la tabla 3. Es en este punto en el que encontramos las correlaciones más marcadas. El afrontamiento tanto pasivo como evitativo correlaciona positiva y significativamente con la depresión y la ansiedad, y lo hace además con puntuaciones de moderadas a altas. El resto de las formas de afrontamiento (cognitivo dirigido a la situación y a la emoción; motor dirigido a la situación y a la emoción) correlacionan negativa y significativamente con las tres medidas totales de emocionalidad negativa, ansiedad, depresión e ira.

Tabla 3  
Correlaciones entre afrontamiento (IVA) y emociones negativas (CTD, ISTRAB y STAXI-2)

	A. PASIVO	A. EVITATIVO	A. COGN. SITUAC.	A. COGN. EMOCIÓN	A. MOTOR SITUACIÓN	A. MOTOR EMOCIÓN
ANSIEDAD TOTAL	.420**	.316**	-.257**	-.324**	-.308**	-.291**
DEPRESIÓN TOTAL	.500**	.284**	-.327**	-.406**	-.354**	-.360**
RASGO DE IRA	.122	.048	-.177*	-.242**	-.204**	-.244**

- A. Pasivo = Afrontamiento pasivo
- A. Evitativo = Afrontamiento evitativo
- A. Cogn. Situaci. = Afrontamiento cognitivo dirigido a la situación
- A. Cogn. Emoción = Afrontamiento cognitivo dirigido a la emoción
- A. Motor situaci. = Afrontamiento motor dirigido a la situación
- A. Motor emoción = Afrontamiento motor dirigido a la emoción

Con todos estos datos que nos permiten una primera aproximación al campo, se decidió profundizar un poco más en las relaciones entre afrontamiento y ajuste a la enfermedad mediante análisis de regresión. Se tomaron como variables independientes o predictoras en todos los modelos las distintas estrategias de afrontamiento para ver la capacidad que tienen para predecir el ajuste a la enfermedad, es decir, el dolor, la discapacidad y las emociones negativas (ansiedad, tristeza/depresión e ira), que fueron tomadas como variables dependientes.

Los resultados de los análisis de regresión que exploran la capacidad del afrontamiento para predecir el dolor, frecuencia e intensidad, se muestran en las tablas 4 y 5 para la frecuencia, y 6 y 7 para la intensidad. En ninguno de los casos el afrontamiento explica más del 15% del dolor, y sólo el afrontamiento pasivo y el evitativo se muestran significativos.

Tabla 4

*Resumen del modelo del análisis de regresión lineal múltiple. V.D.: Frecuencia de dolor (FID) / V.I.: Afrontamiento (IVA)*

R	R CUADRADO	R CUADRADO CORREGIDA	ERROR TÍPICO
.385	.148	.114	1.5663

Tabla 5

*Coefficientes del análisis de regresión lineal múltiple. V.D.: Frecuencia de dolor (FID) / V.I.: Afrontamiento (IVA)*

VARIABLES INDEPENDIENTES	BETA ESTANDARIZADO	T	SIGNIFICACIÓN
Af. Pasivo	.378	4.10	.000
Af. Evitativo	.032	.398	.691
Af. Cognitivo situación	.142	1.14	.254
Af. Cognitivo emoción	.005	.033	.974
Af. Motor situación	-.016	-.126	.900
Af. Motor emoción	-.066	-.515	.607

Tabla 6

Resumen del modelo del análisis de regresión lineal múltiple. V.D.: Intensidad de dolor (FID) / V.I.: Afrontamiento (IVA)

R	R CUADRADO	R CUADRADO CORREGIDA	ERROR TÍPICO
.345	.119	.084	18.616

Tabla 7

Coefficientes del análisis de regresión lineal múltiple. V.D.: Intensidad de dolor (FID) / V.I.: Afrontamiento (IVA)

VARIABLES INDEPENDIENTES	BETA ESTANDARIZADO	T	SIGNIFICACIÓN
Af. Pasivo	.233	2.47	.014
Af. Evitativo	.222	2.73	.007
Af. Cognitivo situación	.027	.217	.829
Af. Cognitivo emoción	-.056	-.385	.701
Af. Motor situación	.071	.566	.572
Af. Motor emoción	-.003	-.021	.983

En el caso de la discapacidad, las distintas formas de afrontamiento explican el 24% de este síntoma de la AR (ver tabla 8). De nuevo son el afrontamiento pasivo y el evitativo los que se muestran significativos en el modelo (ver tabla 9).

Tabla 8

Resumen del modelo del análisis de regresión lineal múltiple. V.D.: Discapacidad (HAQ) / V.I.: Afrontamiento (IVA)

R	R CUADRADO	R CUADRADO CORREGIDA	ERROR TÍPICO
.489	.240	.184	.6450

Tabla 9

*Coefficientes del análisis de regresión lineal múltiple. V.D.: Discapacidad (HAQ) / VI.: Afrontamiento (IVA)*

VARIABLES INDEPENDIENTES	BETA ESTANDARIZADO	T	SIGNIFICACIÓN
Af. Pasivo	.362	2.89	.005
Af. Evitativo	.282	2.63	.010
Af. Cognitivo situación	.099	.622	.535
Af. Cognitivo emoción	-.169	-.957	.342
Af. Motor situación	.010	.065	.948
Af. Motor emoción	.187	1.18	.239

El afrontamiento explica el 33% de la depresión total que experimentan los pacientes con AR, siendo el afrontamiento pasivo y el evitativo las formas de afrontamiento significativas para explicar esta emoción (ver tablas 10 y 11). En el caso de la ansiedad (ver tablas 12 y 13), el afrontamiento explica un porcentaje algo menor que en el caso anterior, el 26%, siendo de nuevo las formas de afrontamiento significativas para explicar la presencia de esta emoción el afrontamiento pasivo y el evitativo. Finalmente, el afrontamiento no parece explicar en modo alguno el rasgo de ira de los pacientes, encontrando en el análisis de regresión que incluía como variable dependiente esta emoción una R cuadrado de .075, y no mostrándose significativa ninguna de las formas de afrontamiento incluidas como variables predictoras (ver tablas 14 y 15).

Tabla 10

*Resumen del modelo del análisis de regresión lineal múltiple. V.D.: Depresión total (CTD) / VI.: Afrontamiento (IVA)*

R	R CUADRADO	R CUADRADO CORREGIDA	ERROR TÍPICO
.582	.339	.312	22.0150

Tabla 11

*Coefficientes del análisis de regresión lineal múltiple. V.D.: Depresión total (CTD) / VI.: Afrontamiento (IVA)*

VARIABLES INDEPENDIENTES	BETA ESTANDARIZADO	T	SIGNIFICACIÓN
Af. Pasivo	.359	4.41	.000
Af. Evitativo	.199	2.81	.005
Af. Cognitivo situación	.084	.776	.439
Af. Cognitivo emoción	-.278	-2.25	.055
Af. Motor situación	.026	.241	.810
Af. Motor emoción	-.074	-.661	.509

Tabla 12

*Resumen del modelo del análisis de regresión lineal múltiple. V.D.: Ansiedad total (ISRA-B) / VI.: Afrontamiento (IVA)*

R	R CUADRADO	R CUADRADO CORREGIDA	ERROR TÍPICO
.511	.261	.232	12.931

Tabla 13

*Coefficientes del análisis de regresión lineal múltiple. V.D.: Ansiedad total (ISRA-B) / VI.: Afrontamiento (IVA)*

VARIABLES INDEPENDIENTES	BETA ESTANDARIZADO	T	SIGNIFICACIÓN
Af. Pasivo	.276	3.17	.002
Af. Evitativo	.251	3.36	.001
Af. Cognitivo situación	.105	.909	.365
Af. Cognitivo emoción	-.194	-1.46	.144
Af. Motor situación	-.061	-.529	.598
Af. Motor emoción	-.041	-.342	.733

Tabla 14

Resumen del modelo del análisis de regresión lineal múltiple. V.D.: Rasgo de Ira (STAXI-2) / V.I.: Afrontamiento (IVA)

R	R CUADRADO	R CUADRADO CORREGIDA	ERROR TÍPICO
.273	.075	.038	5.64

Tabla 15

Coefficientes del análisis de regresión lineal múltiple. V.D.: Rasgo de Ira (STAXI-2) / V.I.: Afrontamiento (IVA)

VARIABLES INDEPENDIENTES	BETA ESTANDARIZADO	T	SIGNIFICACIÓN
Af. Pasivo	-.012	-.125	.901
Af. Evitativo	.049	.597	.551
Af. Cognitivo situación	.043	.335	.738
Af. Cognitivo emoción	-.156	-1.056	.293
Af. Motor situación	-.016	-.128	.898
Af. Motor emoción	-.160	-1.205	.230

## CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Los resultados presentados ponen de manifiesto que existe una relación positiva y significativa entre las estrategias de afrontamiento pasivas y evitativas y el ajuste de los pacientes con AR a su enfermedad. Esta relación se da con el dolor, frecuencia e intensidad, la discapacidad, y sobre todo con las emociones negativas.

Los análisis de regresión nos han permitido explorar más detalladamente las relaciones descritas en los análisis correlacionales exploratorios. El afrontamiento evitativo y sobre todo el afrontamiento pasivo predicen un porcentaje de leve a moderado del ajuste de los pacientes con AR. Predicen el dolor, la discapacidad y sobre todo la depresión y la ansiedad (pero no la ira). De este modo se manifiesta el peso que el afrontamiento pasivo o evitativo ante el dolor podrían

tener como moderadores de la relación entre el dolor y las otras medidas de ajuste, la discapacidad, y las emociones negativas. Es posible que el dolor por sí sólo no sea suficiente para explicar la discapacidad o las emociones del paciente, y que lo que el paciente haga para manejar ese dolor juegue un papel crucial. De hecho, y tal y como se observa en este trabajo, un afrontamiento pasivo ante el dolor está muy relacionado con una mayor discapacidad y un peor estado de ánimo de los pacientes. El papel del afrontamiento pasivo y evitativo y su relación con un peor ajuste a la enfermedad va en la dirección de la literatura revisada (Brown y Nicassio, 1987; Hagglund et al., 1989; Lambert, 1985; Lenhart y Ashby, 1996; Revenson y Felton, 1989; Rosentiel y Keefe, 1983; Savelkoul et al., 2000; Weickgenant et al., 1993).

El hecho de que el afrontamiento pasivo prediga la presencia de mayor discapacidad no es extraño, si tenemos en cuenta que ese estilo de afrontamiento está relacionado con una menor actividad, lo que, se ha probado, empeora cualquier condición asociada a dolor crónico (Strahl et al., 2000). Además, el afrontar pasivamente el dolor se asocia normalmente a una valoración de falta de control y suele unirse a dejar de hacer cosas, lo que lógicamente se relaciona con un peor estado de ánimo, sobre todo mayor tristeza, que tiene como uno de sus síntomas principales el descenso de actividad.

Por tanto, en la intervención de los pacientes con AR se hace necesario el trabajo con sus estrategias de afrontamiento al dolor. Es de gran importancia dar una información precisa sobre el dolor y su relación con la discapacidad, las emociones negativas y la actividad de la enfermedad, de forma que entiendan que no es sólo una experiencia sensorial, sino que tiene una dimensión afectiva, por lo que ellos pueden aprender estrategias de manejo del dolor y de manejo emocional que les ayudarán a vivir mejor su enfermedad. Esta valoración de control les llevará más probablemente a un afrontamiento activo del dolor y de su enfermedad en conjunto, lo que supondrá un mejor ajuste general (Redondo, Pérez Nieto e Iruarrizaga, 2003; Vidal, Pérez Nieto y Redondo, 2005).

Por lo que respecta a los problemas metodológicos derivados de los instrumentos de evaluación empleados para medir el afrontamiento, el presente trabajo ha tratado de superar algunos de ellos. En concreto, el instrumento de evaluación del afrontamiento utilizado no es asituacional, está centrado en los modos de afrontar una situación concreta, el dolor, lo que da consistencia a los resultados del instrumento, algo que además deberá reflejarse en la concordancia entre distintas factorizaciones del mismo.

Finalmente, y de cara al futuro, en la literatura revisada no existen apenas trabajos que hayan estudiado cuáles son las estrategias de afrontamiento

típicamente empleadas por las personas que padecen AR, y los pocos trabajos que se han llevado a cabo con este objetivo han llegado a resultados poco consistentes. Así, algunos autores refieren que los sujetos con AR se sirven de las ilusiones y fantasías a la hora de afrontar el estrés producido por su enfermedad con mayor frecuencia que aquellos pacientes que sufren otras enfermedades crónicas (Felton, Revenson y Hinrichsen, 1984). Otros autores resaltan el afrontamiento centrado en la emoción como aquel más empleado por los pacientes con AR (Parker et al., 1988), al contrario que Morgan y Spiegel (1987), para quienes las estrategias que preferentemente usan los sujetos con AR son aquellas centradas en el problema. Un trabajo muy reciente apunta que los pacientes con AR presentan puntuaciones significativamente más altas que la población normal en la estrategia de afrontamiento de evitación, puntuaciones que son similares a las de los pacientes con otras enfermedades relacionadas con el dolor crónico, como la fibromialgia o el dolor crónico de espalda (Amir, Neumann, Bor, Shir, Rubinow y Buskila, 2000). La escasez de trabajos destinados a este objetivo y la inconsistencia entre los resultados de los ya existentes, nos lleva a plantear la necesidad de llevar a cabo nuevos trabajos que clarifiquen la situación. Este tipo de trabajos nos permitirían conocer si existe un patrón típico de afrontamiento en los pacientes con esta patología, lo que favorecería un mayor estudio del mismo, en caso de que lo hubiera, y perfilaría mejor el tratamiento de estos pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amir, M., Neumann, L., Bor, O., Shir, Y., Rubinow, A. y Buskila, D. (2000). Coping styles, anger, social support and suicide risk of women with fibromyalgia syndrome. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 8, 7-20.
- Anderson, K.O., Bradley, L.A., Young, L.D., McDaniel, L.K. y Wise, C.M. (1985). Rheumatoid Arthritis: review of psychological factors related to etiology, effects and treatment. *Psychological Bulletin*, 98, 358-387.
- Aliaga, F. y Capafons, A. (1996). La medida del afrontamiento: revisión crítica de la "Escala de Modos de Coping" (Ways of Coping). *Ansiedad y Estrés*, 2 (1), 15-26.
- Brown, G.K. y Nicassio, P.M. (1987). The development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 31, 53-65.



- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J.J. (1999). Valoración, afrontamiento y ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 5 (2-3), 129-143.
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J.J. (1992). *Inventario de Valoración y Afrontamiento (IVA)*. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. No publicado.
- Creed, F. (1990). Psychological disorders in rheumatoid arthritis: A growing consensus?. *Annals of the Rheumatic Disease*, 49, 808-812.
- Esteve-Vives, J., Batle-Gualda, E. y Reig, A. (1993). Spanish versión of the Health Assessment Questionnaire (HAQ): reliability, validity and transcultural equivalency. Grupo para la Adaptación del HAQ a la población Española. *Journal of Rheumatology*, 20, 2116-2122.
- Evers, A.W., Kraaimaat, F.W., Greene, R. y Bijlsma, J.W. (1997). Determinants of Psychological Distress and its course in the first year after diagnosis in rheumatoid arthritis patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 20, 489-504.
- Felton, B.J., Revenson, T.A. y Hinrichsen, G.A. (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Soc. Sci. Med.*, 18, 889-898.
- Folkman, S. y Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-age community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Fries, J.F., Spitz, P., Kraines, R.G. y Holman, H. (1980). Measurement of patient outcomes in arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 23, 137-145.
- Fry, P.S. y Wong, P.T. (1991). Pain management training in the elderly: Matching interventions with subjects' coping styles. *Stress-Medicine*, 7, 93-98.
- Hagglund, K.J., Haley, W.E., Reveille, J.D. y Alarcón, G.S. (1989). Predicting individual differences in pain and functional impairment among patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 32, 851-858.
- Holmes, J.A. y Stevenson, C.A. (1990). Differential effects of avoidant and attentional coping strategies on adaptation to chronic and recent-onset pain. *Health Psychology*, 9, 577-584.
- Jiménez García, G., Miguel-Tobal, J.J. y Cano-Vindel, A. (1996). *Cuestionario Tridimensional de la Depresión -CTD-*. Versión experimental. No publicado.
- Katz, J., Ritvo, P., Irvine, M.J. y Jackson, M. (1996). Coping with chronic pain. En M. Zeidner y N.S. Endler (Eds.), *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

- Kazis, L.E., Meenan, R.G. y Anderson, J.J. (1983). Pain in the rheumatic diseases: Investigations of a Key health status component. *Arthritis and Rheumatism*, 26, 1022-1027.
- Keefe, F.J. y Williams, D.A. (1990). A comparison of coping strategies in chronic pain patients in different age group. *Journal of Gerontology*, 45, 161-165.
- León, L., Abásolo, L., Pérez Nieto, M.A., Redondo, M.M. y Jover, J.A. (2005). Dimensiones del dolor en pacientes con incapacidad temporal de origen musculoesquelético. *Edupsykhé*, 4, 3-18.
- Lambert, V.A. (1985). Study of factors associated with psychological well-being in rheumatoid arthritis women. *Journal of Nursing Scholarship*, 17, 343-353.
- Lazarus R.S. y Folkman S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca (Versión original, 1984).
- Lenhart, R.S. y Ashby, J.S. (1996). Cognitive coping strategies and coping models in relation to chronic pain disability. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 27, 15-18.
- Lowman, E.W., Miller, S. y Lee, P.R. (1954). Psychological factors in rehabilitation of the chronic rheumatoid arthritis. *Annals of Rheumatic Diseases*, 13, 312-316.
- Meenan, R.F., Yelin, E.H., Nevitt, M. y Epstein, W.V. (1981). The impact of chronic disease. *Arthritis and Rheumatism*, 24, 544-549.
- Miguel-Tobal, J.J., Casado, M., Cano-Vindel, A. y Spielberger, C.D. (2001). *Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo –STAXI 2–. Versión española*. Madrid: TEA ediciones.
- Miguel-Tobal, J.J y Cano-Vindel, A. (1994). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad Breve –ISRA. B–*. Versión experimental. No publicado.
- Morgan, C. y Spiegel, T. (1987). The Arthritis Coping Skills Inventory. *Arthritis and Rheumatism*, 30, S193.
- Parker, J.C., McRae, C., Smarr, K.L., Beck, N.C., Frank, R.G., Anderson, S.K. y Walker, S.E. (1988). Coping strategies in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 15, 1376-1383.
- Redondo, M.M., Cano-Vindel, A. y Pérez Nieto, M.A. (2001). Afrontamiento y artritis reumatoide: Una revisión crítica. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 139-150.
- Redondo, M.M. y Miguel-Tobal, J.J. (2001). *Escala de frecuencia e intensidad del dolor –FID–*. Versión experimental. No publicado.

- Redondo, M.M., Pérez Nieto, M.A. e Iruarrizaga, I. (2003). Intervención psicológica en artritis reumatoide: caso clínico. *Edupsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 2, 27-50
- Revenson, T.A. y Felton, B.J. (1989). Disability and coping as predictors of psychological adjustment to rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 344-348.
- Rodríguez-Parra, M.J., Esteve, R. y López, A.E. (2000). Dolor crónico y estrategias de afrontamiento. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 391-418.
- Rosentiel, A.K. y Keefe, F.J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient functioning and treatment outcome. *Behavior and Therapy*, 19, 191-201.
- Savelkoul, M., Post, M.W., de Witte, L.P. y van den Borne, H.B. (2000). Social support, coping and subjective well-being in patients with chronic rheumatic disorders. *Patient Education and Counseling*, 39, 205-218.
- Strahl, C., Kleinknecht, R. A. y Dinnel, D.L. (2000). The role of anxiety, coping and pain self-efficacy in rheumatoid arthritis patient functioning. *Behavior Research and Therapy*, 38, 863-873.
- Vidal, M.I., Pérez-Nieto, M.A. y Redondo, M.M. (2005). Intervención psicológica en fibromialgia: un caso clínico. *Edupsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 4, 57-74.
- Weickgenant, A.L., Slater, M.A., Patterson, T.L. y Atkinson, J.H. (1993). Coping activities in chronic low back pain: Relationship with depression. *Pain*, 53, 95-103.
- Yelin, E. (1995). Musculoskeletal conditions and employment. *Arthritis Care and Research*, 8, 311-317.
- Young, L.D. (1992). Psychological Factors in Rheumatoid Arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 619-627.