



## AFRONTAMIENTO Y ARTRITIS REUMATOIDE: UNA REVISIÓN CRÍTICA

M.M. Redondo Delgado, A. Cano Vindel\* y M.A. Pérez Nieto

Universidad Complutense de Madrid

2001, 7(2-3), 139-150

**Resumen:** La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad crónica que provoca dolor, rigidez, deformidades e incapacidad funcional. Las diferencias individuales en las estrategias de afrontamiento parecen ejercer un papel destacado a la hora de predecir el ajuste de los pacientes con AR a su enfermedad. Este trabajo presenta una revisión de las investigaciones que han estudiado las estrategias de afrontamiento en la población con AR: su evaluación y su relación con el ajuste. Las estrategias de afrontamiento han sido divididas en dos grupos: las grandes categorías de afrontamiento y las estrategias específicas de afrontamiento. Las ventajas e inconvenientes de ambos grupos han sido comentados. Los resultados revelan que las estrategias de afrontamiento activas, centradas en el problema, dirigidas al dolor y conductuales, así como la reestructuración cognitiva, las autoafirmaciones y la percepción de autocontrol, correlacionan con un mejor ajuste en los pacientes con AR, mientras que las estrategias de afrontamiento pasivas, centradas en la emoción, evitativas y cognitivas, así como las ilusiones o fantasías, la autocolpa y la catastrofización, se asocian a un peor ajuste.

**Palabras Clave:** Artritis Reumatoide, Afrontamiento, Dolor, Incapacidad y emociones negativas.

**Abstract:** Rheumatoid Arthritis (RA) is a chronic disease which causes pain, stiffness, deformity and physical impairment. Individual differences of coping have been pointed out as good predictors of adjustment in patients with RA. The present study is focused on a theoretical overview of some of the works which have studied coping strategies in RA population: its evaluation and its relationship with adjustment. We have divided coping strategies in two different groups: the big categories of coping, and the specific styles of coping. The extent and limitations of each group have been reviewed. Results show that active, problem focused, behavioral, and attentional pain coping strategies (big categories of coping), as well as cognitive restructuring, use of coping self-statements and self-efficacy belief factors (specific styles of coping), are associated with a better adjustment in RA patients. On the other hand, passive, emotion focused, cognitive, and avoidant pain coping strategies (big categories of coping), as well as wishful thinking or fantasies, self-blame and catastrophizing (specific styles of coping) are associated with worse adjustment.

**Key words:** Rheumatoid Arthritis, Coping, Pain, Disability and negative emotions

**Title:** *Coping and rheumatoid arthritis:  
A critical review*

### Introducción

La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad crónica, autoinmune, de etiología desconocida que ataca principalmente a las articulaciones y que provoca dolor persistente, rigidez, deformidades e incapacidad funcional (Walsh, Blanchard, Kremer y

Blanchard, 1999; van Riel y Lankveld, 1993). El curso de la enfermedad es totalmente impredecible, con períodos de calma que se alternan con otros de exacerbación (Anderson, Bradley, Young y McDaniel, 1985). En lo que se refiere a su prevalencia, se estima que entre el 0.5 y el 1% de la población general (estadounidense) entre los 20 y los 80 años sufre AR, viéndose las mujeres más comúnmente afectadas que los

\* Dirigir la correspondencia a: Dr. A. Cano-Vindel, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid. 28223 Madrid. E-Mail: canovindel@psi.ucm.es  
© Copyright 2001: de los Editores de **Ansiedad y Estrés**

hombres, en una proporción de 3 a 1 (McDuffie, 1985). Aunque el pico de incidencia de la enfermedad está entre los 35 y los 45 años, la prevalencia de la enfermedad aumenta con la edad (Sorensen y Blair, 1997).

Dadas sus características, la AR va a convertirse en un estresor nuevo, impredecible e incontrolable para los sujetos que la padecen, que además va a acarrearles consecuencias físicas, psicológicas y sociales relevantes. La incapacidad física, el dolor, la dependencia social, la incertidumbre sobre la progresión de la enfermedad y la amenaza a la propia autoestima son algunas de las consecuencias de la enfermedad, las cuales dificultan la adaptación de los pacientes y hacen aumentar su estrés psicológico (Evers, Kraaimaat, Greenen y Bijlsma, 1997). Si atendemos a la gran cantidad de estresores a los que se enfrenta la población con AR, las estrategias de afrontamiento usadas por los pacientes para hacer frente a estos estresores van a adquirir una importancia decisiva en su correcto ajuste a la enfermedad. En este sentido, muchos modelos sobre el dolor y la enfermedad han otorgado a las respuestas de afrontamiento un papel central a la hora de entender y predecir el ajuste al dolor y a la enfermedad de los pacientes (Turk, Meichenbaum y Genest, 1983; Unruh, 1996; Weir, Browne, Roberts, Tunks y Gafni, 1994). De hecho, las estrategias de afrontamiento han sido consideradas por algunos autores mejores predictores del dolor y de la incapacidad en los pacientes con AR que las variables médicas, que comúnmente han sido consideradas como el tipo de variables más importante en la adaptación de estos pacientes (Rodríguez-Parra, Esteve y López, 2000). Prueba de la importancia de las estrategias de afrontamiento en el ajuste de los pacientes con AR es el hecho de que las intervenciones psicológicas centradas en el aumen-

to de algunas estrategias de afrontamiento, han demostrado significativas reducciones en la incapacidad tanto física como psicológica de los pacientes con AR, así como en sus niveles de dolor (Keefe, Caldwell, Williams, Gil, Mitchell, Robertson, Martínez, Nunley, Beckham, Crisson y Helms, 1990; Parker, Frank, Beck, Smarr, Buescher, Phillips, Smith, Anderson y Walker, 1988).

Dada la importancia de las estrategias de afrontamiento en la adaptación de los sujetos con AR a su enfermedad, nuestro objetivo es revisar este campo. Para ello, hemos comenzado detallando los instrumentos que más frecuentemente han sido empleados para la evaluación de las estrategias de afrontamiento en los pacientes con AR. La gran cantidad de pruebas utilizadas en este campo, unida a la inestabilidad factorial de las mismas, ha traído consigo una importante confusión terminológica. Con el fin de clarificar este hecho, en la revisión que a continuación se presenta hemos dividido las estrategias de afrontamiento en dos grupos: 1) las grandes categorías de afrontamiento y 2) las estrategias específicas de afrontamiento. A partir de esta división, se han revisado las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y el ajuste a la enfermedad de los pacientes con AR.

### **Evaluación del afrontamiento en pacientes con AR**

Dentro del estudio de los estilos de afrontamiento en los pacientes con AR y en lo que a los instrumentos de evaluación se refiere, se han desarrollado dos focos principales de investigación. El primero de ellos, más general, ha utilizado medidas basadas en los paradigmas generales de estrés y afrontamiento (Lazarus, 1981). Dentro de este grupo, el instrumento más comúnmente empleado en el área del dolor crónico ha

sido la *Escala de Modos de Afrontamiento (Ways of Coping)* –WCCL- (Folkman y Lazarus, 1980), una prueba con una escasa estabilidad factorial que ha sido sometida a diferentes factorizaciones con resultados muy diversos, que van desde los dos hasta los ocho factores (Aliaga y Capafons, 1996; Cano Vindel y Miguel Tobal, 1999; Olmedo, Ibáñez y Hernández, 2001).

Un segundo foco de investigación, más específico que el anterior, se ha centrado en el ámbito del dolor, sirviéndose para su desarrollo de medidas basadas en modelos conceptuales del dolor (Melzack y Wall, 1965). Desde esta perspectiva se han desarrollado un gran número de instrumentos destinados a evaluar el afrontamiento de forma específica en pacientes con dolor crónico. Entre ellos destacan el *Vanderbilt Pain Management Inventory* –VPMI- (Brown y Nicassio, 1987), el *Coping Strategies Questionnaire* –CSQ- (Rosenstiel y Keefe, 1983), cuya estructura factorial es también bastante inestable, o el *Utrecht Coping Lijst* –UCL- (Schreurs, Tellegen, Van de Willige y Gezondheid, 1984). Dentro de este segundo grupo, se han desarrollado algunas pruebas destinadas a evaluar el afrontamiento de forma específica en los pacientes con AR, como el *London Coping with Rheumatoid Arthritis Questionnaire* –CDQ- (Newman, Fitzpatrick, Lamb y Shiple, 1990), o el *Coping with Rheumatoid Stressors* –CORS- (van Lankveld, van't Pad Bosch, van de Putte, Naring y van der Staak, 1994).

### **Relación entre estrategias de afrontamiento y ajuste en pacientes con AR**

El ajuste de los pacientes con AR a su enfermedad va a estar marcado, desde nuestro punto de vista, por su capacidad para afrontar tres aspectos básicos: el dolor, la incapacidad funcional y las emociones negativas que con frecuencia se asocian a esta en-

fermedad, fundamentalmente la tristeza-depresión. Por ello hemos revisado los trabajos que han estudiado la relación entre las estrategias de afrontamiento y cada una de estas tres variables (dolor, incapacidad y emocionalidad negativa) que conforman lo que llamaremos ajuste a la enfermedad.

A la hora de investigar esta relación, muchos trabajos se han centrado en la creación de las llamadas “medidas compuestas” de afrontamiento, que se refieren a las categorías de afrontamiento que agrupan a otras, establecidas a través del análisis factorial de los instrumentos empleados en la evaluación del afrontamiento. De este modo, se han elaborado grandes categorías de afrontamiento en las que se insertan estrategias específicas de afrontamiento muy diversas. Hay dos razones básicas que han movido a los autores a la elaboración de este tipo de categorías. En primer lugar, en los estudios realizados con un número limitado de sujetos, los análisis de las medidas específicas de afrontamiento de forma individual aumentan el riesgo de concluir que existen relaciones significativas, cuando éstas pueden haber ocurrido simplemente por azar. En segundo lugar, mediante el descenso del número de variables predictoras en el análisis, estas medidas compuestas aumentan el poder de las pruebas estadísticas (Jensen, Turner, Romano y Karoly, 1991). A continuación vamos a revisar aquellas categorías que han resultado más relevantes en el estudio del afrontamiento en la población con AR, así como la relación que se ha observado entre estas categorías generales de afrontamiento y el ajuste de los pacientes con AR.

### **Medidas compuestas de afrontamiento**

En este apartado vamos a revisar los estudios realizados usando las grandes categorías de afrontamiento: activo versus (vs) pasivo, centrado en el problema vs centra-

do en la emoción, afrontamiento dirigido al dolor vs afrontamiento dirigido a la evitación del dolor, y cognitivo vs conductual.

#### *Afrontamiento activo vs afrontamiento pasivo*

Una de las categorías más estudiadas y sobre la que mayor acuerdo existe en la actualidad es, sin duda, la que divide el afrontamiento en activo y pasivo. Los resultados apuntan que el afrontamiento activo se asocia con niveles menores en severidad del dolor, depresión e incapacidad funcional, mientras que las estrategias de afrontamiento pasivas se relacionan con niveles más elevados en estas tres variables: dolor, incapacidad y depresión (Brown y Nicassio, 1987; Zautra y Manne, 1992; Evers, Kraaimaat, Geenen y Bijlsma, 1998; Murphy, Dickens y Creed, 1998; Scharloo, Kaptein, Weinman, Hazes, Willems, Bergman y Rooijmans, 1998; Strahl, Kleinknecht y Dinnel, 2000). Los estudios longitudinales que se han llevado a cabo confirman los resultados anteriores, de forma que las medidas iniciales de afrontamiento activo correlacionan negativamente con la incapacidad y la depresión evaluadas seis meses después, mientras que las estrategias pasivas se relacionan positivamente con medidas de depresión e incapacidad tomadas seis meses después (Brown y Nicassio, 1987). Algunos estudios han encontrado que, en lo que se refiere a las estrategias de afrontamiento pasivas, el dolor ejerce un papel modulador en la relación entre estilos de afrontamiento y depresión, de forma que, las estrategias de afrontamiento pasivas solamente se asocian positivamente con la depresión en aquellos pacientes que se enfrentan a altos niveles de dolor, mientras que no existe relación entre depresión y afrontamiento pasivo entre los pacientes con un dolor más moderado (Brown, Nicassio y Wallston, 1989). El pa-

papel modulador del dolor también ha sido confirmado en estudios longitudinales, de modo que medidas iniciales de afrontamiento pasivo predicen depresión seis meses después, pero sólo en aquellos pacientes con niveles altos de dolor (Brown et al., 1989).

#### *Afrontamiento centrado en el problema vs afrontamiento centrado en la emoción*

El afrontamiento centrado en la emoción se relaciona con un peor estado de los pacientes con AR, produciéndose una reducción del afecto positivo y un aumento del afecto negativo (Lamber, 1985; Revenson y Felton, 1989). Por su parte, el afrontamiento centrado en el problema resulta más efectivo en la disminución del dolor y la ansiedad y está relacionado con un aumento del afecto positivo y una mejor adaptación de los pacientes con AR (Fry y Wong, 1991; Revenson y Felton, 1989).

#### *Afrontamiento dirigido al dolor vs afrontamiento de evitación del dolor*

Los estudios empíricos muestran que el afrontamiento de evitación del dolor se relaciona con aumentos en el dolor, la depresión y un bajo autocontrol percibido (Weickgenant, Slater, Patterson, Atkinson, 1993; Lenhart y Ashby, 1996). En este sentido y en un estudio reciente, Savelkoul y su equipo (Savelkoul, Post, de Witte y van de Borne, 2000) encontraron, con una muestra de pacientes con enfermedades crónicas reumáticas, que el afrontamiento dirigido a evitar el dolor está relacionado con un descenso en el apoyo social, descenso que va a influir de forma negativa en el buen estado de salud de los pacientes. En lo que se refiere al afrontamiento centrado en el dolor, la evidencia empírica muestra que aquellos pacientes con dolor crónico que usan este tipo de afrontamiento están

menos deprimidos y ansiosos y su incapacidad funcional es menor, que aquellos que utilizan un afrontamiento de evitación del dolor (Holmes y Stevenson, 1990).

#### *Afrontamiento cognitivo vs afrontamiento conductual*

Existe acuerdo casi general en asociar positivamente el afrontamiento cognitivo con un deterioro funcional y malestar psicológico (Rosentiel y Keefe, 1983; Hagglund, Haley, Reveille y Alarcón, 1989). Por su parte, las estrategias de afrontamiento conductuales son más eficaces en el ajuste de los pacientes con dolor crónico, ya que se relacionan con una disminución del dolor y de la incapacidad funcional (Rodríguez-Parra et al., 2000).

En resumen, los estudios llevados a cabo con grandes categorías de afrontamiento (medidas compuestas) apuntan que las estrategias de afrontamiento pasivas, evitativas, cognitivas y centradas en la emoción se asocian con un peor ajuste entre los pacientes con AR, con afecto negativo, con menor autoestima y con mayores niveles de depresión, mientras que las estrategias de afrontamiento activas, dirigidas al dolor, conductuales y centradas en el problema, se relacionan consistentemente con afecto positivo, con mejor ajuste psicológico y con descensos en los niveles de depresión (Young, 1992).

A pesar de que clasificaciones como las que acabamos de presentar han sido comúnmente empleadas por muchos autores en el estudio del afrontamiento en los pacientes con dolor crónico, estos trabajos se enfrentan a algunos problemas que nos obligan a ser cautos a la hora de interpretar sus resultados. En primer lugar, las relaciones entre muchas de las medidas de afrontamiento van generalmente de bajas a moderadas (Blalock, DeVillis y Giorgino, 1995). En segundo lugar, las categorías o

factores de afrontamiento, aún cuando usan la misma medida en poblaciones muy similares, raramente son replicadas de forma exacta (Jensen et al., 1991). Finalmente, cuando las investigaciones encuentran relaciones significativas entre medidas compuestas de afrontamiento y medidas de ajuste, resulta extraño que en todos los individuos, todas aquellas estrategias que forman el compuesto, contribuyan a la asociación significativa (Geisser, Robinson y Henson, 1994). Más frecuentemente, las relaciones significativas entre las categorías generales de afrontamiento y el ajuste, están sujetas a las asociaciones significativas entre una o dos de las estrategias que componen la categoría o compuesto, en lugar de con el compuesto en su conjunto; es decir, la significación final entre el ajuste y las categorías compuestas de afrontamiento se debe al peso de una o dos estrategias específicas, y no a otras estrategias que pueden no relacionarse con el ajuste (Boothby, Thorn, Stroud y Jensen, 1999). Todos estos problemas hacen que en algunas ocasiones resulte más adecuado el estudio de cada una de las estrategias de afrontamiento de forma independiente.

#### **Medidas específicas de afrontamiento**

A continuación vamos a presentar aquellos trabajos que han estudiado las relaciones entre las estrategias de afrontamiento específicas, tomadas aisladamente (reestructuración cognitiva, ilusiones y fantasías, autocolpa, percepción de autocontrol, catastrofización y otras), y el ajuste de los pacientes con AR.

##### *Reestructuración Cognitiva*

Los resultados de los trabajos que han estudiado de forma aislada esta estrategia de afrontamiento en población con AR ponen de manifiesto que la reestructuración cognitiva correlaciona negativamente tanto

nitiva correlaciona negativamente tanto con la incapacidad como con los niveles de depresión (Parker et al., 1988; Manne y Zautra, 1990). El Coping Strategies Questionnaire –CSQ– evalúa un tipo de afrontamiento muy cercano a la reestructuración cognitiva, que los autores denominan autoafirmaciones o pensamientos racionales (Rosenstiel y Keefe, 1983). Los estudios llevados a cabo con este cuestionario arrojan resultados unánimes y demuestran que el uso de autoafirmaciones positivas o pensamiento racional como estrategia de afrontamiento, se asocia negativa y significativamente tanto con la incapacidad física y psicológica, como con las conductas de dolor y la intensidad del mismo, y no sólo en pacientes con AR, sino también en aquellos con otras patologías que presentan dolor crónico (Hagglund et al., 1989; Parker, Smarr, Buescher, Phillips, Frank, Beck, Anderson y Walker, 1989; Keefe et al., 1990; Beckman, Keefe, Caldwell y Roodman, 1991).

#### *Ilusiones y Fantasías*

La investigación llevada a cabo con este tipo de afrontamiento en pacientes con AR ha revelado que el aumento en el uso de la fantasía como estrategia de afrontamiento está asociado con aumentos en la incapacidad, y que el descenso en la medida de afecto positivo correlaciona con un mayor uso de esta estrategia (Felton, Revenson y Hinrichsen, 1984). Además, el empleo de ilusiones y fantasías se asocia positivamente con el distrés o malestar psicológico, en concreto depresión y ansiedad (Manne y Zautra, 1990; Parker et al., 1988), así como con la incapacidad funcional (Parker et al., 1988).

#### *Autoculpa*

Existe una postura unánime entre los investigadores a la hora de afirmar que la autoculpa se relaciona positivamente con el distrés psicológico y con la incapacidad en pacientes con AR, relación que se mantiene en estudios longitudinales (Parker et al., 1988; Felton et al., 1984). En lo que se refiere al dolor, en estudios llevados a cabo con muestras de sujetos con dolor crónico, algunos autores han encontrado que la autoculpa correlaciona negativamente con una medida de la intensidad del dolor (Turner, Clancy y Vitaliano, 1987). Rodríguez-Parra et al. (2000) intentan explicar este resultado basándose en que la autoculpa supone un estilo atribucional interno, de forma que el dolor se convertiría en un evento controlable por el propio sujeto responsable.

#### *Percepción de autocontrol*

Actualmente, no existe acuerdo en considerar la percepción de autocontrol como una creencia o como una estrategia de afrontamiento (Rodríguez-Parra et al., 2000). Entendida de cualquiera de las dos maneras, los resultados concuerdan en señalar que, entre los pacientes con AR, la percepción de control se asociaba negativamente con la intensidad del dolor y con la incapacidad funcional (Parker et al., 1989; Hagglund et al., 1989), además de con la incapacidad psicológica y la depresión (Beckham et al., 1991). En esta misma línea, algunos autores han encontrado que, entre los pacientes con AR, la percepción de un mayor control personal sobre el autocuidado médico y sobre el tratamiento se relaciona con un estado de ánimo positivo y un mejor ajuste psicológico. Sin embargo, la creencia de que el personal sanitario ejerce un mayor control que el propio paciente sobre los síntomas diarios de la enfermedad, se asocia con

un estado de ánimo negativo (Affleck, Tennen, Pfeiffer y Fifield, 1987a).

### *Catastrofización*

Al igual que el caso de la percepción de autocontrol, algunos investigadores consideran la catastrofización como una estrategia de afrontamiento (Keefe et al., 1989), mientras que otros consideran que las cogniciones de preocupación y las expectativas negativas no se ajustan a la definición de afrontamiento como un esfuerzo intencional para manejar el estrés, sino más bien a la valoración que hace el sujeto sobre su habilidad de afrontamiento (Jensen et al., 1991; Turner, 1991). En nuestra opinión, la catastrofización no sería tanto un intento de afrontamiento en sí mismo, sino más bien una característica o un estilo del proceso de valoración que el individuo hace, tanto de la situación como de los recursos de afrontamiento con los que cuenta. De cualquier modo, la mayor parte de los trabajos apuntan que la tendencia a catastrofizar se asocia con un peor estado en los pacientes, manifestado por mayor disfunción psicológica, ansiedad y depresión (Madland, Feinmann y Newman, 2000; Jensen, Turner y Romano, 1992; Sullivan y D'Eon, 1990), así como mayor intensidad del dolor (Flor y Turk, 1988; Keefe et al., 1989). En este sentido y en un estudio reciente llevado a cabo con una muestra de 64 pacientes con fibromialgia y 30 pacientes con AR, Hasset (2000) encontró que la catastrofización es un potente predictor del dolor, superior a otras variables como la edad, la duración de la enfermedad o la educación, tanto en los pacientes con fibromialgia como en los pacientes con AR. Estos resultados se mantienen en estudios longitudinales, en los que se ha encontrado que puntuaciones elevadas en catastrofización predicen depresión seis meses después (Keefe et al., 1989). Además, concuerdan también con

los hallazgos que manifiestan que las terapias que reducen la catastrofización se asocian con menor dolor y una mejora en el funcionamiento psicosocial de los pacientes (Turner y Clancy, 1986).

### *Otras*

Además de todas las estrategias de afrontamiento ya revisadas, existen algunas estrategias que se han mostrado relevantes en el ajuste de los pacientes con otras patologías de dolor crónico pero que, o bien no han sido evaluadas entre los pacientes con AR de forma específica, o bien los resultados no han mostrado relaciones importantes entre estas estrategias y la AR o sus síntomas. Dentro de este grupo de estrategias de afrontamiento destacan los *aumentos en los niveles de actividad*, que parecen correlacionar negativamente con la depresión, así como un mejor funcionamiento psicológico (Keefe y Williams, 1990; Jensen y Karoly, 1991), aunque se relaciona de forma positiva con el dolor (Keefe y Williams, 1990); la *distracción de la atención*, relacionada con niveles más altos de dolor y de incapacidad funcional (Rosentiel y Keefe, 1983; Turner y Clancy, 1986; Keefe et al., 1990; Jensen y Karoly, 1991); *rezar*, que se relaciona positivamente con el dolor y la incapacidad funcional de los pacientes (Rosentiel y Keefe, 1983; Turner y Clancy, 1986; Keefe et al., 1990; McCracken et al., 1998); o la *búsqueda de apoyo social*, que se relaciona negativamente con el dolor y predice una buena adaptación (Turner et al., 1987; Kleinke, 1994; Hopman, Kraaijmaat, Odling y Bijlsma, 1998).

## **Conclusiones**

Dentro de la investigación en torno a los estilos de afrontamiento en la población con AR, el mayor número de estudios, los más importantes y los que han servido co-

mo base para los trabajos posteriores, se llevaron a cabo durante la década de los 80 y primera mitad de los 90. Desde entonces y hasta la actualidad, la investigación en este área ha continuado, aunque el volumen de trabajos ha descendido considerablemente en comparación con los años señalados.

Con respecto a la evaluación de las estrategias de afrontamiento, la investigación científica llevada a cabo en el ámbito del dolor se ha enfrentado a algunos problemas. En primer lugar, algunos de los instrumentos diseñados para evaluar el afrontamiento como el *Coping Strategies Questionnaire -CSQ-* (Rosentiel y Keefe, 1983) son confusos, por la inclusión de ítems que reflejan otros constructos referidos a la valoración, o a otros aspectos cognitivos como los sesgos valorativos, lo que ocurre por ejemplo en el caso de la percepción de autocontrol o de la catastrofización.

Otro de los problemas a los que se enfrenta la evaluación de las estrategias de afrontamiento parte, desde nuestro punto de vista, de la gran cantidad de instrumentos que se han desarrollado para la evaluación del afrontamiento con una escasa estabilidad factorial (Aliaga y Capafons, 1996; Cano Vindel y Miguel Tobal, 1999; Olmedo et al., 2001). 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).

La escasa estabilidad en la estructura factorial de las pruebas de afrontamiento empleadas en la población de pacientes con AR, va a influir también en la creación de lo que hemos llamado medidas compuestas de afrontamiento, o grandes categorías de afrontamiento, ya que en ocasiones, éstas

van a ser diferentes o van a aglutinar estrategias diferentes, en función de los resultados de la factorización realizada. Por otro lado, incluso aquellas medidas compuestas o categoría de afrontamiento más ampliamente aceptadas, como las que hemos presentado en esta revisión (afrontamiento activo vs pasivo, afrontamiento centrado en el problema vs centrado en la emoción, etc.) presentan también algunos problemas. El uso de este tipo de medidas no nos permite la evaluación de las relaciones existentes entre el ajuste de los pacientes, y las estrategias específicas de afrontamiento. Es posible que dentro de uno de los compuestos, solamente un número limitado de estrategias concretas de afrontamiento sea responsable del ajuste de los pacientes con dolor crónico, por lo que el uso exclusivo de este tipo de medidas limitaría la posibilidad de identificar estas estrategias específicas. El problema antes señalado hace que sea deseable, de forma complementaria a las medidas compuestas, la evaluación de las relaciones entre cada una de las estrategias específicas de afrontamiento y el ajuste de los pacientes con AR. Esta nueva forma de evaluación tiene una importante implicación clínica, ya que a la hora de trabajar en clínica con este tipo de pacientes, nos interesa conocer en qué estrategias concretas de afrontamiento debemos entrenarlos para favorecer su correcto ajuste a la enfermedad. En esta situación concreta, las grandes categorías de afrontamiento no nos aportan información específica de cara al tratamiento de estos pacientes.

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 Folkman (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 evoca durante la realización de la prueba, que lógicamente serán diferentes en función del referente situacional que haya especificado en cada caso el experimentador.

En cuanto a la relación entre las estrategias de afrontamiento y el ajuste de los pacientes con AR a su enfermedad, podemos concluir que, por lo que respecta a las grandes categorías de afrontamiento, las estrategias de afrontamiento pasivas, centradas en la emoción, evitativas y cognitivas correlacionan con un peor ajuste entre los pacientes con AR (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). Por el contrario, 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 et al., 2000). Sobre las estrategias de afrontamiento tomadas de forma aislada, los trabajos revisados señalan que la reestructuración cognitiva, las autoafirmaciones o pensamientos racionales y la percepción de autocontrol correlacionan con un mejor ajuste en los pacientes con AR (Parker et al., 1988; Manne y Zautra, 1990; Hagglund et al., 1989; Parker et al., 1989; Beckham et al., 1991), mientras que las ilusiones y fantasías, la autculpa y la catastrofización están relacionadas con mayores niveles de emocionalidad negativa, dolor e incapacidad, es decir, con un peor ajuste a la enfermedad (Felton et al., 1984; Manne y Zautra, 1990; Parker et al., 1988; Madland et al., 2000; Jensen et al., 1992; Flor y Turk, 1988; Keefe et al., 1989; Hassett, 2000). La importancia, constatada en esta revisión, de las estrategias de afrontamiento en el ajuste a su enfermedad de los pacientes con AR, nos lleva a señalar la conveniencia de incluir, dentro de los programas de intervención psicológica que se están llevando a cabo con estos pacientes, técnicas que favorezcan el desarrollo de aquellas estrategias de afrontamiento que se han mostrado eficaces en esta población (Pérez Nieto, Cano Vindel, Miguel Tobal y Jover, 2001).

Por último, nos gustaría resaltar que todos los trabajos empíricos que hemos revisado han sido realizados con muestras extranjeras, lo que nos lleva a plantear la necesidad de llevar a cabo estudios similares en nuestro país, que nos permitan replicar con muestras españolas los resultados obtenidos. Finalmente debería animarnos tam-

también a la construcción de instrumentos de evaluación del afrontamiento que salven los problemas señalados y que estén adaptados a la población española.

## Referencias bibliográficas

- Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C. y Fifield, J. (1987a). Appraisals of control and predictability in adapting to a chronic disease. *Journal of Personality and Social Psychology*, *53*, 239-273.
- Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C., Fifield, J. y Rowe, J. (1987b). Downward comparison and coping with serious medical problems. *American Journal of Orthopsychiatry*, *57*, 570-578.
- 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.
- Anderson, K.O., Bradley, L.A., Young, L.D. y McDaniel, L.K. (1985). Rheumatoid Arthritis: Review of psychological factors related to etiology, effects and treatment. *Psychological Bulletin*, *98*, 358-387.
- Beckham, J.L., Keefe, F.J., Caldwell, D.S. y Roodman, A.A. (1991). Pain coping strategies in rheumatoid arthritis: relationships to pain, disability, depression and daily hassles. *Behavior Therapy*, *22*, 113-124.
- Blalock, S.J., DeVellis, B.M. y Giorgino, K.B. (1995). The relationship between coping and psychological well-being among people with osteoarthritis: A problem-specific approach. *Annals of Behavioral Medicine*, *17*, 107-115.
- Blalock, S.J., DeVellis, B.M. y DeVellis, R.F. (1989). Social comparison among individuals with rheumatoid arthritis. *Journal of Applied Social Psychology*, *19*, 665-680.
- Boothby, J.L., Thorn, B.E., Stroud, M.W. y Jensen, M.P. (1999). Coping with pain. En R.J. Gatchel y D.C. Turk (Eds.), *Psychosocial Factors in Pain: Clinical Perspectives*. New York: Guilford Press.
- 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.
- Brown, G.K., Nicassio, P.M. y Wallston, K.A. (1989). Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *57*, 652-657.
- Cano Vindel, A. y Miguel Tobal, J.J. (1999). Valoración, afrontamiento y ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, *5* (2-3), 129-143.
- DeVellis, R.F., Holt, K., Renner, B.R., Blalock, S.J., Blanchard, L.W., Cook, H.L., Koltz, M.L., Mikow, V. y Harring, K. (1990). The relationship of social comparison to rheumatoid arthritis symptoms and affect. *Basic Appl. Soc. Psychol.*, *11*, 1-18.
- 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.
- Evers, A.W., Kraaimaat, F.W., Greene, R. y Bijlsma, J.W. (1998). Psychosocial predictors of functional change in recently diagnosed rheumatoid arthritis patients. *Behavior Research and Therapy*, *36*, 193-197.
- 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.
- Flor, H. y Turk, D.C. (1988). Chronic back pain and rheumatoid arthritis: Predicting pain and disability from cognitive variables. *Journal of Behavioral Medicine*, *11*, 251-265.
- 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.
- 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.
- Geisser, M.E., Robinson, M.E. y Henson, C.D. (1994). The Coping Strategies Questionnaire and chronic pain adjustment: A conceptual and empirical reanalysis. *The Clinical Journal of Pain*, *10*, 98-106.
- Hagglund, K.J., Haley, W.E., Revell, 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.
- Hassett, A.L. (2000). The role of depression and catastrophizing in the self-reported pain of women with fibromyalgia syndrome. *Dissertation Abstracts International: Section B: The*

- Sciences and Engineering*, 60 (11-B): 5774.
- 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.
- Hopman, M., Kraaimaat, F., Odling, E. y Bijlsma, J. (1998). Coping with pain in the hip or knee in relation to physical disability in community-living elderly people. *Arthritis Care and Research*, 11, 243-252.
- Jensen, M.P., Turner, J.A., Romano, J.M. y Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain*, 47, 249-283.
- Jensen, M.P. y Karoly, P. (1991). Control beliefs, coping efforts and adjustment to chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 431-438.
- Jensen, M.P., Turner, J.A. y Romano, J.M. (1992). Chronic pain coping measures: Individual vs. composite scores. *Pain*, 51, 273-280.
- 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.
- Keefe, F.J., Caldwell, D.S., Williams, D.A., Gil, K.M., Mitchel, D., Martínez, S., Nunley, J., Beckham, J.C., Crisson, J.E. y Helms, M. (1990). Pain coping skills training in the management of osteoarthritic knee pain: a comparative study. *Behavior Therapy*, 21, 49-62.
- 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.
- Keefe, F.J., Brown, G.K., Wallston, K.A. y Caldwell, D.S. (1989). Coping with rheumatoid arthritis pain: Catastrophizing as a maladaptive strategy. *Pain*, 37, 51-56.
- Kleinke, C.L. (1994). MMPI scales as predictors of pain-coping strategies preferred by patients with chronic pain. *Rehabilitation Psychology*, 39, 123-128.
- 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.
- Madland, G., Feinmann, C. y Newman, S. (2000). Factors associated with anxiety and depression in facial arthromyalgia. *Pain*, 84, 225-232.
- Manne, S.L. y Zautra, A.J. (1990). Couples coping with chronic illness: women with rheumatoid arthritis and their healthy husbands. *Journal Behavioral Medicine*, 13, 327-342.
- McDuffie, F.C. (1985). Morbidity impact of rheumatoid arthritis on society. *The American Journal of Medicine*, 78, 1-5
- Melzack, R. y Wall, P.D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150, 971-979.
- Murphy, H., Dickens, C. y Creed, F. (1998). Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, 2, 155-164.
- Newman, S., Fitzpatrick, R., Lamb, R. y Shipley, M.. (1990). Patterns of coping in rheumatoid arthritis. *Psychological Health*, 4, 187-200.
- Olmedo, E., Ibáñez, I. y Hernández, L. (2001). Validación estructural del Ways of Coping Questionnaire de Lazarus y Folkman: un análisis factorial restrictivo. *Ansiedad y Estrés*, 7 (1), 15-28.
- Parker, J.C., Smarr, K.L., Buescher, K.L., Phillips, L.R., Frank, R.G., Beck, N.C., Anderson, S.K. y Walker, S.E. (1989). Pain control and rational thinking. *Arthritis and Rheumatism*, 32, 984-990.
- 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.
- Pérez Nieto, M.A., Miguel Tobal, J.J., Cano Vindel, A. y Jover, J.A. (2001). Programa de intervención cognitivo-conductual en artritis reumatoide. *II Congreso de Psiquiatría Virtual*. Disponible en <http://www.psiquiatria.com/inte/rpsiquis2001/2352>, 1 de Febrero- 7 de Marzo de 2001.
- 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.
- Scharloo, M., Kaptein, A., Weinman, J., Hazes, J.M., Willems, L.N., Bergman, W. y Rooijmans, H.G. (1998). Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 573-585.
- Schreurs, P.J., Tellegen, B., Van de Willige, G. y Gezondhei, V. (1984). Stress, coping: de ontwikkeling van de Utrechtse Coping Lijst. *Gedrag*, 12, 101-117.
- Sorense, L.B. y Blair, J.M. (1997). Rheumatologic disease. En C.K. Cassel y H.J. Cohen, E.B. Larson, D.E. Meier, N.M. Resnick, L.Z. Rubenstein y L.B. Sorense (Eds.), *Geriatric Medicine*. New York: Springer-Verlag.
- 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.
- Sullivan, M.J.L. y D'Eon, J.L. (1990). Relation between catastrophizing and depression in chronic pain patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 260-263.
- Turk, D.C., Meichenbaum, D. y Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine: a cognitive-behavioral perspective*. New York: Guilford Press.
- Turner, J.A., Clancy, S. y Vitaliano, P.P. (1987). Relationships of stress, appraisal and coping to chronic low back pain. *Behavior Research Therapy*, 25, 281-288.
- Turner, J.A. y Clancy, S. (1986). Strategies for coping with chronic low back pain: relationships to pain and disability. *Pain*, 24, 355-364.
- Turner, J.A. (1991). Coping and chronic pain. En M.R. Bond, J.E. Charlton y C.J. Woolf (Eds.), *Proceeding of the VIth World Congress on Pain* (pp. 219-227). Amsterdam: Elsevier Science Publishers BV.
- Unruh, A. (1996). Gender variations in clinical pain experience. *Pain*, 65, 123-167.
- van Lankveld, W., van't Pad Bosch, P., van de Putte, L, Naring, G. y van der Staak, C. (1994). Disease specific stressors in rheumatoid arthritis: Coping and well-being. *British Journal of Rheumatology*, 33, 1067-1073.
- van Riel, P. y van Lankveld, W. (1993). Quality of life in rheumatoid arthritis: A review. *Pharm. World Sci.*, 15, 93-97.
- Walsh, J.D., Blanchard, E.B., Kremer, J.M. y Blanchard, C. G. (1999). The psychological of rheumatoid arthritis on the patient and the well partner. *Behavior Research and Therapy*, 37, 259-271.
- Weickgenant, A.L., Slater, M.A., Patterson, T.L. y Atkinson, J.H. et al. (1993). Coping activities in chronic low back pain: Relationship with depression. *Pain*, 53, 95-103.
- Weir, R., Browne, G., Roberts, J., Tunks, E. y Gafni, A. (1994). The meaning of illness questionnaire: further evidence for its reliability and validity. *Pain*, 58, 377-386.
- Young, L.D. (1992). Psychological Factors in Rheumatoid Arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 619-627.
- Zautra, A. y Manne, S. (1992). Coping with rheumatoid arthritis: a review of a decade of research. *Annals of Behavioral Medicine*, 14, 31-40.