

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento
Psicológico I

(Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica)



**FACTORES PSICOSOCIALES IMPLICADOS EN
LA ARTRITIS REUMATOIDE**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE
DOCTOR PRESENTADA POR

Soraya Bajat Pacios

Bajo la dirección de las doctoras:

Isabel Calonge Romano

Rosario Martínez Arias

Madrid, 2016

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento
Psicológico I

(Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica)



**FACTORES PSICOSOCIALES IMPLICADOS EN
LA ARTRITIS REUMATOIDE**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR PRESENTADA POR:

Soraya Bajat Pacios

Directoras de Tesis

Dra. Isabel Calonge Romano

Dra. Rosario Martínez Arias

Madrid, 2015

AGRADECIMIENTOS

Para la realización de esta tesis, he contado con el apoyo y ayuda de tantas personas, que espero ser capaz de no olvidarme de nadie ahora en los agradecimientos. Si este trabajo ha salido adelante, es, sin duda alguna, por el apoyo social que he recibido de todas las personas que me rodean. Todos los que ahora menciono han sido cruciales en este trabajo, empezando por los pacientes que han colaborado en el estudio.

A mis directoras de Tesis, Isabel y Charo, por su apoyo incondicional y por haber seguido ahí en todo momento. No tengo palabras para agradecerlo. Sois unas profesionales maravillosas y grandísimas personas. Vuestro apoyo y conocimiento ha sido más que fundamental. Gracias.

Al Dr. Jover, Jefe de Reumatología del Hospital Clínico San Carlos, y a Ana López de Benito, enfermera de la consulta de reumatología, por haberme ayudado tan generosamente en los comienzos y primera fase de este proyecto. Sin vosotros esto no se hubiera convertido en realidad. GRACIAS.

Al Hospital General Universitario Gregorio Marañón, al Dr. Miño (subgerente), al Dr. Sainz Cortón (Jefe de Psiquiatría), y, en especial, al Servicio de Reumatología, desde el Dr. Luis Carreño (Jefe de Servicio), que profesional y personalmente es intachable, hasta el último integrante del equipo. Me he quedado gratamente sorprendida con vosotros, sois un equipo ESPECTACULAR, a todos los niveles. Estoy impresionada con la ayuda a la investigación, con la calidad investigadora a nivel internacional y, con absolutamente todo lo que hacéis, incluido, por supuesto, el trato a los pacientes. He aprendido muchísimo con vosotros y estaré siempre agradecida.

A Gerencia y Dirección Médica de Sanitas Hospitales (Madrid), al Hospital de la Zarzuela, en especial al Dr. Juan Carlos Fuertes, al Hospital de la Moraleja, a los directores de los Milenium (Rebeca, Gema y María), y a todos los que me han facilitado llevar a cabo esta investigación en sus centros. Es un placer trabajar con vosotros asistencialmente, y me ha encantado comprobar que también lo es en investigación.

Al Dr. Acitores, Jefe de Radiología del Hospital de la Zarzuela. Gracias Nacho por haber intercedido por mí en el Gregorio de forma tan afectiva y desinteresada. Ahora entiendo el aprecio que te tienen todos en la “casa”.

A la Dra. Ana María Espinosa, excelente reumatóloga, de una calidad humana excepcional.

A la Dra. Cruz Fernández-Espartero, Jefa de Reumatología del Hospital de la Zarzuela, eres otro de mis grandes descubrimientos. Inmensamente contenta por haberte conocido, y estaré siempre agradecida de que me hayas ayudado con tanta entrega y dedicación, tanto como si la tesis fuera tuya.

A Luz y a Carlos. Luz, eres indispensable en Sanitas Hospitales, no hay tema que no domines, tu orientación, ayuda y afecto han sido fundamentales en los temas logísticos de la investigación clínica. Carlos, Gerente de Moraleja, gracias por colaborar casi antes de que te lo pidiera. Hacéis una gran pareja.

A Patricia Gómez, secretaria del CEIC del Hospital Universitario Puerta de Hierro. Gracias por implicarte tanto y con tanto afecto con los investigadores, conviertes en agradable un tema que preocupa tanto. Y al Dr. Mulero, Jefe de Reumatología de Puerta de Hierro, por sus orientaciones.

A Estíbaliz y a sus compañeras, excelentes investigadoras de gran prestigio, que me han abierto las puertas y me han proporcionado documentación, a la que no hubiera podido tener acceso de otra forma.

A Juan Luis por haber sido mi referente. A Rebeca por estar pendiente en todos los centros, aunque no tenga tiempo para nada. A Lorena, por lo mismo.

A Silvia Santiago, compañera y excelente colaboradora en la recogida del grupo de comparación.

A toda mi familia, por darme ánimos y apoyo. A mis sobrinos, Diego y Valeria por hacerme sonreír hasta en los momentos de mayor estrés. A mi primo político Oscar por ayudarme en toda la parte médica junto con mi padre, y a Marta por su ayuda en la parte estadística. A mis padres, por ser unos estupendos colaboradores con los temas de materiales y reprografía; a mi padre por inculcarme el interés por la salud mental y las enfermedades reumáticas; a mi madre por ser una paciente ejemplar de AR y LES, con unas energías que nos sobrepasan a cualquiera, pero especialmente, tengo que agradecerle que me recordara una vez al mes, durante los últimos años, que tengo que terminar este proyecto. De no ser así, seguro que me habría olvidado.

A mis mejores amigas, además “doctorandas”, Marta y Maye, por ayudarme en las cuestiones técnicas y apoyarme, ha resultado más agradable así compartir esta situación. A Espe por su grandísimo apoyo. A Miguel por su confianza ciega.

Y por último, a todos aquellos que me lo han puesto difícil (los menos), porque de otra forma no me hubiera esforzado tanto. Gracias a vosotros también.

Índice General

<i>INDICE</i>	<i>Pág.</i>
Resumen _____	21
Abstract _____	25

I PARTE TEÓRICA

1. La Artritis Reumatoide. Panorama general de investigaciones relacionadas con variables psicológicas _____	31
1.1. Definición, etiología y diagnóstico de la artritis reumatoide _____	34
1.1.1. Definición de artritis reumatoide _____	34
1.1.2. Etiología de la artritis reumatoide _____	35
1.1.3. Manifestaciones clínicas, formas de presentación y diagnóstico de la artritis reumatoide _____	36
1.1.3.1. Criterios de clasificación para la artritis reumatoide _____	39
1.2. Epidemiología, curso y pronóstico de la artritis reumatoide _____	41
1.2.1. Epidemiología _____	41
1.2.2. Curso de la enfermedad _____	42
1.2.3. Pronóstico de la enfermedad _____	43
1.3. Tratamientos actuales de la artritis reumatoide _____	44
1.4. La artritis reumatoide y su relación con variables psicológicas. Evidencias	

empíricas _____	47
1.4.1. Investigación en el campo de los perfiles psicológicos de pacientes con artritis reumatoide _____	48
1.4.2. Investigaciones acerca del impacto emocional tras el diagnóstico de artritis reumatoide _____	50
1.4.3. Investigaciones sobre el estrés y la artritis reumatoide _____	57
1.4.4. Investigaciones acerca de la comorbilidad psiquiátrica en pacientes diagnosticados de artritis reumatoide y su influencia en el curso de la enfermedad _____	59
1.4.5. Investigaciones sobre la artritis reumatoide y el dolor percibido en los pacientes _____	65
1.4.6. Investigaciones enfocadas en la calidad de vida de pacientes con artritis reumatoide _____	66
1.4.7. Investigaciones sobre pacientes con artritis reumatoide y su afectación a nivel psicosocial _____	73
1.4.7.1. El apoyo social percibido y la artritis reumatoide _____	73
1.4.7.2. Repercusión de la artritis reumatoide en el contexto familiar y de pareja _____	74
1.4.7.3. Interferencias en el rol social del paciente con artritis reumatoide debido al proceso de la enfermedad _____	77
1.4.8. Investigaciones acerca de la eficacia de las intervenciones educativas y psicológicas en artritis reumatoide _____	82

1.4.8.1. Los programas de educación terapéutica en artritis reumatoide	83
1.4.8.2. Los programas e intervenciones psicológicas en artritis reumatoide	85
1.4.8.3. Utilidad de los programas educativos y las intervenciones psicológicas en pacientes con artritis reumatoide	90
1.4.9. Investigaciones acerca de la respuesta diferencial a los tratamientos médicos en pacientes con artritis reumatoide y su relación con variables psicológicas	91
1.4.9.1. Estados ansioso-depresivos y respuesta al tratamiento médico en artritis reumatoide	92
1.4.9.2. Mecanismos biológicos de los factores físicos y psicológicos que afectan a la respuesta al tratamiento médico en artritis reumatoide	94
1.4.9.3. El efecto placebo y la adherencia en la respuesta al tratamiento médico en artritis reumatoide en función de variables psicológicas	97
2. Apoyo social: relación con la salud y la artritis reumatoide	111
2.1. Definición de apoyo social	111
2.2. Tipos de apoyo social y evaluación	111
2.3. Relación del apoyo social con la salud y la artritis reumatoide	114
2.3.1. La importancia del apoyo social en la salud	114
2.3.2. El apoyo social percibido y su relación con la artritis reumatoide	118
2.4. Conclusiones acerca del apoyo social disponible y el apoyo social percibido en	

pacientes con artritis reumatoide _____ 130

3. Estrés y estrategias de afrontamiento al estrés en la artritis reumatoide_

_____	137
3.1. Definición de estrés _____	137
3.2. Estrategias de afrontamiento al estrés y evaluación de los estilos de afrontamiento: Relaciones con la salud y enfermedad crónica _____	140
3.2.1. Estrategias de afrontamiento al estrés: evaluación y modelos teóricos _____	140
3.2.1.1. Modelo tradicional del afrontamiento: Modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman _____	140
3.2.1.2. Modelo de afrontamiento dual y afrontamiento flexible _____	143
3.2.2. El afrontamiento al estrés y sus relaciones con la salud _____	146
3.3. El estrés y su afrontamiento en la artritis reumatoide _____	152
3.3.1. Estrés y autoinmunología: el estrés como desencadenante de la artritis reumatoide _____	152
3.3.2. Influencia del estrés en el curso de la enfermedad artritis reumatoide	157
3.3.3. La artritis reumatoide como estresor crónico _____	160
3.3.4. Estrés y artritis reumatoide: medición de la respuesta fisiológica al estrés _____	162
3.3.5. El impacto de las estrategias de afrontamiento al estrés en la artritis reumatoide _____	165

4. Calidad de vida: Capacidad funcional en artritis reumatoide _____ 185

4.1. Definición de nivel de funcionalidad o capacidad funcional _____ 185

4.2. Evaluación y escalas de clasificación de la capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide _____ 186

4.2.1. Idoneidad del uso del HAQ para la evaluación de la capacidad funcional _____ 188

4.3. Nivel de funcionalidad y su relación con variables psicológicas en pacientes con artritis reumatoide _____ 193

4.3.1. Factores implicados e impacto en la calidad de vida por las limitaciones en la capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide _____ 193

4.3.2. Relaciones entre discapacidad funcional y variables psicosociales en artritis reumatoide _____ 201

5. Dolor percibido y estrategias de afrontamiento al dolor en la artritis reumatoide _____ 221

5.1. Definición de dolor y de estrategias de afrontamiento al dolor _____ 221

5.1.1. Dolor percibido y tipos de dolor. Evaluación del dolor percibido ____ 221

5.1.2. Estrategias de afrontamiento al dolor y su evaluación _____ 223

5.2. Mecanismos biológicos del dolor y su relación con variables psicológicas en la artritis reumatoide _____ 226

5.3. El dolor en la artritis reumatoide _____ 231

5.4. Impacto de las estrategias de afrontamiento en el dolor percibido en pacientes

con artritis reumatoide _____	232
5.4.1. Estrategias de afrontamiento al dolor en pacientes AR: evidencias e implicaciones _____	232
5.4.2. La catastrofización y su relación con el dolor percibido en pacientes con artritis reumatoide _____	238

II INVESTIGACIÓN

6. Objetivos e Hipótesis _____	249
6.1. Objetivos de la investigación _____	249
6.2. Hipótesis de la investigación _____	250
7. Método _____	255
7.1. Población objeto de estudio _____	255
7.1.1. Población pacientes con Artritis Reumatoide _____	255
7.1.2. Población pacientes sin Artritis Reumatoide (grupo de comparación) _____	256
7.2. Participantes _____	257
7.3. Diseño y procedimiento _____	260
7.3.1. Procedimiento _____	260
7.3.2. Aspectos éticos de la investigación _____	263
7.4. Variables de estudio e Instrumentos de evaluación _____	264
7.4.1. Apoyo social percibido _____	264
7.4.2. Estrategias de afrontamiento al estrés _____	266
7.4.3. Estrategias de afrontamiento al dolor _____	272
7.4.4. Dolor percibido _____	275

7.4.5. Capacidad/Incapacidad funcional	275
7.4.6. Otras variables consideradas	278
8. Análisis de datos y resultados	281
8.1. Resultados	281
9. Discusión y Conclusiones	327
9.1. Discusión	327
9.2. Validez del estudio y limitaciones de la investigación. Líneas de investigación futuras	353
9.3. Conclusiones	361
10. Referencias bibliográficas	363
11. Anexo	413
11.1. Hoja de información al paciente y consentimiento informado	415

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estudios recientes AR y variables psicológicas (años 2009-2015) _____	100
Tabla 2. Estudio recientes AR y apoyo social percibido (años 2010-2015) _____	132
Tabla 3. Estudios recientes AR y estrés/afrontamiento (años 2009-2015) _____	179
Tabla 4. Clasificación limitación capacidad funcional o discapacidad _____	188
Tabla 5. Estudios recientes AR y capacidad funcional (años 2009-2015) _____	211
Tabla 6. Estudios recientes AR y dolor percibido (años 2010-2015) _____	243
Tabla 7. Descripción de los participantes en función del género/edad _____	258
Tabla 8. Descripción de los participantes variables sociodemográficas _____	259
Tabla 9. Índices de fiabilidad cuestionario de afrontamiento al estrés (COPE) _____	270
Tabla 10. Índices de fiabilidad cuestionario de afrontamiento al dolor (CAD) _____	274
Tabla 11. Diferencia de medias en discapacidad y dolor percibido _____	282
Tabla 12. Diferencia de medias en afrontamiento adaptativo al dolor y al estrés _____	284
Tabla 13. Diferencia de medias en afrontamiento poco adaptativo al dolor y al estrés _____	286
Tabla 14. Diferencia de medias en uso total de estrategias de afrontamiento al dolor y al estrés _____	287
Tabla 15. Correlaciones grupo AR entre CAD y COPE _____	288
Tabla 16. Correlaciones grupo comparación entre CAD y COPE _____	289

Tabla 17. Diferencia de medias en apoyo social percibido: satisfacción y disponibilidad _____	292
Tabla 18. Diferencias por grupo y género SSQGST _____	293
Tabla 19. Diferencias por grupo y género en dolor percibido _____	294
Tabla 20. Diferencias por grupo y género en capacidad funcional _____	295
Tabla 21. Diferencias por grupo y género en afrontamiento dolor religión _____	297
Tabla 22. Diferencias por grupo y género en afrontamiento dolor búsqueda apoyo social emocional (CAD) _____	298
Tabla 23. Diferencias por grupo y género en autocontrol mental (CAD) _____	299
Tabla 24. Diferencias por grupo y género en autoafirmación (CAD) _____	301
Tabla 25. Diferencias por grupo y género en afrontamiento activo (COPE) _____	302
Tabla 26. Diferencias por grupo y género en planificación (COPE) _____	304
Tabla 27. Diferencias por grupo y género en búsqueda de apoyo social instrumental (COPE) _____	305
Tabla 28. Diferencias por grupo y género en búsqueda de apoyo social emocional (COPE) _____	306
Tabla 29. Diferencias por grupo y género en religión (COPE) _____	307
Tabla 30. Diferencias por grupo y género en reinterpretación positiva y crecimiento personal (COPE) _____	308
Tabla 31. Diferencias por grupo y género en desconexión mental (COPE) _____	310

Tabla 32. Diferencias por grupo y género en humor (COPE) _____	311
Tabla 33. Correlaciones satisfacción apoyo social, incapacidad y dolor percibido en grupo AR _____	313
Tabla 34. Correlaciones disponibilidad percibida apoyo social, incapacidad y dolor percibido en grupo AR _____	314
Tabla 35. Correlaciones estrategias adaptativas al estrés/dolor e incapacidad y dolor percibido en grupo AR _____	315
Tabla 36. Correlaciones estrategias poco adaptativas al estrés/dolor e incapacidad y dolor percibido en grupo AR _____	316
Tabla 37. Correlaciones años evolución de la enfermedad, edad, incapacidad y dolor percibido en grupo AR _____	317
Tabla 38. Modelo de regresión lineal para incapacidad grupo AR _____	318
Tabla 39. Coeficientes modelo final de regresión con incapacidad en el grupo AR	319
Tabla 40. Modelo de regresión lineal para dolor percibido grupo AR _____	320
Tabla 41. Coeficientes modelo final de regresión con dolor percibido en el grupo AR _____	321
Tabla 42. Modelo de regresión lineal para incapacidad grupo comparación _____	322
Tabla 43 Coeficientes modelo final de regresión con incapacidad en el grupo comparación _____	323
Tabla 44. Modelo de regresión lineal para dolor percibido grupo comparación ____	324

Tabla 45. Coeficientes modelo final de regresión con dolor percibido en el grupo comparación _____	325
--	-----

Tabla 46. Correlaciones Diferenciales CAD y COPE en función del grupo _____	340
---	-----

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 Diferencias por género y grupo en satisfacción apoyo social _____	293
--	-----

Figura 2 Diferencias por género y grupo Escala Dolor _____	295
--	-----

Figura 3 Diferencias por género y grupo capacidad funcional (HAQ) _____	296
---	-----

Figura 4 Diferencias por género y grupo religión CAD _____	297
--	-----

Figura 5 Diferencias por género y grupo búsqueda apoyo emocional CAD _____	299
--	-----

Figura 6 Diferencias por género y grupo autocontrol mental CAD _____	300
--	-----

Figura 7 Diferencias por género y grupo autoafirmación CAD _____	301
--	-----

Figura 8 Diferencias por género y paciente en afrontamiento activo _____	303
--	-----

Figura 9 Diferencias por género y paciente en planificación _____	304
---	-----

Figura 10 Diferencias por género y paciente en búsqueda apoyo social instrumental (COPE) _____	305
--	-----

Figura 11 Diferencias por género y paciente en búsqueda de apoyo social emocional (COPE) _____	307
--	-----

Figura 12 Diferencias por género y paciente en religión (COPE) _____	308
--	-----

Figura 13 Diferencias por género y paciente en reinterpretación positiva y crecimiento personal_____	309
Figura 14 Diferencias por género y paciente en desconexión mental (COPE) _____	310
Figura 15 Diferencias por género y paciente en humor (COPE) _____	312

Factores Psicosociales implicados en la Artritis Reumatoide

RESUMEN

El objetivo de este estudio es analizar del afrontamiento al estrés, el afrontamiento del dolor y el apoyo social percibido, para establecer su relación con la incapacidad funcional y el dolor percibido, en pacientes diagnosticados de artritis reumatoide (AR), comparados con pacientes sin patología que limite su capacidad funcional (grupo comparación).

Para ello, han sido evaluados un total de 230 pacientes, 110 pacientes con artritis reumatoide y 120 pacientes en el grupo de comparación, pertenecientes a hospitales de red de sanidad pública y privada de la Comunidad Autónoma de Madrid (España). El protocolo de evaluación ha consistido en el Cuestionario de afrontamiento al estrés COPE (Carver, Scheier y Weintraub, 1989), Cuestionario de afrontamiento al dolor CAD (Soriano y Monsalve, 2002), la Escala de apoyo social abreviada SSQ-6 (Sarason, Sarason, Shearin y Pierce, 1987), escala numérica de dolor (EN) y el Cuestionario de la evaluación de la salud de Stanford HAQ (Fries, Spitz, Kraines y Holman, 1980). También, se han recogido datos sociodemográficos y años de evolución de la enfermedad en el grupo de AR.

El análisis estadístico se ha realizado mediante el programa SPSS v.22, y ha consistido en pruebas paramétricas, con contrastes de pruebas no paramétricas, de diferencias de medias, estudio de correlaciones y ecuaciones de regresión, tanto para las comparaciones entre ambos grupos, como para el estudio de los pacientes con AR.

Los resultados indican que existen diferencias significativas entre ambos grupos en la intensidad del dolor percibido ($p < ,001$) y en la incapacidad funcional ($p < ,001$),

siendo mayores en el grupo de AR, a pesar de que la muestra de AR, en su conjunto, tiene buena capacidad funcional (media=,37, DT=,40) y niveles relativamente moderados de dolor percibido (media=4,78, DT=2,43). El grado de satisfacción con el apoyo social no muestra diferencias significativas entre ambos tipos de pacientes, y es, a su vez, elevado en ambos grupos.

Las estrategias de afrontamiento al estrés y al dolor muestran un patrón diferencial en función de los grupos y del género. En cuanto al uso global de estrategias de afrontamiento al estrés, existen diferencias significativas, siendo el grupo de comparación el que utiliza con mayor frecuencia el repertorio de estrategias. En cuanto al afrontamiento del dolor, no existen diferencias significativas entre ambos grupos. Las estrategias de afrontamiento al estrés, tradicionalmente consideradas como más adaptativas, por estar centradas en la solución del problema (afrontamiento activo y planificación), son utilizadas más frecuentemente por el grupo de comparación. En el grupo de pacientes con AR, mayores puntuaciones en búsqueda de apoyo social instrumental (CAD), centrarse en las emociones y desahogarse (COPE) y la desconexión conductual (COPE) se relacionan con mayores puntuaciones en dolor percibido; la búsqueda de apoyo emocional (COPE y CAD) y la desconexión conductual, muestran relaciones positivas significativas con incapacidad funcional, mientras que la reinterpretación positiva se relaciona de forma negativa. En los modelos de regresión, algunas variables analizadas explican parte del dolor percibido y de la incapacidad funcional. En la línea de investigaciones previas, existen dificultades para establecer la capacidad adaptativa de las estrategias de afrontamiento, tanto ante el dolor como ante el estrés, así como el papel del apoyo social en enfermedades crónicas como la AR, que es variable en función de los estudios.

Debido al carácter transversal de la investigación, se necesita mayor evidencia empírica para poder establecer la direccionalidad en las relaciones, así como patrones diferenciales que discriminen entre las respuestas psicológicas adaptativas y desadaptativas a la enfermedad. Sabemos que la artritis reumatoide es una enfermedad crónica, que cursa con fluctuaciones de dolor a lo largo de su evolución, con tendencia a la limitación en la capacidad funcional, y que, por tanto, puede afectar a los pacientes que la padecen en muchos aspectos de su vida cotidiana. Con ese objetivo hemos tratado de identificar variables psicológicas en afrontamiento al estrés, al dolor y relativas al apoyo social percibido, para tratar de aportar datos que puedan ayudar a matizar las discrepancias que se encuentran a menudo entre los marcadores biológicos, la percepción de los profesionales y la percepción de los pacientes, en lo referente al impacto de la AR. Los resultados sugieren que los pacientes con AR podrían estar beneficiándose de los avances médicos en el tratamiento biológico de la enfermedad, y, probablemente de forma complementaria, se beneficiarían en gran medida de evaluaciones psicológicas e intervenciones específicas, que podrían favorecer la reducción del impacto de la enfermedad, sobre todo aquellos pacientes con recursos psicológicos poco adaptativos, que mejorarían así su calidad de vida percibida.

Palabras clave: Artritis reumatoide, afrontamiento, dolor, afrontamiento del estrés, afrontamiento del dolor, apoyo social, capacidad funcional, discapacidad.

Psychosocial Factors involved in Rheumatoid Arthritis

ABSTRACT

The aim of this study is to analyze the stress coping strategies, pain coping strategies, and perceived social support, to establish their relationship with the functional disability and the perceived pain in patients diagnosed with rheumatoid arthritis (RA), in comparison with patients with no pathology to limit their functional abilities (control group).

To that purpose, 230 patients were assessed, 110 patients with rheumatoid arthritis and 120 patients in the control group, all of them within public and private hospitals in the Madrid autonomous region, Spain. The assessment protocol was made up by the COPE stress coping inventory (Carver, Scheier & Weintraub, 1989), the Pain Coping Questionnaire (Cuestionario de afrontamiento ante el dolor, CAD, Soriano & Monsalve, 2002), the abbreviated Social Support Questionnaire SSQ-6 (Sarason, Sarason, Shearin & Pierce, 1987), the pain numerical rating scale (NRS), and the Stanford Health Assessment Questionnaire (HAQ, Fries, Spitz, Kraines & Holman, 1980). Additionally, socio-demographic data and information on the years of development of the disease were collected for the RA group.

The statistical analysis, done with the software SPSS v.22, has involved parametric tests, with non-parametric contrast tests, for mean differences, correlation study, and regression equations, both for comparison between the two groups and for the study of the patients with RA.

The results show that there are significant differences between the two groups in regards to the intensity of the perceived pain ($p < .001$) and the functional disability (p

< ,001). Both are higher in the RA group, even though the RA sample, as a whole, has a good functional capacity (average = ,37, SD = ,40) and relatively reasonable levels of perceived pain (average = 4,78, SD = 2,43). The degree of satisfaction with the social support does not show significant differences between the two types of patients; it is high in both groups.

Stress and pain coping strategies show a differentiating pattern according to the groups and gender. Concerning the general use of stress coping strategies, there are important differences; the control group is the one using more frequently those strategies. As far as pain coping is concerned, there are no significant differences between both groups. Stress coping strategies, traditionally considered to be more adaptive because of their being focused on the solution of the problem (active coping and planning), are more frequently used in the control group. In the group of RA patients, higher scores in searching instrumental social support (CAD), focusing on emotions and venting (COPE), and behavioral disengagement (COPE), are related to higher scores of perceived pain; the search for emotional support (COPE and CAD) and the behavioral disengagement show significant positive relationships with functional disability, whereas positive reinterpretation is related in a negative way. In regression models, some variables analyzed explain part of the perceived pain and the functional disability. As was the case with previous research, there are difficulties in establishing the adaptive capacity of the coping strategies both to pain and to stress, and also the role of the social support in chronic illnesses such as RA, as it varies according to the studies.

Due to the cross-sectional nature of this research, more empirical evidence is needed to establish the directionality in relationships, as well as differential patterns to discern between psychological answers adaptive and maladaptive to the disease. We know that rheumatoid arthritis is a chronic disease involving pain fluctuations

throughout its development, with a tendency to limit the functional capacity and, thus, probably affecting many aspects of the patients' daily life. For this purpose, we have tried to identify psychological variables in stress and pain coping and those related to the perceived social support to try to contribute and help to qualify the disagreements often found among the biological markers, the perception of the professionals, and the perception of the patients in relation to the impact of RA. The results suggest that RA patients could be benefiting from medical developments in biological treatment of their disease and, probably, in a complementary way, they could benefit greatly from psychological assessments and specific psychological interventions, especially in the case of those patients with less adaptive psychological resources. It could foster a lessening in the impact of the disease, thus improving the perceived quality of life of patients with rheumatoid arthritis.

Keywords: Rheumatoid arthritis, coping, pain, stress coping, pain coping, social support, functional capacity, disability.

I PARTE TEÓRICA

1. LA ARTRITIS REUMATOIDE. Panorama general de investigaciones relacionadas con variables psicológicas.

La artritis reumatoide (AR), término acuñado por primera vez por Garrot en 1859, es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta preferentemente a las articulaciones de forma simétrica, pero que también puede dañar los órganos internos, por lo que debe considerarse como una enfermedad sistémica. La artritis puede conducir a destrucción articular y a la invalidez progresiva. La afectación sistémica y las comorbilidades pueden disminuir la esperanza de vida.

Se caracteriza por la presencia de sinovitis crónica, casi siempre progresiva, localizada en las manos, muñecas, codos, hombros, caderas, rodillas, tobillos, pies y manos. La sinovitis, además de provocar las manifestaciones clínicas propias de la enfermedad, como el dolor, la rigidez y la discapacidad, produce la mayoría de las veces cambios radiográficos irreversibles asociados a daño reticular permanente (Batlle-Gualda, Martínez y Pascual, 2000).

En el terreno fronterizo entre la medicina y la psiquiatría se encuentran todos aquellos trastornos que tienen en común la expresión de un conflicto o de un sufrimiento a través de cuerpo o en el cuerpo. Lo que hoy se denominan trastornos psicofisiológicos se corresponden con el antiguo campo de la psicósomática e incluyen aquellos trastornos somáticos en cuyo desarrollo los factores psicológicos adquieren un papel predominante y no sólo un papel contingente.

A partir de 1980, los términos de medicina psicósomática se asocian a los de “psicología de la salud”, que pone el acento en la interacción de las variables biopsicosociales y en la interacción entre el problema a resolver (conflicto personal,

relacional, etc.) y los recursos de las personas (estrategias de afrontamiento o coping, apoyo social, etc.). Uno de los conceptos que resultó ser más importante, para el desarrollo de la psicobiología, fue el de estrés. Desde el principio, se le asociaron factores individuales que actuaban como factores de vulnerabilidad o de resistencia al mismo, como el pensamiento operativo, la alexitimia y la dificultad de expresión de los afectos, los patrones de conducta tipo A y tipo C, la tendencia a la hostilidad, la falta de energía, el locus de control, la fortaleza psíquica, la impulsividad y la ausencia de miedo al peligro, entre otros. Así mismo, empezaron a considerarse factores mediadores entre los que se incluían las estrategias de afrontamiento y el apoyo social (Santo-Domingo, Baca, Carrasco y García-Camba, 2002).

La aproximación de la psicología y la medicina psicosomática al campo de la artritis reumatoide comenzó antes de los años 50 con la aportación de las explicaciones psicodinámicas sobre el perfil psicológico de los pacientes artríticos y la repercusión de dicho perfil en el estado de salud. Desde entonces, y hasta la actualidad, siguen siendo numerosos los estudios que evalúan la salud mental del paciente AR y factores psicosociales, que puedan actuar como variables moduladoras del estado de salud general de los pacientes con AR (eg., Benka et al., 2012; Goulia et al., 2015; Holtzman, Newth y Delongis, 2004; Kasle, 2004; Stewart y Yuen, 2001).

En 1964 Deutsch introduce el adjetivo “psicosomático” para referirse a lo que la literatura llamaba tradicionalmente “neurosis y psicosis de órgano”. Ya en el libro de Helen Flanders Dunbar, *Emotion and bodily changes* (1954) se cita una bibliografía con alrededor de 5000 referencias acerca de medicina psicosomática. Autores claves en este campo han sido Dunbar con los perfiles de personalidad (1943), Selye con el síndrome de adaptación (1946), Alexander con la especificidad del conflicto (1950), Hinkle y

Wolf con las situaciones ambientales (1957) y Engel con las enfermedades somatofísicas o psicósomáticas (1962).

Las primeras investigaciones e interpretaciones de la patología reumática coinciden en el carácter represivo de la hostilidad de los pacientes artríticos y en la expresión física de la “rigidez” psíquica, aportando, como mínimo, una interesante teoría metafórica sobre cómo padece y se transforma el cuerpo en función de variables principalmente psíquicas. Explicaciones del perfil rígido y represivo de los pacientes con artritis reumatoide, serían las que hacen referencia a que el tema central de las enfermedades del aparato locomotor son las dualidades movimiento/reposo, agilidad/rapidez; se consideraba común en el perfil artrítico unos antecedentes de elevada actividad previa a la enfermedad, unos rasgos de personalidad de perfeccionismo, meticulosidad y moralidad extrema, junto con características masoquistas-depresivas, tendentes al sacrificio y ayuda a los demás con propensión a la melancolía, propio de personas con rigidez mental e inmovilistas, que trataban de compensar con el movimiento físico del cuerpo como mecanismo de defensa. La represión de la hostilidad se explicaba en términos de bloqueo motor, única vía de expresión de la hostilidad de estos pacientes, amparándose en su facilidad para tener mayores aumentos de tensión muscular corroborados en estudios experimentales. Consideraban que el dolor y la inflamación eran la expresión de ese malestar no explicado por otras vías, el dolor emocional provocado por la hostilidad, se transformaba entonces en dolor físico. La dificultad de los artríticos para canalizarlo de otra forma, según las primeras aproximaciones psicodinámicas, debido al gran sentimiento de culpa que les caracterizaba, les predisponía a una actitud de generosidad y abnegación, combinación entre altruismo y deseos de dominar al otro, que se traduce

en la respuesta dolorosa e inflamatoria del malestar artrítico (Dethlefsen y Danlke, 1989).

Según Alexander, en su libro de 1950, *Psychosomatic Medicine, Its Principles and Applications*:

El núcleo psicodinámico consiste en estos casos en un estado de sublevarción crónica, latente, rencorosa. En un primer estadio los enfermos procuran mantener subyugada su agresividad mediante el dominio de sí mismos, canalizando sus sentimientos de odio en cauces admitidos. Su necesidad de ejercicio muscular se desahoga en la intensidad de las tareas domésticas, la jardinería, el deporte. En el segundo estadio la agresividad se sublima, pasando de un comportamiento severo a una actitud servicial. Pero esta reacción es engañosa. Al menor incidente todo el edificio vacila. Cada vez es mayor la dificultad para exteriorizar los impulsos agresivos. Así, sobre la base de una coerción física, se va desarrollando progresivamente el anquilosamiento del aparato locomotor; el individuo se pone una camisa de fuerza (citado en Luban-Plozza y Pöldinger, 1975, pp.77).

1.1. Definición, etiología y diagnóstico de la artritis reumatoide.

1.1.1. Definición de artritis reumatoide.

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune cuya característica principal es la inflamación crónica de múltiples articulaciones y vainas tendinosas de la membrana sinovial, aunque también se producen cambios sistémicos que implican a todos los compartimientos del sistema inmune, manifestaciones inflamatorias

específicas en otros órganos y alteraciones sistémicas no específicas, consecuencia de la inflamación sistémica. La artritis puede conducir a la destrucción articular y la incapacidad progresiva (Alperi, 2014; Ballina, 2014; Pablos, 2014).

1.1.2. Etiología de la artritis reumatoide.

La fisiopatología de esta enfermedad se basa en una activación anómala de procesos normalmente implicados en las respuestas inmune e inflamatoria defensivas. La AR se considera una enfermedad autoinmune y, en la mayoría de los pacientes, se detecta una respuesta de autoanticuerpos que reconocen determinados autoantígenos. No obstante, también existe un grupo de pacientes sin autoanticuerpos que se denominan “AR seronegativas”.

La causa de esta enfermedad es desconocida y se cree que puede aparecer por la acción de agentes ambientales sobre una predisposición genética. Como los agentes infecciosos son la influencia más poderosa que se conoce sobre el sistema inmune, se han estudiado como agentes causales potenciales; no obstante, no hay conclusiones sólidas que impliquen causalidad de algún agente infeccioso específico sobre el desarrollo de la AR en pacientes con predisposición biológica, aunque esto no excluye que la exposición a agentes infecciosos comunes contribuya, de alguna forma, a modelar el sistema inmune en personas predispuestas facilitando el desarrollo de la AR (Pablos, 2014).

Existe cierta predisposición hereditaria a padecer esta enfermedad (Naredo y Uson, 1997). Los factores genéticos identificados incluyen múltiples genes implicados en la respuesta inmune. Determinados alelos del gen del complejo mayor de

histocompatibilidad HLA-DRB1, principalmente DR4 y DR1, son los más conocidos en la actualidad (Pablos, 2014).

1.1.3. Manifestaciones clínicas, formas de presentación y diagnóstico de la artritis reumatoide.

El diagnóstico se basa en la historia clínica precisa, exploración física completa, test de laboratorio y el diagnóstico diferencial para excluir otros diagnósticos. Ciertos análisis de sangre y de líquido sinovial y la radiología simple aportan información muy útil para el diagnóstico y seguimiento de esta enfermedad. La ecografía es importante para evaluar la inflamación de la membrana sinovial y las lesiones del cartílago articular y de los tendones, bursas y ligamentos periarticulares. En las fases iniciales de la enfermedad, en muchos pacientes los hallazgos clínicos, analíticos y radiológicos son muy vagos e imprecisos, lo que dificulta el diagnóstico (Alperi, 2014; Naredo y Uson, 1997). Es imprescindible el diagnóstico precoz puesto que el daño articular se produce principalmente al inicio de la enfermedad, el 30% de los pacientes presenta erosiones en el momento del diagnóstico y esta proporción aumenta hasta el 60% a los 2 años, y las erosiones óseas y deformaciones son irreversibles (O'Dell, 2004).

Las **manifestaciones clínicas** de la AR, sus signos y síntomas, son los siguientes:

- *Dolor:* De ritmo inflamatorio y exacerbado durante el reposo.
- *Inflamación articular:* Debido al aumento del volumen articular.
- *Rigidez articular:* Tras un periodo de reposo, el paciente muestra dificultad para mover las articulaciones. Está relacionada con el grado de actividad de la enfermedad.

- *Debilidad muscular y atrofia:* Debido al poco uso de las articulaciones y conllevan un aumento del grado de incapacidad.
- *Deformidad articular:* Debida al engrosamiento óseo, a luxaciones/subluxaciones que condicionan las lesiones capsulares y ligamentosas. Se observa en fases avanzadas del progreso de la enfermedad.
- *Manifestaciones extraarticulares:* Complicaciones que pueden estar directamente relacionadas con la afectación sistémica de la AR (como los nódulos, el síndrome de Felty o la pleuritis), o comorbilidades, que son aquellas que no tendrían una relación directa, aunque pudieran estar en relación con el trastorno inflamatorio (como episodios cardiovasculares, infecciones, cáncer, osteoporosis o depresión).

Las **formas de presentación** de la AR pueden ser (Alperi, 2014):

- *Tipo clásico.* Suele presentarse de forma insidiosa y aditiva, aparece dolor, signos inflamatorios y limitación de pocas articulaciones, con frecuencia de las manos, las muñecas y los pies. El paciente refiere rigidez articular después de un período prolongado de inactividad, que puede persistir más de 1 hora. Es además frecuente que sea precedido durante semanas o meses de presencia de astenia, mialgias, febrícula, pérdida de peso o depresión.
- *Tipo poliartritis aguda.* Menos frecuente que la anterior y suele aparecer en pacientes de edad avanzada, la AR se presenta como una poliartritis aguda que afecta grandes y pequeñas articulaciones, con intenso dolor

articular, tumefacción generalizada, gran limitación funcional y discapacidad.

- *Tipo polimialgia reumática.* En los ancianos, la AR puede comenzar con una presentación rizomiélica, con dolor y limitación en hombros y caderas, muy incapacitante, y sin sinovitis objetiva.
- *Tipo palindrómico.* Es un tipo de comienzo de la AR que en más de la mitad de los pacientes evoluciona de forma crónica, aumentando progresivamente la duración de las fases activas y disminuyendo los intervalos libres de síntomas. Aparece como formas episódicas y recurrentes, de inicio brusco, con sinovitis muy aguda que aparece en una o unas pocas articulaciones, y que persiste entre unas horas a varios días.
- *Tipo monoarticular.* Frecuentemente se trata de una articulación grande como cadera, hombro, rodilla o tobillo, que permanece inflamada hasta la aparición posterior de una poliartritis simétrica. La presentación aguda de una monoartritis puede sugerir una artritis séptica o una artritis cristalina y, en estos casos, es fundamental el análisis del líquido sinovial.
- *Tipo fibromialgia.* Sin datos objetivos de sinovitis articular, los pacientes presentan dolor generalizado, rigidez, síndrome del túnel carpiano, astenia y depresión.
- *Tipo local extraarticular.* La presencia de bursitis y tenosinovitis puede estar asociada a AR y, en ocasiones, la primera presentación puede ser un síndrome de túnel carpiano.

- *Tipo sistémico.* Rara vez puede presentarse con síntomas extraarticulares como nódulos reumatoides, serositis, afectación intersticial pulmonar o vasculitis, en ausencia de manifestaciones articulares.

Como puede observarse en función a lo expuesto anteriormente, la AR es una enfermedad muy heterogénea (Ballina, 2014).

1.1.3.1. Criterios de clasificación para la artritis reumatoide.

El diagnóstico de la artritis reumatoide es un diagnóstico clínico, realizado por el reumatólogo, en base a la exploración física del paciente, el diagnóstico diferencial y las pruebas complementarias (laboratorio, radiográficas, etc.).

No obstante, para la investigación y los ensayos clínicos, coexisten en la actualidad dos criterios de clasificación. Por un lado, los criterios de la artritis reumatoide definidos por el American College of Rheumatology en 1987 y, por otro, los recientes criterios ACR/EULAR de 2010.

- Criterios ACR (American College of Rheumatology) de 1987. Son la presencia de rigidez matutina, artritis en tres o más articulaciones de las manos, artritis simétrica, artritis de las articulaciones de las manos, nódulos reumáticos, factor reumatoide sérico y presencia de cambios radiológicos.
- Criterios ACR/EULAR 2010. El objetivo principal de estos nuevos criterios no es “diagnosticar”, sino identificar entre pacientes con sinovitis indiferenciada precoz, aquellos con mayor riesgo de presentar enfermedad persistente y/o erosiva. Estos criterios se basan en la presencia confirmada de sinovitis en al menos una articulación, ausencia de un diagnóstico alternativo que pueda explicarla y obtener una puntuación \geq

6 en el sistema de los cuatro dominios que evalúa (afectación articular, serología, duración de los síntomas y reactantes de la fase aguda).

La diferencia principal entre ambos, es que, en los recientes criterios de 2010, la rigidez matutina, la afectación articular simétrica y la afectación de las manos no son un rasgo, se suprime la presencia de los nódulos reumatoides y las erosiones por ser consideradas manifestaciones tardías de la enfermedad, y se puede clasificar con AR a artritis de menos de 6 semanas de duración. Puesto que se ha demostrado que el pronóstico depende, en gran medida, del tratamiento en las fases iniciales de la enfermedad, estos nuevos criterios tienen el objetivo de clasificar a los pacientes con AR precoz para que puedan beneficiarse de la intervención completa en AR para disminuir o frenar la progresión discapacitante de la enfermedad.

En base a los criterios de clasificación ACR, más conservadores, se puede retrasar el diagnóstico, y, por tanto, el tratamiento, ya que consideran manifestaciones tardías de la enfermedad, así como en base a los criterios ACR/EULAR se pueden generar falsos positivos (ya que se han observado más remisiones espontáneas con estos criterios). Por último, y al igual que ocurre en otras especialidades médicas, dado que el espectro de la enfermedad es muy amplio y existen manifestaciones atípicas, el reumatólogo puede diagnosticar de AR a un paciente según su juicio clínico, aun cuando no cumpla los criterios de clasificación (Alperi, 2014; Alperi et al., 2015).

1.2. Epidemiología, curso y pronóstico de la artritis reumatoide.

1.2.1. Epidemiología.

La artritis reumatoide es una enfermedad relativamente frecuente, dentro de las enfermedades autoinmunes se considera de las más prevalentes. Afecta más a las mujeres que a los varones, en una proporción aproximada de 3 a 1, y puede comenzar a cualquier edad, aunque habitualmente aparece en edades medias de la vida (Naredo y Uson, 1997), el pico de incidencia se sitúa entre los 30 y los 60 años (Fernández, Aramburu y Ruescas, 2001).

La **prevalencia** en España es de 0,5% de la población adulta. La prevalencia de AR en España es comparable a la de otros países mediterráneos (Carmona et al., 2002), que parece ser menor que en el norte de Europa o Norteamérica (Alamanos, Voulgari y Drosos, 2006).

La **incidencia** aumenta en familiares (2-3 veces), y en gemelos monocigóticos tiene una concordancia del 20-30%, reflejando un componente genético que sigue un modelo de herencia poligénico. En fumadores, el riesgo de padecer AR es 1,5-2 veces mayor.

La artritis reumatoide ocasiona una importante morbilidad, mortalidad y **coste socioeconómico** (OMS, 2003). En los primeros momentos de la enfermedad el gasto económico es debido a la asistencia médica y los tratamientos farmacológicos, y, en fases establecidas de la enfermedad por las complicaciones, cirugías y pensiones por discapacidad. Los costes directos de la AR pueden suponer hasta un 70-80% del gasto total (asistencia médica y hospitalaria, prótesis, fármacos, etc.). También existen costes indirectos debidos a las pensiones de incapacidad laboral o pérdida de productividad (bajas laborales, jubilaciones anticipadas y reducciones de jornada laboral).

Concretamente en España, la AR es la causa del 0,7% de las incapacidades permanentes totales, del 1,7% de las absolutas y del 5% de las grandes incapacidades. La discapacidad es debido a varias causas y se asocia tanto con el dolor, las deformidades y otras características de la enfermedad, como con el estado psicológico, el apoyo social, el nivel educacional y la morbilidad coexistente (Ballina, 2014).

1.2.2. Curso de la enfermedad.

A pesar de los nuevos tratamientos médicos, estos pacientes continúan con una esperanza de vida disminuida por la afectación sistémica y las comorbilidades, tendencia a la incapacidad laboral y potencial deterioro en su calidad de vida debido al dolor y la función física (Alperi, 2014).

La **evolución** más frecuente de la enfermedad es en brotes, de actividad, duración e intensidad variables, separados por periodos de pocos o ningún síntoma.

El curso clínico de la AR es muy heterogéneo, al igual que la tasa de progresión y la extensión del daño articular en los pacientes. Un curso progresivo de la enfermedad se asocia con destrucción articular considerable en pocos años desde el inicio de la enfermedad y se ha estimado que aparece en un 60-90% de los pacientes. En otros pacientes la gravedad de la inflamación y de la progresión del daño articular es más lenta. Es muy importante identificar a aquellos pacientes susceptibles de avance rápido de la enfermedad para actuar de forma inmediata con tratamientos modificadores del curso de la enfermedad. Para ello se han establecido factores de pronóstico fiables de daño radiológico.

1.2.3. Pronóstico de la enfermedad.

En la mayoría de los pacientes el **pronóstico** de la artritis reumatoide es bueno. Sin embargo, un porcentaje considerable sufrirá una incapacidad, de moderada a importante, para llevar una vida normal. Es imprescindible un diagnóstico y tratamiento tempranos con el fin de que aquellos pacientes con enfermedad más agresiva desarrollen la menor incapacidad posible (Naredo y Uson, 1997). La atención especializada precoz ha demostrado ser el factor de mayor peso en relación con el pronóstico de la enfermedad (Batlle-Gualda et al., 2000).

Por otro lado se han identificado como factores predictores de mayor incapacidad funcional: el sexo femenino, la edad avanzada, un alto número de articulaciones dolorosas, la elevación de RFA, el HAQ basal por encima de 1 y la presencia de erosiones.

Existen, así mismo, otras complicaciones en la AR como las comorbilidades, que son aquellas enfermedades o trastornos que no tendrían una relación directa, aunque pudieran estar en relación con el trastorno inflamatorio, como episodios cardiovasculares, infecciones, cáncer, osteoporosis o depresión. Todas ellas tienen una extraordinaria influencia con respecto al pronóstico y la calidad de vida de los pacientes, así como con otros desenlaces, como mortalidad, hospitalización y discapacidad laboral.

Se pueden señalar los siguientes desenlaces en la artritis reumatoide:

- En lo referente a la calidad de vida:

Cuando se evalúa a los pacientes con cuestionarios generales de salud, que incluyen tanto aspectos físicos como psicológicos, los pacientes con AR experimentan un importante deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud. En las subescalas de dolor y función física, una muestra de pacientes españoles mostró una pérdida de hasta

un 40% de su calidad de vida frente a la población general española. Las mujeres con AR tienen peor calidad de vida que los varones con la misma enfermedad. Este deterioro se correlaciona con la actividad y el daño funcional de la enfermedad.

- En lo referente a la discapacidad:

Aunque la incapacidad laboral comienza a producirse desde el comienzo de la enfermedad, a los 10 años del diagnóstico aproximadamente el 50% de los pacientes merman su capacidad productiva o dejan de trabajar, y a los 20 años de evolución de la enfermedad, prácticamente el 80% de los pacientes están jubilados.

- En lo referente a la mortalidad

La esperanza de vida de los pacientes con AR, pese a los avances médicos, se estima acortada entre 5 y 10 años. Aunque la AR no es la causa de muerte que figura habitualmente en los registros, la mayor parte de los pacientes fallece de alguna de las comorbilidades habituales como enfermedad cardiovascular (40%), infecciones (15-20%), patología respiratoria y algunos tipos de neoplasias (linfoma no hodgkins y cáncer de pulmón). Son predictores de mayor mortalidad la gravedad de la enfermedad, el grado de actividad y discapacidad, así como otros factores independientes (edad, nivel educativo, sexo varón, comorbilidad y uso de corticoides) (Ballina, 2014).

1.3. Tratamientos actuales de la artritis reumatoide.

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica, que se caracteriza por una poliartritis, con tendencia a la cronicidad y evolución hacia la deformación y destrucción articular. El proceso patológico primario consiste en una inflamación y proliferación de la membrana sinovial, que se caracteriza clínicamente

por dolor articular e inflamación y que progresa naturalmente a la destrucción y la discapacidad.

El **objetivo** del tratamiento es eliminar o aliviar los síntomas y mantener la mayor función articular a lo largo de la enfermedad, para que la incapacidad, si se produce, sea la menor posible. Es aconsejable llevar una vida relativamente tranquila y evitar la actividad física o psíquica excesiva (Naredo y Uson, 1997). La reducción de la inflamación sinovial constituye, por tanto, el objetivo principal del tratamiento y todas las estrategias que consiguen la reducción de la sinovitis se asocian con la mejoría del dolor, el daño estructural y la capacidad funcional, mientras que las que no la reducen, como los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) o los analgésicos, tienen poca capacidad de modificar el desenlace final de la enfermedad.

La heterogeneidad de la AR no sólo es observada entre distintos pacientes, sino también en el mismo paciente a lo largo de las diferentes fases de evolución de la enfermedad, por tanto, no se puede estandarizar una única intervención que pueda aplicarse a todos los pacientes e incluso al mismo paciente en diferentes estados de la misma. Existen varios tratamientos eficaces que hay que ir adaptando a lo largo del tratamiento ya que, a largo plazo, sólo el 50% de los pacientes continúa con el mismo tratamiento de forma eficaz, ya que tienen una capacidad de acción limitada. Es importante incidir en que debe evaluarse comparativamente cada nuevo tratamiento, ya que hasta un 20-30% de los pacientes tratados con placebo experimentan una mejoría de los síntomas.

A mediados de la década de los ochenta, la estrategia general para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) era retrasar el inicio del tratamiento con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) hasta la aparición de lesiones

erosivas articulares en los estudios de imagen. El retraso en instaurar un tratamiento con FAME e inmunosupresores, no sólo no protege a los pacientes frente a efectos adversos, sino que contribuye a un incremento de la mortalidad y morbilidad. La discapacidad tiene un componente reversible debido a la inflamación y otro irreversible relacionado con el daño articular permanente. Como se ha comprobado que el daño articular y la pérdida de la función se producen en una fase temprana del proceso de la enfermedad, es muy importante actuar con fármacos que modifiquen el curso desde el principio (Balsa, 2014).

Debido al avance de la investigación y los datos de los que se dispone actualmente, la estrategia en este momento es actuar con fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) en las primeras fases, cuando aún no se han producido daños estructurales. El objetivo del tratamiento actual, más “agresivo” que modelo terapéutico anterior, es eliminar la inflamación en una fase temprana e, idealmente, inducir la remisión para evitar el daño estructural, la incapacidad y las comorbilidades a largo plazo.

En resumen, el **tratamiento farmacológico** actual de la artritis reumatoide consistiría en:

- Fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) sintéticos (moléculas de síntesis química).
- Fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) biológicos (moléculas de origen biológico, como citoquinas o anticuerpos).
- Combinación de FAME sintéticos y biológicos.
- Corticoides (en combinación o no con FAME).

Para no descuidar ningún aspecto del funcionamiento global del paciente, el **tratamiento integral** de la AR también debería incluir readaptación social y laboral.

Ejemplos de esto deben ser:

- Cuidar la salud psíquica del paciente.
- Aconsejarle en los aspectos sociales.
- Facilitarle contactos con las instituciones competentes.
- Tomar medidas para el mantenimiento de la autonomía del paciente (mediante entrenamiento y facilitación de ayuda funcional).
- Informar a los familiares acerca de sus posibilidades de ayuda al paciente.
- Adaptación al puesto de trabajo y mejorar la confianza laboral (Mathies, Wagenhäuser y Sigmeth, 1982).

Por consiguiente, se debe considerar que el tratamiento global de la AR es complejo y, dependiendo de las características de la enfermedad y el grado de evolución, va a requerir un tratamiento multidisciplinar en el que colaboren otras especialidades de salud, siendo el reumatólogo el encargado de coordinar todo el tratamiento.

1.4. La artritis reumatoide y su relación con variables psicológicas:

Evidencias empíricas.

Como hemos mencionado anteriormente, la búsqueda de relación de la artritis reumatoide con variables psicológicas comenzó antes de los años 50.

Para explicar este punto, hemos dividido los campos de estudio de la AR en función de los distintos aspectos y variables psicológicas que aparecen en las investigaciones. En este capítulo, no obstante, no entraremos en detalle en las variables específicas objeto de estudio de nuestra investigación, debido a que serán analizadas en profundidad en sus capítulos respectivos (apoyo social percibido, estrés y afrontamiento al estrés, capacidad funcional, y dolor percibido y afrontamiento al dolor).

1.4.1. Investigación en el campo de los perfiles psicológicos de pacientes con artritis reumatoide.

Las personas con artritis reumatoide constituyen una población de pacientes crónicos que experimentan dificultades de adaptación. No ha sido infrecuente en reumatología relacionar algunas características psicológicas a la aparición o evolución de la artritis reumatoide. Unas veces se ha sostenido que la artritis reumatoide se manifestaba, con mayor probabilidad, en personas con tendencias al autosacrificio, al resentimiento, a la escrupulosidad, a la depresión, a la autoculpabilización y deseos de ser castigados por debilidades propias, y a la incapacidad de manifestar abiertamente los sentimientos de hostilidad e ira (la denominada “personalidad artrítica”). Otras veces se ha propuesto el estrés como concepto involucrado en la etiología de la artritis reumatoide debido a sus efectos inmunodepresores y desadaptativos.

En la actualidad, aunque la investigación ha evolucionado desde concepciones más globales y abarcativas, como los psicodinámicos “perfiles del paciente artrítico” hasta lo que es más habitual en nuestros días, esto es, la evaluación de variables psicosociales más específicas, como el afrontamiento, el apoyo social y los estados de ánimo, entre otros, sigue habiendo investigadores que, desde un punto de vista

biopsicosocial, están interesados en encontrar rasgos o estructuras psicológicas frecuentes dentro de los pacientes con AR.

Este es el caso de Tillmann, Krishnadas, Cavanagh y Petrides (2013), que trataron de diferenciar diferentes subtipos de pacientes AR en función de variables físicas, como el factor reumatoide, y psicológicas, como la expresión emocional. Comparados con controles sanos, evaluaron a 637 pacientes AR en inteligencia emocional, depresión, factor reumatoide (positivo o negativo) y tiempo transcurrido desde el comienzo de los síntomas hasta el diagnóstico. Los pacientes con artritis reumatoide y los controles sanos diferían entre sí de sus rasgos emocionales de personalidad (operativizado a través de la inteligencia emocional), y esa diferencia los hace más susceptibles al estrés crónico y al desajuste del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal. Los pacientes con AR se definían a sí mismos inferiores en adaptabilidad, manejo del estrés y las emociones, sociabilidad, autoestima, asertividad e impulsividad, y superiores en relaciones y empatía, comparados con el grupo control. Los pacientes con factor reumatoide negativo, menos frecuente, reportaron más tiempo con depresión, retrasos mayores en el diagnóstico y mayor expresión emocional que los pacientes con factor reumatoide positivo. Tras los ajustes con el análisis estadístico, sólo resultó significativo que los pacientes con factor reumatoide negativo y mayor tiempo de retraso en el diagnóstico (media de 42.7 meses) informaron que la depresión les duraba tres meses más que al resto de los pacientes AR y controles sanos. Estos autores clasificaron a los pacientes AR en dos subgrupos en función del factor reumatoide, y concluyen que el factor reumatoide negativo, junto con el retraso en el diagnóstico y la expresión emocional, podrían ser indicadores de mayor riesgo de depresión futura.

1.4.2. Investigaciones acerca del impacto emocional tras el diagnóstico de artritis reumatoide.

Al tratarse de una enfermedad crónica y potencialmente progresiva en cuanto a deterioro, como variables psicológicas, no nos podemos olvidar del impacto emocional sobre el paciente y su familia de un diagnóstico de artritis reumatoide; el afrontamiento (coping) de sus secuelas personales, familiares, interpersonales, económicas y sociales; el tener que aprender a vivir con una enfermedad crónica; el dolor; el cumplimiento de las prescripciones y el seguimiento de programas terapéuticos, son alguna de las cuestiones en las que las variables psicológicas desempeñan un papel fundamental (Reig, Esteve-Vives y Batlle-Gualda, 1991). Investigaciones posteriores constatan los estudios iniciales, considerando que algunas características psicológicas del enfermo, en especial el nivel de percepción de desamparo, la capacidad de afrontamiento y la capacidad de automanejo tienen un importante papel como factores pronósticos en relación con la discapacidad y al estado de salud (Scharloo et al., 1999). Aquellas personas con mayores recursos a la hora de afrontar la enfermedad y capaces de buscar alternativas o soluciones por sí mismas suelen tener mejor pronóstico, al igual que ocurre con otras enfermedades crónicas (Batlle-Gualda et al., 2000). El apoyo social percibido podría debilitar los efectos de angustia, al menos en una etapa temprana de AR (Strating, Suurmeijer y Van Schuur, 2006). Así como parece que, las intervenciones psicológicas podrían ser más eficaces para pacientes en los primeros estadios de la enfermedad (Astin, Beckner, Soeken, Hochberg y Berman, 2002).

Actualmente, el impacto emocional del diagnóstico de AR es estudiado por muchos investigadores que se interesan en analizar el estado emocional de los pacientes al comienzo de la enfermedad o su repercusión en los primeros años, en comparación a pacientes con AR establecida, pacientes con otras patologías o con personas sanas.

No existe un marco temporal concreto que establezca los límites entre AR temprana y AR establecida. En base a las investigaciones, resulta confuso establecer la diferencia temporal entre ambas. Se podría decir que la mayor parte de los reumatólogos consideran el marco temporal de AR temprana hasta los 2 años desde el comienzo de los síntomas, en los pacientes con factor reumatoide positivo. Hay investigaciones que consideran AR temprana hasta un máximo de 4 años, probablemente porque incluyan AR seronegativas.

Evaluando la calidad de vida en pacientes con AR temprana, AR establecida y psoriasis temprana, en tratamiento con un determinado fármaco, se comprobó que los tres tipos de pacientes tenían peor calidad de vida que los controles sanos. Los pacientes con AR establecida tenían peor capacidad funcional que los pacientes AR temprana, y estos tenían mayor deterioro que los pacientes con psoriasis temprana en limitaciones emocionales, dolor corporal y salud mental. Por otra parte, los pacientes con AR establecida parecían tener mayor deterioro en áreas de funcionamiento social y físico, y peor percepción de salud general que los pacientes con AR temprana o psoriasis temprana, con diferencias significativas entre los pacientes con AR establecida y AR temprana para las subescalas de percepción de salud general (Picchianti-Diamanti et al., 2010).

Campbell et al. (2012) al investigar la fatiga en AR establecida para establecer su relación con la actividad de la enfermedad, la discapacidad, el dolor y los tratamientos farmacológicos (FAME biológicos versus sintéticos), evidenciaron que la fatiga en la AR establecida no estaba influenciada específicamente por el tipo de tratamiento utilizado, pero se asociaba con las articulaciones afectadas, el dolor y la discapacidad. Este hallazgo contrasta con los últimos ensayos en la AR temprana que sugieren que los FAME biológicos son mejores para la fatiga. Esta diferencia en el

resultado puede ser debido a que los orígenes de la fatiga no son los mismos en la AR temprana en comparación con AR establecida. En la AR temprana la fatiga se deba probablemente a mayor actividad de la enfermedad, mientras que en la AR establecida sea producto del deterioro funcional y el dolor.

Gåfvels, Hägerström, Nordmark y Wändell (2012) analizaron los problemas psicosociales de pacientes suecos con diagnóstico reciente de AR, encontrando que un 46% de la muestra tenía problemas psicosociales, y, de entre ellos, en un tercio los problemas psicosociales estaban directamente relacionados con la artritis reumatoide. En el resto, los problemas vitales que tenían no estaban relacionados con la AR o estaban reforzados positivamente por ella. Muchos de los pacientes con problemas psicosociales tenían ansiedad, mostraban niveles bajos de sentido de coherencia, y utilizaban más estrategias de afrontamiento emocionales (resignación, quejas, intrusión y aislamiento) que orientadas al problema (minimización). Además puntuaban más alto en escalas de depresión y tenían mayores expectativas negativas acerca de cómo podría afectarles en un futuro la AR, viviendo, así mismo, la enfermedad con mayor impacto negativo (en contraste con su capacidad funcional). Sería importante detectar al comienzo de la enfermedad a los pacientes en riesgo psicológico y social, para que con ayuda profesional pudieran adaptarse mejor a su enfermedad y pudieran disminuir las consecuencias psicosociales.

Estos mismos autores, Gåfvels, Hägerström, Nordmark y Wändell (2014), en la línea de investigaciones anteriores, trataron de analizar factores predictivos importantes de los efectos negativos, tanto emocionales como sociales, de la experiencia de la artritis reumatoide dos años después del diagnóstico. Dividieron a los participantes del estudio en función de los problemas psicosociales: un grupo de pacientes tenían problemas psicosociales (PSS) al inicio de la evaluación, y el otro grupo de pacientes no mostraba

problemas psicosociales (NPPS). El factor predictivo más pronunciado para un fuerte impacto de la enfermedad eran puntuaciones altas de la escala de la depresión. A los dos años, los participantes del grupo PSP tenían una situación de la vida más tensa, con puntuaciones más altas en ansiedad y depresión, y más bajas en sentido de coherencia, en comparación con los NPSP. Los participantes de NPSP disminuyeron sus puntuaciones en ansiedad con el transcurso del tiempo, mejoraron sus estrategias de afrontamiento en cuanto a autoconfianza, revalorización cognitiva, queja e intrusión, pero se deterioraron en cuanto a enfoque del problema y confianza social. Los pacientes del grupo PSP mantuvieron sus estrategias de afrontamiento iniciales, excepto la intrusión que disminuyó con el tiempo, pareciendo mostrar un modelo de afrontamiento más rígido. Sin embargo, experimentar el impacto negativo de la enfermedad aumentó con el tiempo en ambos grupos, a pesar de la mejoría de la salud (en función de las variables relacionadas con la enfermedad). Existía una discrepancia entre los datos clínicos objetivos y la percepción de salud del paciente. Generalmente las áreas influidas eran economía, actividades de tiempo libre y vida social. Por tanto, los autores concluyeron que las consecuencias psicosociales de la AR se relacionaban más con la vulnerabilidad emocional y social, que con los factores clínicos relacionados con la AR.

Costa y Pinto (2013), como parte de su investigación longitudinal, analizaron el mantenimiento del estado emocional negativo en pacientes con artritis reumatoide durante los dos primeros años de progreso de la enfermedad. Los objetivos específicos de este estudio fueron examinar las asociaciones entre el apoyo social, 1 año después del diagnóstico de AR, y la aceptación y los síntomas de depresión reportados 2 años después de la AR. Otro objetivo del estudio era analizar el efecto moderador de la aceptación entre el apoyo social referido al año del diagnóstico y la depresión referida 2 años después. El apoyo social deficitario 1 año después del diagnóstico AR se

relacionaba con depresión 2 años después del diagnóstico, y la aceptación estaba negativamente relacionada con la depresión. La aceptación parecía jugar un efecto amortiguador significativo en la relación entre el apoyo social 1 año después del diagnóstico de la AR y los síntomas de depresión reportados 2 años después del diagnóstico. Esto significaba que es principalmente en aquellos individuos con bajos niveles de aceptación, en los que el impacto del apoyo social deficitario era mayor sobre la depresión.

En pacientes con AR temprana (de diagnóstico reciente) que sentían limitaciones en sus actividades cotidianas y sociales, los afectos más comunes eran los sentimientos de tristeza, agresividad, el miedo y la vergüenza (Östlund et al., 2014). Y el riesgo de depresión era más alto en etapas tempranas de la AR (Treharne, Kitas, Lyons y Booth, 2005).

Benka, Nagyova, Rosenberger, Calfova et al. (2014) investigaron las diferencias entre pacientes con AR temprana y AR establecida en malestar emocional y afrontamiento eficaz, encontrando correlaciones negativas entre afrontamiento eficaz y malestar psicológico, mostrando diferencias entre ambos en el patrón de la ansiedad. Se observó la asociación más fuerte con la ansiedad en los pacientes con AR temprana. Concluyeron que las intervenciones para mejorar la eficacia en las estrategias de afrontamiento podrían ser beneficiosas para reducir la ansiedad y la depresión, especialmente durante las fases tempranas de la enfermedad.

Un estudio pionero, en este campo, es el de Norton, Sacker, Young y Done (2011). Utilizando un modelo de crecimiento mixto, evaluaron a lo largo de 10 años a pacientes con AR recién diagnosticados, en malestar psicológico (ansiedad y depresión) y variables biológicas de la enfermedad como capacidad funcional, actividad de la

enfermedad, rigidez, dolor y tumefacción/inflamación. El objetivo era analizar la evolución del malestar psicológico a lo largo de los 10 años. Del análisis de los datos, establecieron 4 trayectorias diferentes para los pacientes AR: bajo-estable (68%), alto-estable (12%), bajo-creciente (11%) y alto-decreciente (9%).

La mayoría de los pacientes estaba en la trayectoria en la que la media había experimentado consistentemente bajos niveles de malestar psicológico (bajo-estable 68%), con una ligera pero significativa mejoría del malestar a lo largo del tiempo. La segunda trayectoria más frecuente, consistía en pacientes con niveles altos de malestar psicológico (alto-estable 12%), con puntuaciones totales en ansiedad y depresión por encima de los criterios de corte a lo largo de los diez años siguientes, sin experimentar mejoría significativa. Otros pacientes estaban en la trayectoria con niveles de malestar psicológico dentro del rango normal en el momento del diagnóstico, pero que lo incrementaron dramáticamente a lo largo del periodo que seguía, con unas puntuaciones medias que excedían los criterios de corte después de dos años (bajo-creciente, 11%), experimentando un cambio muy significativo. Y por último, la trayectoria en la que los pacientes estaban con niveles de malestar psicológico por encima de los criterios de corte en el momento del diagnóstico, pero que se reducían a niveles normales después de uno o dos años (alto-decreciente, 9%), experimentando también un cambio muy significativo.

Las trayectorias de bajo malestar psicológico comparadas con las trayectorias con alto malestar psicológico, estaban caracterizadas por menos gravedad de la enfermedad en la evaluación de la línea base en las medidas de autoinforme (articulaciones sensibles, dolor percibido evaluado por escala visual e incapacidad HAQ todas $p < .05$), pero no en los marcadores serológicos de la inflamación ni en la evaluación clínica del número de articulaciones inflamadas.

Bajo-estable comparado con bajo-creciente, aunque ambos tenían bajo nivel de malestar en la línea base, la trayectoria bajo-creciente experimentaba menos mejoría en los síntomas somáticos autoinformados, mientras que no había diferencias entre las dos en relación con los marcadores serológicos ni en la línea base ni en las evaluaciones a los tres años. La diferencia entre ambas en términos de educación estaba en límite de la significación, lo que podría indicar una posible influencia de variables sociodemográficas.

Alto-estable en comparación a alto-decreciente, aunque ambos tenían alto nivel de malestar en la línea base, la trayectoria alto-estable presentaba peor gravedad de la enfermedad en la línea base (incapacidad, número de articulaciones sensibles y más dolor). Además, la trayectoria alto-estable, en la que se observó una mejoría más pequeña en el malestar, experimentó menor mejora en la gravedad de la enfermedad autoinformada (articulaciones sensibles, articulaciones inflamadas, dolor, rigidez matutina e incapacidad), pero de nuevo, los marcadores serológicos de la inflamación no mostraron diferencias.

Fue a los tres años del comienzo de las evaluaciones cuando se observaron los cambios que produjeron las diferentes trayectorias, sugiriendo que este podría ser el momento para considerar la estabilización de la enfermedad. Durante los primeros tres años de seguimiento, el estado de la enfermedad mejoró en todos los pacientes de las trayectorias, pero era mayor para aquellos que estaban en los grupos bajo-estable y alto-decreciente. Esto guarda relación con la investigación previa, que ha encontrado que los síntomas somáticos están, por lo menos, tan fuertemente asociados con el malestar psicológico como lo están con los marcadores biológicos de la gravedad de la enfermedad, tanto transversal como longitudinalmente (Katon, Lin y Kroenke, 2007; citado en Norton et al., 2011). No obstante, la relación entre malestar psicológico y

síntomas somáticos es casi con toda seguridad bidireccional, destacando la necesidad de la evaluación y el tratamiento del malestar psicológico a la vez que los síntomas físicos.

La principal limitación de este estudio es que la muestra se reclutó en los años 90, antes de que aparecieran las terapias biológicas, lo que puede dificultar su comparación con pacientes hoy en día. Y, por otro lado, que no han valorado a lo largo de la investigación ni el estado de salud mental premórbido de los pacientes con AR del estudio, ni las circunstancias psicosociales concretas que les han ocurrido durante todo ese tiempo. Esta limitación hace difícil establecer si los cambios en las trayectorias eran debidas a la AR o a otros factores psicosociales concomitantes (Nicassio, 2011). No obstante, este estudio con evidencia empírica, sin duda nos ofrece un panorama de la heterogeneidad de los pacientes con AR, resaltando, además, que el bienestar emocional de los pacientes con AR no sólo es posible, sino que es lo más frecuente, y que deben existir factores que ayuden a los pacientes a la estabilidad emocional y adaptación en el curso de la enfermedad. Evaluar a los pacientes en función de su malestar psicológico y fomentar los mecanismos de adaptación a la AR, debería ser un objetivo más en el tratamiento multidisciplinar de los pacientes con artritis reumatoide.

1.4.3. Investigaciones sobre el estrés y la artritis reumatoide.

En una enfermedad como la artritis reumatoide el estrés, aunque variable, suele ser crónico. Una variable que parece mediar entre la discapacidad y la adaptación psicológica es el tipo de estrategia de afrontamiento al estrés. Las estrategias utilizadas durante largos periodos de tiempo pueden afectar al funcionamiento físico y psicológico del paciente, y determinar una rehabilitación positiva o el agravamiento del dolor y de la discapacidad. El mejor afrontamiento es un repertorio flexible de soluciones. Hay

pacientes que se enfrentan al dolor y a la discapacidad realizando actividades de distracción, dándose autoinstrucciones esperanzadoras, utilizando la imaginación para ignorar o reinterpretar sensaciones, y comprometiéndose en niveles de ejercicio y actividad adecuados y regulares para no abandonarse el estado de invalidez. Otros, por el contrario, focalizan toda su atención en el dolor y la discapacidad, autocriticándose de falta de aptitud, considerándose inútiles e impotentes ante una situación que creen desesperada y pronosticando consecuencias catastróficas (Reig et al., 1991; Turk y Okifuji, 2002). Por los trabajos como los de Felton, Revenson y Hinrichsen (1984) y Newman (1990) conocemos que los pacientes con artritis reumatoide no muestran una única estrategia de afrontamiento característica o distintiva, y que los pacientes con distintas enfermedades crónicas no presentan estilos particulares de afrontamiento. Una mejor adaptación psicológica a la artritis reumatoide se ha relacionado con estrategias de búsqueda de información y con los intentos por encontrar, a partir de la situación de enfermedad, nuevas metas y propósitos en la vida (estrategias de reestructuración cognitiva); la utilización de estrategias de negación o escape de la realidad de la artritis reumatoide, por ejemplo mediante la fantasía de esperar que se produzca un milagro, se asocia con problemática y desadaptación psicológicas (Manne y Zautra, 1990). La reestructuración de objetivos y el abandono de los intentos por soluciones irrealistas son predictores de adaptación psicológica (Reig et al., 1991).

Los pacientes con artritis que afrontan activamente su estado de salud y no utilizan el afrontamiento pasivo suelen tener un mejor ajuste psicológico y no experimentan síntomas depresivos (Nicassio, 2010). De la relación entre el afrontamiento al estrés y la artritis reumatoide hablaremos en profundidad en el capítulo 3.

1.4.4. Investigaciones acerca de la comorbilidad psiquiátrica en pacientes diagnosticados de artritis reumatoide y su influencia en el curso de la enfermedad.

El estudio de la comorbilidad de enfermedades mentales en la artritis reumatoide se ha centrado principalmente en el estudio de la ansiedad y la depresión en pacientes artríticos. Hay más literatura en lo que se refiere a la depresión y síntomas depresivos que en la referente a la ansiedad, sin embargo, hay estudios que apuntan a que la ansiedad es más común que la depresión. Por ejemplo, según la investigación de El-Miednay y El-Rasheed (2002) las tasas de prevalencia de ansiedad y depresión son del 70% y del 66.2% respectivamente (Dirik y Karanci, 2010). Aunque las tasas de prevalencia varíen de unas investigaciones a otras, probablemente por la composición y tamaño de las muestras, ya que existen muchas diferencias sociodemográficas y culturales entre las poblaciones de pacientes AR que han sido investigadas, lo que sí parecen apuntar todas ellas es que, entre los pacientes con AR, estos dos trastornos son más frecuentes que en población general. Estos resultados no nos resultan extraños dadas las características de la artritis reumatoide que se caracteriza principalmente por dolor y malestar físico general, que suele tener resonancia afectiva en el estado de ánimo, discapacidad potencial, que aumenta la incertidumbre y la ansiedad, y cambios en el terreno familiar, laboral y personal que pueden ser objeto de conflicto y fuente de estrés y malestar emocional en el paciente. Los pacientes con AR exhiben una mayor prevalencia de trastornos emocionales, especialmente ansiedad y depresión, al compararse con pacientes con otras enfermedades crónicas y con individuos sanos (Anderson, Bradley, Young, McDaniel y Wise, 1985; Pincus, Griffith, Pearce e Isenberg, 1996).

En la investigación de Dirik y Karanci (2010) con pacientes AR turcos, un 58.1% de la muestra puntuó por encima de la puntuación de corte en la escala de ansiedad, y en la evaluación de las puntuaciones de depresión, un 55.6% de los pacientes puntuaron por encima de la puntuación de corte en la escala. Los porcentajes ansiedad son similares a los obtenidos por Barlow, Cullen y Rowe (2002) y el nivel medio de ansiedad era mayor a los resultados de otros estudios como el de Alan y colaboradores (2004) y Barlow et al., (2002). Respecto a los resultados de la depresión, los pacientes AR de este estudio experimentaban mayores niveles de depresión que otros pacientes (Treharne et al., 2005). Los resultados de este estudio, comparados con otros, pueden ser mayores debido a que la muestra estaba representada mayoritariamente por pacientes de pocos recursos económicos. Los resultados del análisis de regresión de la ansiedad mostraron que ser mujer, un afrontamiento impotente y la pérdida de recursos eran predictores significativos de la ansiedad. Los resultados del análisis de regresión para examinar los predictores de la depresión mostraron que la baja autoeficacia de la artritis y la pérdida de recursos eran predictores de la depresión.

Lok, Mok, Cheng y Cheung (2010) establecieron la prevalencia y factores determinados de trastornos psiquiátricos entre la población de pacientes AR del sur de China (en Hong Kong). Los trastornos psiquiátricos más frecuentes fueron el trastorno depresivo mayor y la ansiedad generalizada. La limitada interacción social, el poco apoyo social percibido, la intensidad de dolor alta y los antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos se asociaron de forma independiente con un trastorno depresivo comórbido, mientras que la pobreza y la mala percepción de apoyo social se asociaron con un trastorno de ansiedad. Los pacientes sin apoyo social y que dependían de ayudas económicas eran más propensos a desarrollar un trastorno mental.

Ho, Fu, Chua, Cheak y Mak, (2011) establecieron una prevalencia de comorbilidad psiquiátrica entre pacientes con AR del 26% para la ansiedad, 15% para la depresión y del 11% para la combinación de ambas (ansiedad-depresión). Los resultados de este estudio eran similares a los encontrados entre población británica por Barlow, Cullen y Rowe (1999) y del medio oeste de EEUU por Wolfe y Michaud (2009). El estado físico negativo, evaluado a través del índice de actividad de la enfermedad y el número de fármacos, correlacionaban positivamente con la ansiedad, mientras que el apoyo social percibido, los ingresos, la salud física y la salud mental correlacionaban negativamente. La inadecuada salud mental, los bajos ingresos y los niveles altos de factor reumatoide estaban asociados a depresión.

Covic et al. (2012) trataron de establecer la prevalencia de ansiedad y depresión entre 169 pacientes AR de Australia encontrando que el 58.3% de la muestra no presentaba ninguno de los dos diagnósticos, 13.5% tenía ansiedad, el 6,4% depresión y el 21,8% mostraba probablemente ambos diagnósticos.

Hay investigaciones que tratan de establecer los valores predictivos de algunos trastornos mentales en el desarrollo de un AR y viceversa. En el estudio longitudinal de van't Land et al. (2010) acerca de la comorbilidad de trastornos psiquiátricos en la artritis (AR de mano o pie, artrosis de rodilla u otra enfermedad reumática crónica), se encontró que así como los trastornos depresivos no predicen el desarrollo de artritis, la artritis aumenta el riesgo de padecer trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad en cualquier momento de la enfermedad, de igual forma entre los pacientes con AR y con artrosis, teniendo más incidencia entre las personas con artritis con edades inferiores a 45 años (en comparación con personas de la misma edad sin artritis). Después del comienzo de la artritis, la depresión podría aumentar el proceso inflamatorio, reducir la adherencia al tratamiento, contribuir a conductas de salud

desadaptativas y crear un riesgo de mayor actividad de la enfermedad y comorbilidades. Los síntomas depresivos influyen negativamente en la enfermedad, fomentando creencias disfuncionales que dificultan los esfuerzos de afrontamiento. La impotencia se asocia con el afrontamiento pasivo, que se caracteriza por la evitación de la actividad, dependencia de los demás y de los fármacos para el alivio del dolor, y el afrontamiento pasivo, a su vez, conduce a una mayor discapacidad y depresión en pacientes con artritis. Al final se produce una espiral en el paciente con alteración de estado de ánimo y artritis, que haría que fuese necesario implementar la intervención psicosocial para reducir el malestar y mejorar la calidad de vida de estos pacientes (Nicassio, 2010).

Recientemente, Rathbun, Harrold y Reed (2015) investigaron la asociación temporal entre aspectos relacionados con los signos y síntomas de la enfermedad AR y el comienzo de los síntomas depresivos en una muestra de 19001 estadounidenses con artritis reumatoide. Más que los marcadores biológicos de laboratorio, los datos sugieren que el inicio de los síntomas depresivos en los pacientes con AR se relacionaba con el dolor, la capacidad funcional, el deterioro articular y la actividad global de la enfermedad, referidos por el paciente y con las medidas referidas por los profesionales. La magnitud de las asociaciones, sin embargo, fueron mayores para las medidas informadas por los pacientes en comparación con las evaluaciones médicas, lo que implica que la experiencia subjetiva de la actividad de su enfermedad podría ser un factor desencadenante en la aparición de depresión en pacientes con AR. Este estudio ha sido el primero en establecer asociaciones temporales entre diferentes dominios de la enfermedad AR y el comienzo de síntomas depresivos. Para ello, fueron excluidos de la investigación aquellos pacientes que tenían historia previa de trastorno depresivo. Los resultados son coherentes con investigaciones previas que ha establecido que las percepciones de la enfermedad están muy relacionadas con la gravedad de la actividad

musculoesquelética y los síntomas depresivos (Hill et al., 2007; en Rathbun et al., 2005).

La percepción del paciente AR sobre su enfermedad está muy relacionada con su malestar emocional, que a su vez empeora las manifestaciones clínicas como el dolor, la capacidad funcional, los síntomas y la actividad de la enfermedad (Afleck et al., 1999; Evers, Kraaimaat, Geenen y Bijlsma, 1997; Treharne et al., 2005). El constructo percepciones de la enfermedad está compuesto por seis temas principales que son: identidad, causalidad, consecuencias, control de la enfermedad (personal y profesional), cronología y reacciones emocionales a la enfermedad. Como muestran estudios longitudinales, las percepciones de la enfermedad son variables a lo largo del proceso de la misma y son mediadores o moderadores potenciales de los efectos de la actividad de la enfermedad en el bienestar psicológico del paciente. Las percepciones de la enfermedad están asociadas a las respuestas físicas y psicológicas inmediatas y futuras en los pacientes con AR (Carlisle, John, Fife-Schaw y Lloyd, 2005; Graves, Scott, Lempp y Weinman, 2009; Groarke, Curtis, Coughlan y Gsel, 2005; Murphy, Dickens, Creed y Bernstein, 1999; Treharne et al., 2005).

A este respecto, van Os, Norton, Hughes y Chilcot (2012) evaluaron a pacientes con artritis reumatoide en malestar emocional (ansiedad y depresión), expectativas positivas, capacidad funcional y percepciones de la enfermedad, considerando a su vez datos clínicos como el tratamiento farmacológico y el índice de actividad de la enfermedad (DAS-28). Como era de esperar y coincidente con investigaciones previas, el malestar emocional estaba relacionado con la capacidad funcional y la actividad de la enfermedad. Concluyeron que percepciones de mayor sintomatología (identidad) y menor comprensión de la AR (coherencia) estaban relacionadas significativamente con mayor malestar emocional. La comprensión de la AR (coherencia) estaba asociado a

expectativas positivas. Los pacientes con mayores expectativas positivas mostraban más confianza en los FAME para controlar su artritis aunque, sorprendentemente en este estudio, no referían mayor control personal sobre su enfermedad que aquellos que tenían peores expectativas positivas. Las representaciones de la enfermedad parecen contribuir en parte a la explicación de las expectativas positivas en AR y probablemente deberían ser más estudiadas en estos pacientes.

El estudio preliminar de Palos y Víscu (2014), analizó los niveles de ansiedad entre pacientes con AR, en comparación a controles sanos, para establecer su relación con los pensamientos negativos automáticos y la aceptación incondicional. Encontraron diferencias entre ambos grupos, siendo los pacientes AR los que mostraban mayores niveles de ansiedad y pensamientos negativos automáticos, junto con una menor autoaceptación incondicional. Estos autores parten de un modelo biopsicosocial, basado en investigaciones previas, donde se considera que variables propias de la enfermedad, como la calidad de vida percibida o la intensidad del dolor, se ven influenciadas por el funcionamiento psicológico y social del paciente. La ansiedad produce en el paciente un funcionamiento cognitivo poco adaptativo, que altera su capacidad de afrontamiento debido a que el paciente evalúa mal el estresor, y aumenta los pensamientos negativos que terminan generando un estado de ánimo depresivo. Por tanto, la modificación de los aspectos psicológicos negativos del paciente AR, como los síntomas ansiosos y depresivos, los estilos de afrontamientos inapropiados, la disfunción social o los pensamientos negativos automáticos, junto con la potenciación de aspectos positivos como la aceptación, redundará en mejorías en la calidad de vida de estos enfermos crónicos.

A la luz de los datos expuestos anteriormente, parece existir suficiente evidencia empírica acerca de las interrelaciones mutuas entre artritis reumatoide y trastornos

psicológicos, como ansiedad y depresión. Además, no resulta infrecuente encontrarnos la concurrencia de ambos entre pacientes con AR. Estos datos parecen indicar que, como mínimo, debería valorarse con mayor profundidad desde el contexto médico el malestar psicológico de los pacientes AR a lo largo de todo el proceso de la enfermedad.

Los estudios de la comorbilidad de trastornos mentales en AR también nos descubren factores protectores del malestar psicológico en estos pacientes. Puesto que no afecta por igual a todos los que la padecen, y muchos pacientes no ven alterado su funcionamiento psicosocial por el proceso de la enfermedad, e incluso les sirve de reforzamiento positivo, las investigaciones psicológicas en la AR deberían enfocarse, del mismo modo, en los factores psicológicos resilientes que actúan como promotores del buen estado emocional del paciente y redundan en una mejor calidad de vida para ellos, tanto en el plano físico como en el plano mental.

1.4.5. Investigaciones sobre la artritis reumatoide y el dolor percibido en los pacientes.

En relación con otros pacientes con enfermedades crónicas, el dolor suele ser el área de calidad de vida de mayor afección en el grupo reumático (Stewart et al., 1989). Keefe, Brown, Wallston y Caldwell (1989) encontraron que los pacientes que consideraban el dolor como un problema a resolver presentaban una alta tolerancia al mismo; al contrario, la utilización de estrategias con pensamientos catastrofistas era propia de los pacientes con baja tolerancia al dolor. Las expectativas de autoeficacia (grado de convicción acerca de la capacidad propia de manejar y tolerar el dolor) eran determinantes del afrontamiento positivo del dolor y de los resultados positivos de las intervenciones psicológicas para controlarlo.

La tendencia a la catastrofización ha cobrado relevancia en las investigaciones más recientes. La utilización de estrategias de “catastrofismo” se acompaña de un pobre tratamiento del dolor en artritis reumatoide (Keefe et al., 1989).

De la relación entre el dolor, su afrontamiento y la artritis reumatoide hablaremos en profundidad en el capítulo 5.

1.4.6. Investigaciones enfocadas en la calidad de vida de pacientes con artritis reumatoide.

El grupo artrítico, salvo en el área el dolor, presenta una calidad de vida relativamente buena en comparación con otros grupos con problemas de salud (Stewart et al., 1989).

No obstante, en España se encontró que la AR, junto con el dolor lumbar y la artrosis de rodilla, eran las enfermedades musculoesqueléticas que más afectaban a las vidas de los sujetos que las padecían. Las enfermedades musculoesqueléticas mostraron ser, en nuestro país, una importante fuente de dolor, discapacidad y deterioro de la calidad de vida, que además consume muchos recursos de salud y generan una carga a la sociedad en términos de tiempo de trabajo (Carmona, Ballina, Gabriel y Laffon, 2001). En la investigación de la prevalencia de la AR en España, se encontró que el 55% los pacientes con AR reportaban una percepción de salud general de regular a mala, en comparación 27% de los pacientes sin AR (Carmona et al., 2002).

La satisfacción con la capacidad funcional se relaciona con el bienestar (Blalock, Vellis, DeVellis y Sauter, 1988); y este bienestar depende de la adaptación psicológica. Los pacientes con artritis reumatoide que presentan un mayor grado de satisfacción son

aquellos que, en lugar de lamentarse, rumiar y padecer emocionalmente por lo que han perdido en relación con unos años antes, se comparan con la capacidad funcional de otros pacientes similares (Reig et al., 1991).

Aquellos pacientes que muestran más autoconfianza en su habilidad para influir en la enfermedad reportan mejor calidad de vida, del mismo modo que aquellos que sienten que tienen peor salud, peor de la que indica la medida de actividad de su enfermedad, creen necesitar más asistencia médica de la que reciben (Brekke, Hjortdahl, Thelle y Kvien, 1999). Se ha comprobado que los pacientes que aprenden habilidades de automanejo tienen mayor capacidad para afrontar su artritis, sufren menos dolor y consiguen mejores niveles de bienestar psicológico (Barlow y Wright, 1998), resultados que apoyan otras investigaciones que afirman que mejorar la autoeficacia a lo largo de los entrenamientos habilidades de afrontamiento del dolor predicen significativamente las mejoras en el dolor en pacientes AR, su estado general de salud y la depresión (Smarr et al., 1997).

La mayor parte de las investigaciones en AR que estudian variables psicológicas o los efectos de los tratamientos médicos, incluyen medidas globales o parciales del constructo calidad de vida. Las medidas globales de calidad de vida son aquellas que evalúan tanto la parte física como la psicológica (emocional/social), generalmente a través de instrumentos de medida cualitativos estandarizados. Las medidas parciales de calidad de vida hacen referencia a algún aspecto concreto del constructo, como capacidad funcional/discapacidad (generalmente evaluado a través del Cuestionario de la Salud de Stanford HAQ), satisfacción con la vida, etc.

Tanto las medidas globales como parciales de calidad de vida son, en mayor o menor medida, subjetivas. La finalidad de todas ellas es conocer la valoración que los

individuos hacen de uno o varios aspectos de su salud, con cierta independencia de su realidad objetiva, ya que lo considerado fundamental para su bienestar global no es lo que vive, sino cómo lo vive. Es, debido a esto, por lo que muchas investigaciones encuentran discrepancias entre la “realidad objetiva” del evaluado y la valoración que hace de su calidad de vida. En algunas ocasiones encontramos que la calidad de vida de la persona es peor de lo esperado en función de su realidad objetiva, y otras, afortunadamente la mayoría, es a la inversa. Concretamente en el tema de la salud física, la calidad de vida percibida por los pacientes se suele comparar con marcadores biológicos de la enfermedad o con la información de terceros significativos (como profesionales médicos, familiares, etc.) para evaluar las discrepancias y las posibles variables mediadoras.

De la capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide hablaremos en profundidad en el capítulo 4. En este apartado haremos una aproximación a la calidad de vida como medida global y a la satisfacción por la vida de los pacientes con AR.

Como hemos mencionado anteriormente, la AR por sus características intrínsecas como la cronicidad, el dolor, la fatiga y la discapacidad potencial, afecta e impacta en los pacientes desde muchos ángulos. Aunque no todos ellos ven alterada su calidad de vida de forma significativa, la imprevisibilidad de los síntomas hace que la mayoría sienta que no pueden planear su vida con la misma antelación que las personas que no se ven afectadas por esta enfermedad (Puchner et al., 2015).

El impacto de la artritis reumatoide en la calidad de vida de los pacientes afecta a varios dominios entre los que podemos destacar la discapacidad, el dolor, la fatiga, las alteraciones del sueño, el bienestar emocional y la satisfacción por la vida. Todos estos dominios interactúan entre sí, por ejemplo, la fatiga correlaciona con dolor y síntomas

depresivos, las alteraciones del sueño con dolor, fatiga y estado de ánimo, la incapacidad con fatiga, dolor y aspectos psicosociales, la incapacidad con desempleo, y el desempleo con menor satisfacción y mayor malestar emocional, etc. (Santiago, Geenen, Jacobs y Silva, 2015).

No obstante, a lo largo de las investigaciones y en la práctica clínica, se constata que es el dolor el que tiene la influencia más significativa en la calidad de vida de los pacientes con AR, como hemos mencionado anteriormente. En la evaluación EULAR de la Escala de Impacto de la AR (RAID), así como en otras investigaciones, aparece el dolor como parámetro de mayor importancia para el paciente, seguido de las limitaciones físicas o discapacidad funcional, la fatiga, el bienestar emocional, las alteraciones del sueño y los mecanismos de afrontamiento (Hewlett et al., 2005; Gossec et al., 2009, 2011; Heiberg, Austad, Kvien y Uhlig, 2011).

En la investigación en los Emiratos Árabes de Al Attia y Al Abbasi (2011), compararon pacientes con AR establecida con pacientes con otras enfermedades reumáticas, con la finalidad de determinar el espectro de algunos problemas de salud que pueden estar presentes en pacientes con artritis reumatoide. Encontraron que el dolor era el síntoma prioritario para ambos grupos, y más del 80% de los pacientes con AR establecida lo atribuía directamente a la enfermedad. Lo diferencial entre ambos tipos de pacientes reumáticos (AR versus otros reumatismos), fue que entre los pacientes con AR la incapacidad funcional y el miedo a las deformidades estaban más presentes que los síntomas depresivos y la fatiga. Un resultado interesante fue que los pacientes que experimentaban fobia a la incapacidad lo hacían con independencia de que tuvieran o no deformidades significativas en las manos. Este resultado parece deberse a que el hecho de saber que puede ocurrir esa discapacidad, es suficiente para generar los síntomas de miedo, aunque el paciente no tenga daños físicos que la

sugieran. Todos estos resultados que son coincidentes con el resto de investigaciones a nivel mundial, que sugieren que la calidad de vida de los pacientes con AR se ve comprometida.

El impacto de la discapacidad debido a la AR parece ser mayor en las personas más jóvenes y de mediana edad que en los pacientes de edad avanzada (Sokka, 2003; Sokka, Krishnan, Häkkinen y Hannonen, 2003). A este respecto, un estudio interesante de la aceptación de las limitaciones en la capacidad funcional entre pacientes AR, es el realizado por Péntek et al. (2014). Utilizando los dominios del HAQ y del Cuestionario de Calidad de Vida Relacionado con la Salud (EQ-5D) para establecer los estados de salud, preguntaron a los pacientes con AR que pérdidas en la capacidad funcional y calidad de vida le parecían asumibles para cada rango de edad entre 30 y 80 años, divididos en periodos de 10 años. Para cada estado de salud deberían responder, en función del rango de edad, si lo consideraban problemas moderados y severos aceptables o, por el contrario, los consideraban inaceptables. La mayor parte de los pacientes consideraban que a partir de los 70 años era aceptable tener varios problemas de salud (en función a los estados de salud desarrollados a partir del EQ-5D: 42 % autocuidado, 34 % dolor/malestar, 33 % movilidad, 33 % actividades cotidianas y 27 % ansiedad/depresión), mientras que para los rangos de 30 y 40 años eran inaceptables. Los problemas graves de salud eran siempre inaceptables (por ejemplo, vivir confinado en cama, no poder realizar actividades cotidianas como comer, arreglarse, vestirse o asearse), a excepción de las “actividades cotidianas” cuya pérdida era aceptable para el 50.6% de la muestra a partir de los 80 años. La mayoría de los pacientes AR, entre el 77% y el 93%, eran más jóvenes que la edad que establecían como punto de corte para aceptar los problemas de salud, y todos coincidían que en el rango de 30 y 40 años eran inaceptables. Los resultados de los estados de salud derivados del HAQ eran similares.

Otros estudios como el de Buitinga, Braakman-Jansen, Taal y Van De Laar (2012) obtuvieron resultados parecidos, resaltando, estos últimos, que el peor escenario para los pacientes AR era la dependencia continua de los otros. Aunque la mayoría de los pacientes establecía el punto de corte para aceptar limitaciones funcionales en los 70 años, una tasa significativa de pacientes consideraron los rangos de edad de 50 y 60 años. En comparación a estudios con población general, los pacientes AR estiman el punto de corte en más edad, ya que en población general suelen establecer a partir de los 50 años o incluso antes, pero, por otro lado, los pacientes AR aceptan mayores discapacidades a partir de los 70 que la población general. En conclusión, este pequeño estudio pone de manifiesto que los pacientes con AR consideran aceptables determinadas pérdidas de salud, algo que probablemente sea fundamental para adaptarse al proceso de la enfermedad sin tanta carga emocional negativa y tener así una mejor calidad de vida subjetiva.

El bienestar emocional es otra parte del constructo calidad de vida que incide directamente en la satisfacción general y la valoración positiva de la salud. Como hemos expuesto a lo largo de puntos anteriores, el malestar emocional de los pacientes con AR no sólo interfiere directamente con la calidad de vida, sino también con otros parámetros de la salud física, que, a su vez, van en detrimento de la misma (evaluada a través de sus componentes físicos). Son muchos los sentimientos, afectos y cogniciones que se han evaluado en pacientes con AR para analizar su relación con su satisfacción y percepción de salud general, podemos señalar como los más relevantes la ansiedad, el estrés y los síntomas depresivos, que estamos mencionando a lo largo de todo este capítulo.

No obstante, a lo largo de la literatura, nos encontramos otros sentimientos que han sido objeto de estudio en pacientes con AR, presuponiendo que podían afectar a su calidad

de vida, en cuanto a satisfacción con la misma y a la felicidad. Hablamos, por ejemplo, de los sentimientos de culpa y vergüenza. A este respecto, Peter et al. (2014) analizaron los sentimientos de culpa y vergüenza en pacientes con AR comparados con controles sanos, para tratar de determinar si eran más frecuentes entre los pacientes con AR. También fueron evaluados en estado de salud, autoeficacia, regulación emocional y cognitiva, y en escalas numéricas de satisfacción con la vida y felicidad. No se encontraron diferencias entre pacientes AR y controles en sentimientos de culpa y vergüenza. Los sentimientos de culpa y vergüenza en la AR se asociaban principalmente con características demográficas y psicosociales, y no con la severidad de la enfermedad física. La propensión a la culpa sólo se asoció con el género femenino, mientras que la propensión a la vergüenza se asoció con mayores sentimientos de culpa. Peor funcionamiento social y el uso de estrategias de afrontamiento autoculpabilizadoras correlacionaron con vergüenza. Investigaciones previas habían sugerido mayor frecuencia de culpa y vergüenza en pacientes con AR, planteando que la experiencia de pérdida, como la pérdida de la independencia, el trabajo y las actividades sociales, junto con la imagen corporal y la sexualidad, con frecuencia conducía al desarrollo de sentimientos de culpa y vergüenza en los pacientes con AR; así como cuando tenían que expresar su dificultad para hacer las cosas o hablar de sus emociones con familia y amigos; como cuando tenían que adaptar su calzado por la progresión de la enfermedad, siendo visible en público; como cuando las mujeres sentían que no podían cuidar de su familia o realizar las tareas del hogar, o por miedo a transmitírselo a sus hijos; o cuando creían que no podían hacer lo que hacían sus familiares sanos o sentían que son malas parejas sexuales (Hwang, Kim y Jun, 2004; Lempp, Scott y Kingsley, 2006; Peeters, 1992; Williams, Nester y Ravey, 2007; Whalley, McKenna, De Jong y Van der Heijde, 1997). Sin embargo, en función de los

resultados de este estudio, podemos empezar a plantearnos que estos sentimientos de culpa y vergüenza son dependientes de la cultura y no debidos al proceso de enfermedad AR, como demuestra, por ejemplo, la investigación de El Mansoury et al. (2008) con pacientes egipcios y holandeses con AR, en el que encontraron más sentimientos de culpa entre los egipcios, coherente con el papel cultural y la posible estigmatización de la enfermedad entre ese colectivo.

1.4.7. Investigaciones sobre pacientes con artritis reumatoide y su afectación a nivel psicosocial.

Otro aspecto de gran relevancia para el enfermo, y a menudo relegado a un segundo plano por el clínico, es la repercusión de la enfermedad a nivel psicosocial. Los factores psicosociales podrían actuar como importantes modificadores del curso de la enfermedad, pero también deberían constituir una parte significativa de la evaluación del desenlace en la artritis reumatoide (Batlle-Gualda et al., 2000).

Desde el plano psicosocial, podemos distinguir al menos tres perspectivas de estudio diferentes en las investigaciones: el apoyo social percibido por el paciente, la repercusión social de la enfermedad en el entorno familiar del paciente y el rol social de los enfermos de AR.

1.4.7.1. El apoyo social percibido y la artritis reumatoide.

Los pacientes que reciben un notable apoyo social de los familiares y amigos, pero en especial de sus cónyuges, tienen mejor pronóstico y menor discapacidad (Fitzpatrick, Newman, Archer y Shipley, 1991.; Kraaimaat, Van Dam-Baggen y Bijlsma, 1995). Algunas manifestaciones clínicas, como el dolor o el cansancio, son

más frecuentes en las personas que no cuentan con apoyo social (Riemsma et al., 1998). Las mujeres AR que experimentan apoyo social negativo o falta de apoyo emocional son menos propensas a referir bienestar psicológico, como satisfacción con la vida o ausencia de síntomas depresivos, que aquellas que reportan poco o ningún apoyo social conflictivo (Coty y Wallston, 2010). Los pacientes con AR pueden beneficiarse de todas las manifestaciones del apoyo social, y suele resultarles positivo tanto para la salud física y mental, amortiguando el impacto negativo de los estresores tanto de la enfermedad como de cualquier otro tipo, así como por su efecto directo (Penninx et al., 1997).

Este punto del apoyo social percibido lo trataremos en profundidad en el capítulo 2, por ser una de las variables analizadas en esta investigación.

1.4.7.2. Repercusión de la artritis reumatoide en el contexto familiar y de pareja.

La repercusión psicosocial de la enfermedad no sólo afecta al paciente, sino que también influye en las personas que lo rodean, especialmente en el contexto familiar y de pareja. Del mismo modo, hay evidencias que demuestran que el estado emocional de los cónyuges influye en los pacientes con AR.

No existe mucha investigación que implique a los cónyuges de los pacientes con AR. Recientemente parece haber aumentado el interés por valorar las interacciones de las relaciones de pareja, donde uno de los miembros padece AR, para establecer las influencias mutuas y su repercusión en el curso de la AR.

Algunos estudios han encontrado relación positiva entre el estado de ánimo negativo del cónyuge y el dolor de sus parejas AR, aunque debido al carácter transversal de este tipo

de estudios, no puede establecerse con más claridad si es el dolor del paciente el que influye en el estado de ánimo del cónyuge o viceversa.

En 2009, Lam, Lehman, Puterman y DeLongis, evaluaron durante 1 año a 133 matrimonios, en los que uno de los miembros tenía AR. Las principales conclusiones del estudio sugerían que los síntomas depresivos del cónyuge jugaban un papel clave en la evolución de la enfermedad del paciente con AR, y es importante, ya que los resultados se mantenían después de controlar las variables de depresión, discapacidad, actividad de la enfermedad, edad, tiempo casados, educación, duración de la enfermedad y empleo de los pacientes con AR. Concretamente, mayores niveles de depresión en el cónyuge predecían peor curso de la enfermedad AR (valorando variables físicas como la discapacidad y la actividad de la enfermedad).

En relación al funcionamiento familiar, Coty y Wallston (2010) encontraron que un buen funcionamiento familiar en AR estaba inversamente relacionado con apoyo social negativo percibido, afecto negativo y síntomas depresivos, y se relacionaba positivamente con satisfacción por la vida. El simple hecho casado no está asociado con una mejor salud en AR, pero tener un matrimonio bien adaptado o sin conflictos está relacionado con menos dolor y mejor funcionamiento psicológico (Barsky et al., 2010).

Resulta muy interesante el estudio de 2011 de Lehman et al., en el que evaluaron las percepciones de los pacientes y sus cónyuges sobre las manifestaciones clínicas de la AR (fatiga, dolor y limitaciones físicas). El objetivo era establecer si existían diferencias entre ambos acerca del grado de malestar físico del paciente, y cómo esto influía en la percepción del paciente sobre el apoyo social que recibía de su pareja (positivo o negativo). Las conclusiones del estudio sugerían que los pacientes AR percibían apoyo

social marital conflictivo cuando sus parejas subestimaban sus percepciones de fatiga y cuando subestimaban o sobreestimaban sus limitaciones físicas.

El diagnóstico de una enfermedad musculoesquelética, como, por ejemplo, es la AR, altera la vida del paciente y los familiares, repercute en la esfera laboral, económica, social, psicológica y física llegando a necesitar ayuda para las actividades básicas de la vida diaria. La dedicación y el esfuerzo que hay que proporcionar a estos pacientes aumentan con el tiempo, especialmente en aquellos pacientes que comienzan la enfermedad a edades tempranas o de forma muy incapacitante. Evidentemente esto genera una sobrecarga emocional en el familiar, que se ve modulada por el apoyo recibido para cuidar al enfermo (Alfaro et al., 2013). Los efectos psicosociales y los cambios que experimentan los familiares con la AR pueden suponer un considerable desafío para la unidad familiar. Los familiares de las personas con AR requieren apoyo social para lograr el equilibrio y hacer frente a la cronicidad y la discapacidad de la AR, así como aprender estrategias de afrontamiento efectivas en la nueva situación familiar. Los cónyuges expresan que tienen que alterar su rutina para dar apoyo y acomodarse a la salud de su pareja, o buscar actividades que encajen con la condición de salud del otro miembro, realizar actividades del otro que no son habituales en su contexto cultural (como determinados hombres de otras culturas haciendo tareas domésticas), aunque, también hay efectos positivos en el cónyuge sano como mejorar su autoestima, su satisfacción y la valoración de su salud (Fallatah y Edge, 2015).

En el estudio cualitativo realizado en España por Alfaro et al. (2013), con familiares (cuidadores) de pacientes con AR y espondilitis anquilosante, encontraron resultados similares a los existentes en la literatura en este campo, insistiendo en que el diagnóstico de este tipo de enfermedades altera el funcionamiento del paciente, del cuidador y de los familiares. La repercusión, tanto para el paciente como para el familiar que lo cuida,

aumentaba con el mayor grado de dependencia física, la intensidad y la duración de los cuidados exigidos, y el menor apoyo social y ayuda recibidos. Estos autores concluyeron que el cuidador de estos pacientes presentaba consecuencias negativas, como pérdida de poder adquisitivo, problemas laborales, aislamiento social y sobrecarga emocional, y resaltaban la importancia de proveer de más apoyo profesional a familias con un miembro enfermo que lo necesitaran, para que el impacto en el familiar cuidador y el resto de miembros, incluido el propio paciente, fuera mucho menor.

Desde nuestro punto de vista como psicólogos, nos resulta algo curioso encontrarnos que este campo de investigación sea foco de atención constante del Servicio de Enfermería. Gran parte de las publicaciones en esta área se encuentran en revistas de enfermería, y tanto los programas educativos, que generalmente son impartidos por ellos a pacientes y familiares, y la investigación del fenómeno familiar, parece ser mayor objeto de atención por su parte que por la nuestra. Esto quizás pueda deberse a que en los pacientes con enfermedades crónicas, y concretamente también en el caso de los pacientes con AR, es el servicio de enfermería el que más relación tiene con ellos y conoce sus necesidades psicosociales con mayor profundidad.

1.4.7.3. Interferencias en el rol social del paciente con artritis reumatoide debido al proceso de la enfermedad.

El papel o rol social que desempeña el paciente también parece verse afectado por la artritis reumatoide. Al tratarse de un trastorno que cursa con dolor, discapacidad potencial (más o menos temporal en función de la actividad de la enfermedad y el daño provocado en la articulación), y cansancio entre otros, de cierta duración y recurrencia, no es extraño plantearse que los pacientes se sientan excedidos por las demandas de las actividades o papeles sociales que desempeñan en su vida cotidiana. Para los pacientes

es muy importante poder mantener su participación en los roles sociales que desempeñan, no obstante, la simultaneidad de varios de ellos puede provocar conflictos que redunden negativamente en su bienestar emocional (Coty y Wallston, 2008). La vida laboral puede comprometer el tiempo destinado a vida personal y muchos pacientes con AR protegen ese rol aún por encima de su salud. Pueden llegar a perder el rol de vida personal, ya que las actividades de ocio suelen ser las primeras en abandonarse, siendo uno de los principales motivos el dolor percibido por el paciente. Dotar al paciente de mayor apoyo instrumental puede facilitarle el cumplimiento de las demandas de sus roles sociales (Gignac et al., 2011).

Este fenómeno también fue estudiado en Canadá por Mustafa, Looper, Zelkowitz, Purden y Baron (2012). Evaluaron la sobrecarga del rol (marital, parental y laboral), el dolor y el funcionamiento físico en AR reciente. Encontraron una posible relación recíproca entre la sobrecarga del rol y el funcionamiento físico, ya que se relacionaban negativamente, después de controlar las variables sociodemográficas relevantes. Aunque no pudieron establecer si era el dolor el que sobrecargaba el rol o viceversa, aportan datos para valorar la posible idoneidad de explorar, desde el contexto médico, las necesidades sociales de cada paciente para orientarle también en este terreno desde el comienzo de la enfermedad.

Analizando las emociones suscitadas por las dificultades a la hora de desenvolverse en las actividades cotidianas en pacientes AR temprana, Östlund et al. (2014), en su estudio cualitativo, encontraron que los principales afectos suscitados eran desesperanza, tristeza, enfado, vergüenza y miedo. Los pacientes sentían desesperanza y tristeza cuando tenían dificultades en tareas sencillas de arreglo personal o no podían realizar tareas en el trabajo. Tristeza cuando no podían llevar a cabo actividades de ocio o cuidar de sus hijos. Enfado en relación a la dificultad en seguir realizando actividades

valoradas por el paciente, tanto en el trabajo como en casa como en las relaciones sociales. Miedo en relación al posible deterioro de su salud, como problemas de sueño, o a hacer actividades que pudieran perjudicarles físicamente. Y vergüenza, cuando sus limitaciones eran visibles para los demás.

Las ocupaciones de la vida diaria incluyen aquellas asociadas con el trabajo remunerado y no remunerado, el autocuidado, el ocio y el descanso. El término equilibrio ocupacional, es sinónimo del término equilibrio del estilo de vida, que hace referencia a un fenómeno complejo que incluye dimensiones de uso de tiempo, demandas del rol y satisfacción con la actuación, e independencia y ajuste con los valores e intereses de la persona. La enfermedad crónica altera el equilibrio ocupacional haciendo que se requiera más tiempo y energía para el autocuidado, para acostumbrarse a la fatiga y a otros síntomas, y para la expectativa de descansar, más que los adultos sin enfermedad crónica (Forhan y Backman, 2010).

Tratando de identificar los factores asociados con los tres indicadores del equilibrio ocupacional: la satisfacción percibida con la actuación de la ocupación principal de alguien, el equilibrio del tiempo empleado en ocupaciones y los logros diarios, Forhan y Backman (2010) evaluaron a adultos con AR en edad de trabajar. El 30% de los encuestados informó de que la AR limitaba el número de horas que podían participar en su ocupación principal (trabajo remunerado o trabajo hogar/cuidados), estos mismos pacientes reportaron que empleaban más tiempo en el trabajo no remunerado, el auto-cuidado, el ocio y el descanso, que los encuestados que informaban no estar limitados en el trabajo. El dolor era el factor predictivo más significativo de la satisfacción con la actuación, por otras investigaciones, ya se conoce que el dolor es ampliamente referido como un limitador del funcionamiento y la participación social en estudios de adultos con AR (Backman, 2006; Chorus, Miedema, Boonen y Van Der

Linden, 2003; Katz, Morris y Yelin, 2006). La autoeficacia o la creencia de que uno puede manejar los síntomas de la AR, la actividad social y la salud general, eran los predictores más potentes del equilibrio de tiempo. Y por último, experimentar buena salud general y la sensación de control sobre los síntomas de la AR fueron factores determinantes en el modelo final que predecían la satisfacción con el logro de ocupaciones. Encontraron, por tanto, que el estado general de salud era un predictor significativo de los tres indicadores del equilibrio ocupacional. La autoeficacia con respecto a los síntomas de la artritis, las limitaciones del trabajo y la capacidad de autocuidado fueron predictores adicionales de la satisfacción con los logros; el funcionamiento social, el dolor y la capacidad de trabajar fueron predictores adicionales de la satisfacción con la actuación, la proporción de tiempo empleado en las ocupaciones consideradas agradables era un predictor adicional de la satisfacción con el equilibrio del tiempo empleado en las ocupaciones.

El tema de la capacidad laboral o el rol laboral en pacientes con AR es objeto de estudio en varias investigaciones recientes. Gignac et al. (2014) evaluaron las percepciones de hombres y mujeres, con AR y artrosis, en el equilibrio/desequilibrio entre trabajo, artritis y roles personales, así como su asociación con factores demográficos, de salud y de empleo, incluyendo el estrés laboral, satisfacción profesional, las interrupciones de trabajo, el absentismo y las pérdidas de productividad percibidas. Esta investigación encontró similitudes entre mujeres y hombres en su enfermedad, experiencias de trabajo y la percepción de las interrelaciones entre la artritis, el trabajo y los papeles personales. Los tipos de factores asociados a la conciliación o no de la vida laboral con la salud personal, ponían de relieve la importancia de los niños, la fatiga, las horas de trabajo impredecibles, la capacidad de control del trabajo (ritmo, programación y entorno) y las limitaciones de la actividad

laboral. Las mujeres referían más afectación en el terreno laboral cuando los hijos estaban en casa, aunque no se sabe muy bien por qué, probablemente fuera porque sentían más responsabilidad que sus parejas varones, mayor impacto de la artritis cuando tenían que hacer cambios para mantenerse en el trabajo, así como tener mayor control laboral hacía que valoraran más el trabajo como un rol positivo. Los hombres expresaban mayor impacto de la artritis cuando tenían menos capacidad de control laboral y horas de trabajo impredecibles, así como valoraban más positivamente trabajar cuantas más articulaciones tuvieran afectadas por la artritis. Las limitaciones en la actividad laboral, la fatiga y el número de modificaciones del entorno laboral eran similares entre hombres y mujeres. Esta investigación sugiere que las percepciones del rol artritis-trabajo- vida personal pueden ser un factor determinante de los resultados del trabajo, además de los factores demográficos, de salud y de contexto laboral, ya que, entre otros, valoraciones positivas del trabajo estaban relacionadas con menor pérdida de productividad percibida. Los resultados indicaron que los hombres y las mujeres eran muy similares en la percepción de las interrelaciones entre la artritis, el trabajo y vida personal, y tendían a reportar que trabajar con artritis proporciona beneficios positivos y motivadores en sus vidas para mantener el empleo, más que plantear que el conflicto de roles tenía un impacto negativo en su salud.

Incluso hay autores que tratan de plantear la capacidad laboral como una medida de resultado en AR para valorar la eficacia de determinados fármacos. Este es el caso del estudio longitudinal de Raterman et al. (2010), en el que evaluaron adultos AR en edad de trabajar tratados con adalimumab. Como hallaron que la actividad de la enfermedad se asoció fuertemente con la calidad de vida, la fatiga relacionada con el trabajo y con la capacidad de trabajo, concluyeron que la capacidad de trabajo debería ser utilizada con mayor frecuencia como medida de resultado en los ensayos clínicos

con pacientes con AR. La principal contribución de este estudio es la asociación observada entre la actividad de la enfermedad y la capacidad de trabajo. Los resultados de estos autores están en línea con los estudios previos en pacientes con AR que describen una asociación entre la respuesta al tratamiento y la empleabilidad, y la demostración de una disminución en la discapacidad laboral en los últimos 20 años, aunque los estudios todavía apuntan a que el 35% de los pacientes con AR se inhabilitarán para trabajar.

En esta línea de la capacidad laboral, recientemente van Vilsteren et al. (2015) realizaron una investigación cuyo objetivo fue determinar qué combinación de factores personales, relativos a la enfermedad y ambientales son los más asociados con la pérdida de productividad en el trabajo en los pacientes con AR, así como determinar si la pérdida de productividad en el trabajo se asociaba con la calidad de vida de estos pacientes. Se encontró que la pérdida en la productividad en el trabajo se asoció con los trabajadores que tenían peor salud mental, más limitaciones físicas, aún en tratamiento con fármacos biológicos, no estaban satisfechos con su trabajo y tenían más inestabilidad laboral. La pérdida de productividad laboral se asoció negativamente con la calidad de vida, principalmente con las dimensiones de salud mental, limitación física y dolor. Encontraron, por tanto, que la pérdida de productividad laboral estaba asociada tanto a factores personales como relativos al trabajo y clínicos.

1.4.8. Investigaciones acerca de la eficacia de las intervenciones educativas y psicológicas en artritis reumatoide.

La eficacia de las intervenciones educativas y psicológicas es otro campo de estudio en la artritis reumatoide.

1.4.8.1. Los programas de educación terapéutica en AR.

Una de las finalidades de la educación terapéutica en AR es el conocimiento de la enfermedad para un mejor manejo o afrontamiento de la misma, mayor adherencia a los tratamientos y la eliminación de mitos o falsas creencias acerca de la enfermedad.

En un estudio de 2001, Carmona et al., analizando la carga de las enfermedades musculoesqueléticas en España, encontraron que había poco acuerdo entre padecer una enfermedad reumática y concebirse a uno mismo como paciente reumático. Muchos de los que creían padecer una enfermedad reumática no cumplían criterios diagnósticos para ninguna enfermedad musculoesquelética, mientras que otras personas que no estaban diagnosticadas como pacientes reumáticos ni se sentían como tal, tenían claros síntomas y signos de las enfermedades evaluadas en la investigación. Estos resultados pusieron de manifiesto el pobre conocimiento que existe en población general acerca de estas enfermedades y la confusión de sus síntomas con procesos degenerativos propios de la edad.

No sólo existe desconocimiento en población general acerca de las enfermedades reumáticas, entre las que se incluye la AR, sino que los propios pacientes que la padecen, tienen creencias y miedos acerca de la enfermedad que pueden ser disfuncionales. La falta de información correcta acerca de las características de la enfermedad, las posibles causas, los tratamientos y su expectativa realista, así como los hábitos biopsicosociales saludables, puede favorecer en el paciente falsas creencias que aumenten sus miedos, ansiedad e incertidumbre, que vayan en detrimento de la confianza y la relación médico-paciente, y que dificulten su mejoría porque disminuyan adherencia al tratamiento.

A modo de ejemplo, en un estudio cualitativo realizado acerca de los miedos y creencias en AR y espondiloartritis, la mayor parte de los pacientes con AR atribuían al comienzo de la enfermedad un factor psicológico o un evento vital estresante, y, coincidían con el grupo de espondiloartritis, en que la reducción del estrés y las técnicas de relajación contribuían a la mejora de sus síntomas. Los miedos y creencias acerca del progreso de la enfermedad y la efectividad de los tratamientos variaban en función del estado físico del paciente (empeoraban en los brotes y mejoraban en las fases asintomáticas) y las expectativas de mejoría no eran siempre realistas. Además, casi todos los pacientes atribuían los empeoramientos de la enfermedad a causas externas (como el estrés, el exceso de trabajo, eventos vitales negativos, etc.) y no establecían relación directa con su conducta (Berenbaum et al., 2014). Este estudio nos hace pensar que los pacientes requieren más información acerca de su enfermedad, de lo que implica la cronicidad de la misma y de los hábitos de vida saludables, tanto físicos como psíquicos, que deben llevar a cabo como coadyuvantes del tratamiento farmacológico.

En la revisión sistemática de programas terapéuticos educativos en AR entre los años 2003 y 2008, realizada por Albano, Giraudet-Le Quintrec, Crozet y d'Ivernois (2010), encontraron que podían clasificar los programas en dos subtipos: educativos y psicoeducativos. En los primeros, el objetivo era tratar de conseguir que el paciente fuera competente en el manejo diario de la enfermedad y, en los segundos, el objetivo se centraba en el afrontamiento y reducir el estrés, la ansiedad y la depresión. Varios estudios resultaron efectivos, principalmente para el conocimiento acerca de la enfermedad y competencias/mejoría psicológica y mostraron menor efecto en calidad de vida percibida y funcionamiento psicosocial. Otros, sin embargo, sostienen la influencia positiva de estos grupos en el apoyo social de pacientes con AR (Barsky et al., 2010). Por tanto, hace falta más investigación para establecer tanto el tipo como

duración de los efectos, así como definir más los programas de intervención en objetivos, estrategias y población a la que va dirigida, para poder analizar comparativamente los resultados de cada programa.

En este sentido, Niedermann et al. (2011) compararon dos programas educativos, el programa educativo clásico en AR (informativo) y un programa psicoeducativo (que incluía autoeficacia y búsqueda de recursos), demostrando que el segundo era más eficaz para el aprendizaje, además de mejorar el mantenimiento de las conductas aprendidas.

La mayoría de los autores coinciden en la necesidad de más investigación acerca de los programas terapéuticos educativos en pacientes con AR para demostrar su eficacia tanto a corto como a largo plazo. Hay estudios, como el de Abourazzak et al. (2009), que requieren mayor confirmación científica, pero que sugieren la eficacia de los programas educativos en pacientes AR, al menos, para mejorar la adherencia terapéutica, el conocimiento de la enfermedad y reducir la ansiedad por la incertidumbre del paciente, que seguramente redundará en mejor calidad de vida para ellos.

1.4.8.2. Los programas e intervenciones psicológicas en artritis reumatoide.

Las intervenciones psicológicas en pacientes con AR también son investigadas tratando de demostrar su eficacia diferencial. La más investigada, y protocolarizada, es la terapia cognitivo-conductual cuyo primer objetivo es ayudar al paciente a conceptualizar el dolor como una experiencia biopsicosocial, que se ve influido por pensamientos, emociones y conductas, para, posteriormente, entrenarlo con técnicas cognitivas y conductuales (de reestructuración de pensamiento, solución de problemas, etc.) o en habilidades para afrontar el dolor, con la finalidad de mejorar su

funcionamiento psíquico y conductual. Las habilidades de afrontamiento son muy habituales en estos protocolos por la evidencia empírica que existe al respecto de que las estrategias de afrontamiento activas predicen mejor adaptación, al contrario que las estrategias pasivas y la catastrofización. Existe bastante investigación basada en ensayos aleatorios de los resultados de estas intervenciones en pacientes con artritis reumatoide, que concluyen efectos beneficiosos de rango pequeño a moderado en el dolor de la artritis, la discapacidad, el estado articular y en síntomas psicológicos (ansiedad y depresión) (Astin et al., 2002; Barsky et al., 2010; Bradley et al., 1987; Dixon, Keefe, Scipio, Perri y Abernethy, 2007; Evers, Kraaimaat, van Riel y de Jong, 2002; Freeman, Hammond y Lincoln, 2002; Germond, Schomer, Meyers y Weight, 1993; Kraaimaat et al., 1995; Sharpe, Sensky, Timberlake, Allard y Brewin, 2001; Sharpe, Sensky, Timberlake, Ryan y Allard, 2003; Taal et al., 1993; Zautra et al., 2008).

Barsky et al. (2010) evaluaron y compararon la eficacia diferencial de tres tratamientos psicosociales grupales para pacientes con AR: Terapia cognitivo-conductual, entrenamiento en relajación y educación en artritis reumatoide. Hicieron seguimiento a los 6 y 12 meses. Aunque la intervención de educación en AR se confirió inicialmente como grupo control, proporcionó a los participantes, aunque sin elementos terapéuticos específicos, un mejor ánimo, expectativas más positivas, mayor sentido de eficacia y apoyo social. Esta modalidad no incluía, a diferencia de las otras dos, ningún entrenamiento en habilidades ni resolución de problemas. Los resultados mostraron que el dolor mejoró significativamente con el entrenamiento en relajación y la educación en AR a los 12 meses de la intervención. Otros síntomas, como rigidez, hinchazón, restricción de movimientos, fatiga, falta de apetito, dificultad para dormir y malestar general de pacientes AR, mejoraron significativamente con la terapia cognitivo-conductual y la educación en AR. El efecto del tratamiento, no obstante, no difirió

significativamente entre las tres modalidades. Comparando conjuntamente las tres intervenciones, se encontraron beneficios significativos para el dolor, otros síntomas de la AR, autocuidado y actividades sociales (tamaño del efecto del tratamiento de pequeño a moderado). Los efectos aparecieron inmediatamente después del tratamiento y permanecieron durante el tiempo de seguimiento ligeramente atenuados. Para los autores, estos resultados implican la necesidad de protocolarizar estos tipos de intervenciones.

Quiceno y Vinaccia (2011) realizaron una revisión sistemática las intervenciones psicológicas en AR. Desde la psicología, el objetivo fundamental se ha centrado en desarrollar intervenciones eficaces para el manejo de emociones negativas asociadas a la incapacidad y malestar general causado por AR. Los afectos negativos predominantes son la depresión/desesperanza aprendida, ansiedad, estrés, trastornos del sueño y el dolor, que son variables asociadas a los peores pronósticos de la enfermedad a nivel físico y mental (Azad, Gondal y Abbas, 2009; Culpepper, 2009; citados en Quiceno y Vinaccia, 2011). La evolución de las intervenciones, a lo largo de los años, va desde las primeras, con carácter psicoeducativo, pasando por las terapias cognitivo-conductuales, hasta los últimos 10 años que empezaron a proliferar las intervenciones mediante técnicas de expresión emocional, a modelos integradores (cognitivo-conductuales, de expresión emocional y psicología positiva) basados en el concepto de resiliencia y que es propuesto por uno de los autores de este artículo de revisión. Las intervenciones psicoeducativas, centradas en conocimiento de la enfermedad y automanejo diario, y las terapias cognitivo-conductuales, centradas en el dolor y el malestar asociado a la enfermedad dotando al paciente de herramientas cognitivas, emocionales y conductuales para combatirlo, tienen larga trayectoria en la investigación para comprobar sus efectos beneficiosos sobre la salud de los pacientes con AR. Aunque la literatura ofrece datos

acerca de que potenciar las emociones positivas a nivel terapéutico o de intervención puede elevar los estados emocionales positivos, refocalizar los procesos cognitivos y promover los procesos de salud (Remor, Amorós-Gómez y Carrobles, 2010), este nuevo enfoque de intervención, basado en el concepto de resiliencia, centrado especialmente en promocionar los afectos positivos, requiere más investigación, concretamente, en pacientes con enfermedades crónicas como la AR.

En un artículo reciente, publicado en nuestro país, Delgado, Bravo, Hidalgo, Vila y del Paso (2012) presentaron los resultados de un estudio preliminar para determinar la posible eficacia de una intervención basada en habilidades de conciencia plena y valores humanos en el afrontamiento del dolor crónico en pacientes con espondilitis anquilosante y artritis. Interpretados con cautela, debido al insuficiente tamaño de la muestra, los resultados mostraron que esta intervención grupal era eficaz para disminuir el componente valorativo del dolor, la percepción de intensidad del dolor actual y el número de puntos dolorosos. Estos resultados, aunque insignificantes a nivel científico, hacen valorar la necesidad de investigaciones rigurosas en este nuevo foco de intervención psicológica para pacientes con AR.

Las intervenciones psicológicas que usan la expresión emocional (habitualmente escrita, aunque también hablada) se basan en que la toma de conciencia, expresión, procesamiento, y por tanto, resolución de las emociones puede ser adaptativa para reducir el estrés y mejorar la salud, probando también su eficacia en pacientes con AR. Presuponen que generar un estado negativo inicial al expresar las emociones displacenteras, supone a largo plazo una mejoría en la salud. Aún existe poca literatura al respecto. Algunos estudios como el de Smyth et al. (1999) encontraron que esta intervención reducía el nivel de la actividad, otros han encontrado algunos beneficios, limitados a pocos resultados, en el dolor, el estado articular, los marcadores

inflamatorios, el funcionamiento conductual o el estado psicológico, pero la mayoría de los estudios tienen muestras pequeñas y sólo uno de los publicados hace seguimiento a los 6 meses (Lumley et al., 2014).

Recientemente Lumley et al. (2014) realizaron un estudio para analizar los beneficios de la terapia cognitivo-conductual y la de expresión emocional, tanto de forma conjunta como separada, para establecer si la combinación de ambas estrategias mejora la salud de los pacientes con AR, así como analizar cada intervención por separado comparadas con un grupo control. La terapia cognitivo-conductual mejoraba el manejo efectivo del dolor redundando en mejor funcionamiento, sin intervenir en la parte más emocional de los pacientes, mientras que la terapia de expresión emocional consideraba los afectos negativos como potencialmente adaptativos y trabajaba con ellos como motivadores del cambio de conducta. Estos autores se basan en que cada estrategia interventiva mejora áreas diferentes del funcionamiento del paciente, por tanto, su aplicación conjunta debería mejorar más aspectos que cualquiera de ellas de forma independiente. Los resultados de la investigación sugieren que la combinación conjunta no aporta mejoras significativas para los pacientes. Cada intervención tenía efectos independientes y específicos en el tiempo distintos. Comparados con los grupos controles, la expresión emocional mejoraba la actividad de la enfermedad y la discapacidad percibida, de forma menos clara y consistente que la terapia cognitivo conductual, que reducía el dolor y algunos síntomas psicológicos, durando el efecto a lo largo del seguimiento. Los autores sugieren mayor investigación sobre todo en las intervenciones de expresión emocional.

Comparadas con intervenciones típicas en AR que no incluyen la modificación de aspectos psíquicos, las intervenciones psicológicas mejoran el bienestar físico y emocional de los pacientes con AR y, a largo plazo, reducen el uso de recursos médicos

(Astin et al., 2002; Dixon et al., 2007; Sharpe, Allard y Sensky, 2008; Vriezolkolk et al., 2013).

1.4.8.3. Utilidad de los programas educativos y las intervenciones psicológicas en pacientes con artritis reumatoide.

Como conclusión, la mayor parte de la investigación y las revisiones sistemáticas en este campo parecen coincidir en los efectos beneficiosos de las intervenciones psicoeducativas y psicológicas en AR, aunque sean moderados y de imprecisa estabilidad en el tiempo, e incluso con independencia del tipo de intervención. A la luz de las investigaciones, parece evidente que se necesita mayor rigurosidad y sistematización de las intervenciones para que puedan ser cuantitativamente comparadas para establecer su eficacia diferencial. No obstante, se puede sugerir que parece más apropiado intervenir con estos programas, que no hacerlo. Incluso investigaciones que han utilizado programas educativos (meramente informativos), como grupos control, han puesto de manifiesto el efecto terapéutico que ejercen por sí solos.

Aunque haya pacientes que, debido a sus características físicas y psíquicas, no consigan gran aporte con estas intervenciones, porque realmente sea redundante para ellos y no lo necesiten, muchos otros, más vulnerables psicológicamente, con comorbilidad psiquiátrica o con mayor desconocimiento sobre lo que implica la enfermedad, probablemente sí que puedan beneficiarse. Ya conocemos por las investigaciones en este campo que existe afectación psicológica y social entre los pacientes con AR, y que el curso de la enfermedad puede influir en las actitudes hacia la misma, la ansiedad, los estilos de afrontamiento, los pensamientos negativos, los síntomas depresivos y en su funcionamiento cotidiano, incluyendo su desempeño social. Debido a que se trata de una enfermedad crónica, se debería tener en cuenta cierta periodicidad en programas de

seguimiento. No deberíamos presuponer el mantenimiento del logro terapéutico en los pacientes AR a lo largo del tiempo sin necesidad de sesiones de refuerzo. Consideramos importante tener en cuenta que llevar a cabo hábitos y conductas físicas y psíquicas saludables cuesta un esfuerzo al paciente, y que, ir perdiendo paulatinamente la motivación es algo frecuente, como se puede observar también en otros campos de la salud, como, por ejemplo, el mantenimiento de la pérdida de peso tras una dieta médica o mantener los ejercicios diarios tras entrenamientos de rehabilitación. Estos programas psicológicos y educativos, así mismo, podrían servir para identificar aquellos pacientes con mayor riesgo de peor pronóstico debido a sus características psicológicas o con comorbilidad psiquiátrica, para derivarlos a tratamientos especializados en salud mental, donde, como acabamos de exponer, los pacientes parecen mejorar con los tratamientos psicológicos, adaptándose con mucho menor malestar al nuevo reto que les implica esta enfermedad (Dissanayake y Bertouch, 2010). Este tipo de sistematizaciones, y su búsqueda de más evidencia empírica que lo sustente, es un reto para las futuras investigaciones en este campo.

1.4.9. Investigaciones acerca de la respuesta diferencial a los tratamientos médicos en pacientes con artritis reumatoide y su relación con variables psicológicas.

Por último, otro campo de investigación que podemos señalar en artritis reumatoide es la respuesta diferencial a los tratamientos médicos considerando variables psicosociales.

Este mismo año, Santiago et al. (2015) hicieron una revisión sistemática de la literatura existente acerca de las investigaciones que relacionan diferentes aspectos del

estado psicológico con la respuesta a los tratamientos en pacientes con artritis reumatoide.

Por las investigaciones previas en pacientes con AR, conocemos que el malestar psicológico, especialmente ansiedad y depresión, es frecuente entre estos pacientes, y que este estado de salud mental tiene un impacto negativo significativo en la respuesta al tratamiento y en las habilidades de los individuos para lidiar con la enfermedad crónica. Tanto en pacientes con AR como con trastornos depresivos, que comparten mecanismos biológicos que influyen en el malestar psíquico y la inflamación, existen cambios en las vías neuro-endocrinas-inmunes que parecen jugar un papel central de forma directa. En las influencias psicológicas indirectas en la eficacia de los tratamientos médicos, y su efectividad a largo tiempo, influyen infinidad de factores como la adherencia al tratamiento, el efecto placebo, las cogniciones, las estrategias de afrontamiento, y el apoyo social y familiar.

1.4.9.1. Estados ansioso-depresivos y respuesta al tratamiento médico en artritis reumatoide.

La interferencia de los estados depresivos en la respuesta al tratamiento médico es objeto de estudio en bastantes investigaciones, que ponen de manifiesto menor efectividad de determinados fármacos en pacientes AR con síntomas depresivos comórbidos.

Kekow et al. (2011), en relación al estudio COMET (combinación metotrexate con y sin etanercept), analizaron a 389 pacientes en ansiedad y depresión en estudio longitudinal de dos años. Entre los pacientes que tenían síntomas de depresión o ansiedad en la línea base, se observaron resultados significativos de menor remisión clínica, menor bajada de la actividad de la enfermedad y menor funcionamiento normal en el seguimiento a

los dos años. La naturaleza bidireccional de estos factores está subrayada por la observación de que los pacientes que consiguen la remisión clínica tienen síntomas de depresión y ansiedad menos frecuentemente, si los comparamos con los que no remiten. La relación entre la depresión en la línea base y las medidas del resultado del tratamiento estaba basado tanto en los datos autoinformados por el paciente, más susceptibles de influencia psicológica, como por las medidas objetivas de la enfermedad (como la sedimentación de eritrocitos o el número de articulaciones inflamadas). Todas las medidas comparadas fueron estadísticamente significativas, considerando los niveles de actividad de la enfermedad en la línea base. Comparados con pacientes sin depresión, en la línea base, los pacientes con depresión tenían medidas de inflamación y de actividad de la enfermedad significativamente peores (proteína C-reactiva, sedimentación de eritrocitos e índice de actividad de la enfermedad DAS28).

A diferencia de la depresión, la ansiedad no mostró relación con la sedimentación de eritrocitos o la proteína C reactiva. Estas observaciones están en la línea de los resultados de otros estudios observacionales, que indicaron que la depresión en la línea base, y más particularmente, la depresión persistente durante el tratamiento, estaban asociados con mayores niveles de actividad de la enfermedad en todos los momentos y afectaban negativamente a las tasas de remisión y a la bajada de actividad de la enfermedad conseguida usando terapia de factor antitumoral de necrosis como el metotrexate (Hider, Tanveer, Brownfield, Matthey y Packham, 2009; Matthey, Dawes, Hassell, Brownfield y Packham, 2010).

Hay evidencia de otras características psicológicas que afectan al proceso de enfermedad, como la somatización, la interpretación de sensaciones corporales inocuas como síntomas de la enfermedad, que han mostrado ejercer una fuerte influencia en la calidad de vida relacionada con la salud den AR, incluso después analizar estas

variables controlando el dolor. De hecho, el número de síntomas físicos se ve afectado por los cuadros mixtos ansioso-depresivos, el neuroticismo y el afecto negativo, al menos tanto como por las medidas objetivas de la actividad de la enfermedad y el daño articular acumulado (Hyphantis et al., 2006).

La depresión ha sido consistentemente asociada con peores resultados de la enfermedad en pacientes con AR, incluyendo dolor, articulaciones sensibles, mala adherencia al tratamiento farmacológico, incapacidad y mayores tasas de jubilación anticipada, junto con el mayor uso de los servicios de atención sanitaria. Del mismo modo, la incapacidad funcional y la pérdida de actividades valoradas, como el trabajo, están asociadas con un aumento en el riesgo de sufrir depresión (Clemmey y Nicassio, 1997; Dickens, McGowan, Clark-Carter y Creed, 2002; Isik, Koca, Ozturk y Mermi, 2007; Li, Gignac y Anis, 2006; Margaretten et al., 2011).

La depresión, así mismo, puede ser un factor de riesgo independiente de mortalidad en pacientes con AR debido a enfermedad cardiovascular (como infarto de miocardio), suicidio y otras complicaciones propias del proceso de enfermedad (Scherrer et al., 2009; Treharne et al., 2005).

1.4.9.2. Mecanismos biológicos de los factores físicos y psicológicos que afectan a la respuesta al tratamiento médico en artritis reumatoide.

Desde sus comienzos y hasta nuestros días, la investigación neurobiológica nos va ofreciendo cada vez explicaciones más precisas de los mecanismos biológicos implicados en las enfermedades que estudia. Parecen existir mecanismos y alteraciones biológicas funcionales coincidentes entre enfermedades como la artritis reumatoide y determinados trastornos mentales.

La AR es considerada una enfermedad inflamatoria con carácter autoinmune. El sistema inmune, a su vez, juega un papel en la biología la depresión, así como de otros trastornos mentales. Es posible, por tanto, que a nivel fisiopatológico, el sistema inmune influya decisivamente en el desarrollo concomitante tanto en la progresión de la psicopatología como de los trastornos autoinmunes (Gibney y Drexhage, 2013; Hou y Baldwin, 2012; Muller, Kallikorm, Pölluste y Lember, 2012). La depresión y el ánimo deprimido están asociados con un espectro de citocinas proinflamatorias, medidas en sangre periférica. Se ha demostrado que la persistencia de activación inmune después del tratamiento de la depresión mayor es un factor de riesgo para la recaída durante los meses siguientes (Lanquillon, Krieg, Bening-Abu-Shach y Vedder, 2000; Tuglu, Kara, Caliyurt, Vardar y Abay, 2003).

Los inmunomoduladores pueden influir en el riesgo y la expresión de varias condiciones y estados psicológicos, así como los mediadores inmunológicos y las condiciones autoinmunológicas pueden ser moduladas por los fármacos psicofarmacológicos. Esto nos hace pensar en las interacciones bidireccionales posibles entre el trastorno de ánimo y la AR. La actividad de la AR aumentada, cuando está asociada con la depresión y el estrés, puede ser concebida como un simple reflejo de la coexistencia de dos condiciones inflamatorias, que pueden influir negativamente aumentando la resistencia al tratamiento. Por otro lado, el aumento en la prevalencia de la depresión en AR y su mejora con los fármacos de factor antitumoral de necrosis puede simplemente reflejar la capacidad de las citocinas proinflamatorias IL-6 y TNF-alfa para inducir ambos estados, el de la depresión y el de la enfermedad (Bouhuys, Flentge, Oldehinkel y van den Berg, 2004; Musselman et al., 2001; citados en Santiago et al., 2015). Las mejorías en los síntomas depresivos cuando la AR está en remisión pueden ser efecto directo de

los fármacos antidepresivos, al igual que un efecto indirecto por la mejoría física del paciente que redundará en mayor calidad y satisfacción por la vida.

Por otro lado, desde el punto de vista neuroendocrino, el estrés crónico afecta al sistema hipotalámico-hipofisiario-adrenal ya que, en activación persistente, disminuye la producción de glucocorticoides, y esta bajada de glucocorticoides actúa en favor del incremento del nivel de citocina proinflamatoria y del aumento de la inflamación crónica. En el estrés crónico y/o en la inflamación, la inhibición de producción de glucocorticoides ocurre, principalmente, en el nivel de la respuesta adrenal a la hormona adrenocorticotrófica. La producción elevada de la hormona liberadora de la corticotropina, inducida por el estrés crónico psicológico y por las citocinas proinflamatorias, contribuyen directamente a la depresión (Davis et al., 2008; Miller, Cohen y Ritchey, 2002; citado en Santiago et al., 2015).

Actualmente, las relaciones inmuno-neuro-endocrinas, que, o bien concurren o se retroalimentan en enfermedades como la depresión y la AR, son objeto de investigación científica para tratar de discernir con más precisión las interrelaciones y posibles causalidades entre estas enfermedades que implican los mismos o similares mecanismos biológicos. No obstante, con la evidencia que contamos actualmente de las relaciones mutuas entre elementos biológicos propios de enfermedades inflamatorias y autoinmunes y determinados trastornos mentales, tenemos suficientes elementos de juicio, al menos, para valorar la necesidad de explorar bien el estado mental del paciente e intervenir cuando el malestar psicológico sea intenso, especialmente cuando el progreso de la AR no sea el esperado con los fármacos específicos para la enfermedad.

Por último, podría ser apropiado estudiar longitudinalmente en malestar psicológico, marcadores biológicos inmuno-neuro-endocrinos y respuesta al tratamiento

médico, a pacientes AR con factor reumatoide positivo comparados con pacientes AR con factor reumatoide negativo, ya que en estos últimos la respuesta autoinmunológica no parece estar comprometida. Por ejemplo, hay estudios que apuntan que el factor reumatoide negativo, junto con retraso en diagnóstico de AR, es mayor factor pronóstico para depresión futura (entre pacientes AR con factor reumatoide positivo y negativo). Investigaciones sistemáticas al respecto, quizás puedan aportar más datos que vayan clarificando la direccionalidad de las relaciones entre depresión y activación de la AR. Por el momento, y con independencia de la causalidad, lo que parece evidenciado es que existe relación entre AR y malestar psicológico (especialmente ansiedad y depresión), y que parecen ejercer influencias mutuas también desde el plano de los marcadores biológicos propios de cada enfermedad. Desde luego que es un campo de investigación muy interesante en el que seguir trabajando.

1.4.9.3. El efecto placebo y la adherencia en la respuesta al tratamiento médico en artritis reumatoide en función de variables psicológicas.

A día de hoy, existe mucha evidencia de la mejoría de los pacientes en infinidad de enfermedades debido al “**efecto placebo**”. Esto hace necesario establecer la respuesta diferencial de los tratamientos y su superioridad respecto a las intervenciones placebo, ya que estas pueden explicar hasta un 30% de las mejorías. De hecho, concretamente en AR, en investigaciones científicas de respuesta diferencial a los FAME, entre el 15 y el 35% de los pacientes con AR respondieron al placebo de acuerdo al 20% de los criterios del American College of Rheumatology (ACR), durando sus efectos hasta un año. Las mejorías debidas al efecto placebo son indiscutiblemente provocadas por mecanismos psicológicos del paciente, ya que la acción del fármaco es inexistente. Esto resalta, una vez más, la importancia de las variables psicológicas en la respuesta a los tratamientos. Se ha observado en estudios neurofuncionales que el efecto placebo produce una

actividad neuronal en sitios del sistema nervioso central asociados con la modulación del dolor físico, similar al producido por los analgésicos. Esto significa que el placebo cambia significativamente la experiencia de dolor y, por lo tanto, la percepción de la enfermedad dolorosa (Faria, Fredrikson y Furmark, 2008; Meissner et al., 2011; citados en Santiago et al., 2015). Del mismo modo podemos observar el efecto nocebo (intensificación de los síntomas), debido a los pensamientos negativos (Papadopoulos y Mitsikostas, 2012; citados en Santiago et al., 2015).

La tasa de **adherencia a los tratamientos** médicos es muy variable, según reflejan las investigaciones, en rangos que oscilan del 30% al 93%, y se ve influida por muchas variables, tanto propias del paciente como del médico encargado de su tratamiento. Respecto al profesional, cabe destacar que aquellos más cercanos, que transmiten mayor tranquilidad al paciente y le hacen más partícipe de su tratamiento obtienen mejores resultados. En cuanto al paciente, variables sociodemográficas como la edad, el género, la vida laboral, y el nivel socioeconómico y cultural pueden influir positiva o negativamente en la adherencia. Varios estudios han constatado las diferencias culturales, por ejemplo, García et al. (2008) encontraron que los pacientes hispanicos y afroamericanos tenían menores niveles de adherencia a la medicación que los pacientes caucásicos, probablemente por creencias disfuncionales acerca de los efectos perjudiciales de la medicación. El estado emocional del paciente, como los síntomas depresivos referidos en varios puntos de este capítulo, también influyen negativamente en la adherencia, así como las creencias y expectativas del paciente acerca de los fármacos y de la enfermedad. Una buena comunicación médico-paciente puede ayudar a entender bien el proceso de la enfermedad, la necesidad de los tratamientos y disipar miedos acerca de los posibles efectos adversos de los fármacos,

redundando muy posiblemente en mejor adherencia al tratamiento, imprescindible para mitigar los efectos adversos del progreso de la enfermedad (Santiago et al., 2015).

Tabla 1. Estudios recientes artritis reumatoide y variables psicológicas (años 2009-2015)

Autor/es	Participantes y método	Variables e Instrumentos	Resultados
Lam et al. (2009)	AR N=133 matrimonios	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad de la enfermedad. Rheumatoid Arthritis Disease Activity Index (RADAI) - Limitación física. Disabilities of the Arm, Shoulder, and Hand (DASH) - Síntomas depresivos. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) 	<ul style="list-style-type: none"> - Mayores síntomas depresivos en cónyuge influyen en peor pronóstico AR: peor discapacidad y actividad de la enfermedad. - Los resultados se mantienen al controlar variables como edad, años de matrimonio, etc.
Barsky et al. (2010)	AR N=168 Comparación tres tratamientos: terapia cognitivo conductual, educación en AR, entrenamiento en relajación.	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor y otros síntomas de la artritis. The Rheumatoid Arthritis Symptom Questionnaire (RASQ). - Deterioro y discapacidad. The Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS-2). - Severidad y actividad de la enfermedad. Marcadores biológicos y DAS28. - Medicación. - Malestar emocional: ansiedad y depresión. Rand Mental Health Inventory. 	<ul style="list-style-type: none"> - La educación en AR mejoró el ánimo, las expectativas, la percepción de eficacia y el apoyo social, aunque se incluyó en un inicio como grupo control. - El dolor mejoró significativamente con el entrenamiento en relajación y la educación en AR a los 12 meses de la intervención. La terapia cognitivo-conductual mejoró significativamente otros síntomas de la AR y el malestar general. - En las tres intervenciones, de mismo efecto, se encontraron beneficios significativos para el dolor, otros síntomas de la AR, autocuidado y actividades sociales.
Coty y Wallston (2010)	AR N=73 Mujeres Transversal Observacional	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo social problemático. Negative social support scale. - Falta de apoyo social emocional. Strong Ties Measure of Social Support Scale. - Funcionamiento familiar. Family Relationship Index (FRI). - Bienestar emocional. Satisfaction with Life Scale (SWLS). - Negative Affect subscale of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). - Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). - Índice de gravedad de la enfermedad. Pain Scale from the Arthritis Impact Measurement Scales (A.I.M.S.) 	<ul style="list-style-type: none"> - El funcionamiento familiar en pacientes AR inversamente relacionado con apoyo social negativo percibido, afecto negativo y síntomas depresivos. - El buen funcionamiento familiar estaba relacionado con satisfacción con la vida.

Tabla 1. (Continuación)

Autor/es	Participantes y método	Variables e Instrumentos	Resultados
Dirik y Karanci (2010)	AR N=117 Transversal Observacional	<ul style="list-style-type: none"> - Variables demográficas y relacionadas con la enfermedad. Arthritis impact measurement scale 2 (AIMS2). - Ansiedad y depresión. Hospital anxiety and depression scale (HADS). - Pérdida de recursos. Conservation of resources evaluation (COR-E) scale. - Estrategias de afrontamiento. Ways of coping inventory (WOC). - Apoyo social percibido. Multi-dimensional scale of perceived social support (MSPSS). - Autoeficacia en artritis. Arthritis self-efficacy scale (ASES). - Religión. Religiosity scale (RS). 	<ul style="list-style-type: none"> - El 58.1% de la muestra puntuó por encima de la puntuación de corte en la escala de ansiedad. - El 55.6% de los pacientes puntuaron por encima de la puntuación de corte en la escala de depresión. - Ser mujer, un afrontamiento impotente y la pérdida de recursos eran predictores significativos de la ansiedad. - La baja autoeficacia de la artritis y la pérdida de recursos eran predictores de la depresión.
Forhan y Backman (2010)	AR N=169 Transversal Observacional	<ul style="list-style-type: none"> - Equilibrio ocupacional en escala tipo Likert. - Ocupación diaria. Occupational Questionnaire. - Calidad de vida relacionada con la salud. SF-36 Health Survey. - Autoeficacia. Arthritis Self –Efficacy. - Limitación del trabajo percibida. Pregunta dicotómica. 	<ul style="list-style-type: none"> - El equilibrio ocupacional se ve alterado por la enfermedad crónica. - El 30% de los pacientes AR mostraban limitaciones de tiempo por la enfermedad. Estos pacientes empleaban más tiempo en el trabajo no remunerado, el auto-cuidado, el ocio y el descanso. - El dolor era el mejor predictor de la satisfacción con el desempeño. - La autoeficacia la actividad social y la salud general, eran los predictores más potentes del equilibrio del tiempo empleado. - Los que experimentaban buena salud general y la sensación de control sobre los síntomas de la AR, mostraban mejor satisfacción con el logro de ocupaciones. - La salud general era predictiva del equilibrio ocupacional en pacientes AR.

Tabla 1. (Continuación)

Autor/es	Participantes y método	Variables e Instrumentos	Resultados
Lok et al. (2010)	AR N=200	- Trastornos psiquiátricos. The Chinese-bilingual Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Patient Research Version (CB-SCID-I/P). - Dolor. Escala analógica visual. - Impacto de la enfermedad. Chinese Version of the Arthritis Impact Measurement Scales-2 (CAIMS2). - Apoyo social. Chinese Version of the Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS-C).	- Mayor frecuencia de comorbilidad con trastorno depresivo mayor y ansiedad generalizada. - La limitada interacción social, el poco apoyo social percibido, la intensidad de dolor alta y los antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos se asociaron a depresión. - La pobreza y la mala percepción de apoyo social se asociaron con un trastorno de ansiedad.
Picchianti-Diamanti et al. (2010)	AR temprana n=40 AR establecida n=20 Artritis Psoriásica temprana n=20 Controles sanos n=20 Longitudinal 2 años	- Medidas de la enfermedad: Índices de actividad de la enfermedad, marcadores biológicos. - Capacidad funcional. HAQ. - Salud general. SF-36.	- AR temprana, AR establecida y psoriasis temprana, en tratamiento con etanercept, peor calidad de vida que controles sanos. - AR establecida tenían peor capacidad funcional que los pacientes AR temprana. - AR temprana mayor deterioro que los pacientes con psoriasis temprana en limitaciones emocionales, dolor corporal y salud mental. - AR establecida mayor deterioro en áreas de funcionamiento social y físico, y peor percepción de salud general que los otros dos grupos de pacientes. - AR temprana y establecida peor percepción de salud general que psoriasis temprana.
Raterman et al. (2010)	AR establecida que comienzan tratamiento con adalimumab N=126 Longitudinal 1 año	- Capacidad laboral. Work Ability Index (WAI). - Índice de actividad de la enfermedad DAS28. - Calidad de vida en AR. RA-specific QoL instrument (RAQoL). - Fatiga. Checklist Individual Strength (CIS). - Need for Recovery scale (NFR). - Deterioro. European League Against Rheumatism (EULAR)	- Fuertes asociaciones entre actividad de la enfermedad y la calidad de vida, la fatiga relacionada con el trabajo y con la capacidad de trabajo. - Concluyen que la capacidad laboral debería ser una medida de resultado en los ensayos clínicos con fármacos antirreumáticos.
Van 't Land et al. (2010)	AR, artrosis y otras artritis T0 N=7076 T1 N=5618 T2 N=4796 Longitudinal 3 años	- Trastornos mentales. WHO Composite International Diagnostic Interview (CIDI version 1.1). - Variables sociodemográficas.	- Los trastornos depresivos no predicen el desarrollo de artritis, pero la artritis aumenta el riesgo de padecer trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad en cualquier momento de la enfermedad, de igual forma entre los pacientes con AR y con artrosis, teniendo más incidencia entre las personas con artritis con edades inferiores a 45 años (en comparación con personas de la misma edad sin artritis).

Tabla 1. (Continuación)

Autor/es	Participantes y método	Variables e Instrumentos	Resultados
Al Attia y Al Abbasi (2011)	AR establecida N=101 Otras artropatías N=82 Cualitativo	- Entrevistas. Preguntas estandarizadas sobre el impacto de la enfermedad en la salud y la vida cotidiana, en 6 dominios: dolor, rigidez, síntomas depresivos/ansiosos, fatiga, miedo a la medicación y miedo al futuro incapacitante. - Ansiedad y depresión. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). - Actividad de la enfermedad (DAS-28). - Discapacidad. HAQ. - Dolor y fatiga. EAV. - Estado de salud. EuroQoL health status (EQ-5D) - Calidad de vida. Medical Outcomes Short Form-36 [SF-36 physical component summary (PCS) and mental component summary (MCS)].	- El dolor era el síntoma prioritario para ambos grupos de pacientes, y más del 80% de los pacientes con AR establecida lo atribuía directamente a la enfermedad. - Entre los pacientes con AR la incapacidad funcional y el miedo a las deformidades estaban más presentes que los síntomas depresivos y la fatiga. - Entre los pacientes que tenían síntomas de depresión o ansiedad en la línea base, se observaron resultados significativos de menor remisión clínica, menor bajada de la actividad de la enfermedad y menor funcionamiento normal en el seguimiento a los dos años. - Los pacientes con depresión tenían medidas de inflamación y de actividad de la enfermedad significativamente peor (proteína C-reactiva, sedimentación de eritrocitos e índice de actividad de la enfermedad DAS28).
Kekow et al. (2011)	AR N=389 Longitudinal 2 años	- Apoyo marital beneficioso o perjudicial. Escala tipo Likert validada en AR. - Fatiga. Multidimensional Assessment of Fatigue scale. - Dolor. Escala numérica 11 puntos (0-10). - Limitación física. Disabilities of the Arm, Shoulder, and Hand (DASH). - Variables sociodemográficas y clínicas. - Salud general. Short Form 12 health survey. - Satisfacción con la relación. 7-item Relationship Assessment Scale.	- Apoyo social marital negativo cuando las parejas de pacientes AR subestiman la fatiga, o sobreestiman o subestiman las limitaciones físicas.

Tabla 1. (Continuación)

Autor/es	Participantes y método	Variables e Instrumentos	Resultados
Niedermann et al. (2011)	AR N=53 Educación convencional versus psicoeducativa. Pre- post Longitudinal	<ul style="list-style-type: none"> - Conductas de protección articular. Joint Protection Behaviour Assessment D-JPBA-S. - Estado psicológico. Arthritis Self-efficacy Scale (ASES-D), Hospital Anxiety and Depression Scale, German Version, (HADS-D). - Variables clínicas y DAS28. - Calidad de vida. EUROHIS-QUOL 8. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los programas psicoeducativos eran más eficaces que los educativos en AR para el aprendizaje de conductas adaptativas y el mantenimiento de resultados. - El programa psicoeducativo mejoró el dolor y la percepción de eficacia.
Norton et al. (2011)	AR N=784 Longitudinal 10 años	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad y depresión. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). - Variables sociodemográficas. - Actividad de la enfermedad y marcadores biológicos. - Dolor. Escala analógica visual. - Discapacidad funcional. HAQ. 	<ul style="list-style-type: none"> - Modelo de crecimiento mixto en malestar psicológico (ansiedad y depresión): bajo-estable (68%), alto-estable (12%), bajo-creciente (11%) y alto-decreciente (9%). - A los 3 años se produjeron la mayoría de los cambios en los pacientes (comenzaron AR recién diagnosticada). - El estado de la enfermedad mejoró en todos los pacientes de las 4 trayectorias, pero era mayor para aquellos que estaban en los grupos bajo-estable y alto-decreciente.
Campbell et al. (2012)	AR N=557 Transversal Observacional	<ul style="list-style-type: none"> - Fatiga. Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT-F) questionnaire. - Marcadores biológicos. - Discapacidad. HAQ - Dolor. Escala analógica visual. - Variables sociodemográficas. 	<ul style="list-style-type: none"> - La fatiga en la AR establecida no está influenciada específicamente por el tipo de tratamiento utilizado, pero se asocia con las articulaciones afectadas, el dolor y la discapacidad.
Delgado et al. (2012)	AR y espondilitis N=14 Pre-post intervención Estudio piloto	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor. Cuestionario de dolor de McGill. - Escala de "Preocupaciones y autoeficacia". 	<ul style="list-style-type: none"> - Los resultados mostraron que la intervención grupal en conciencia plena y valores humanos era eficaz para disminuir el componente valorativo del dolor, la percepción de intensidad del dolor actual y el número de puntos dolorosos. - Resultados poco sólidos por el pequeño tamaño de la muestra.

Tabla 1. (Continuación)

Autor/es	Participantes y método	Variables e Instrumentos	Resultados
Cáffvels et al. (2012)	AR temprana N=100 Transversal Observacional	- Situación social. Epidemiological Investigation on Rheumatoid Arthritis study (EIRA). - Ansiedad y depresión. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). - Sentido de coherencia. Sense of Coherence (SOC). - Estrategias de afrontamiento. General Coping Questionnaire. (GCQ). - Actividad de la enfermedad DAS28. - Discapacidad. HAQ. - Dolor. EAV.	- El 46% de la muestra tenía problemas psicosociales, y, de entre ellos, en un tercio los problemas psicosociales estaban directamente relacionados con la artritis reumatoide. - Muchos de los pacientes con problemas psicosociales tenían ansiedad, mostraban niveles bajos de sentido de coherencia, y utilizaban más estrategias de afrontamiento emocionales (resignación, quejas, intrusión y aislamiento) que orientadas al problema (minimización). Mayor depresión y mayores expectativas negativas de futuro. Mayor impacto negativo de la AR (en contraste con su capacidad funcional).
Mustafa et al. (2012)	AR temprana N=104 Observacional Transversal	- Funcionamiento físico. Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF-36). - Dolor. Short Form MPQ. - Rol Social: marital/ parental/laboral. - Sobrecarga de rol. Role Overload Scale (ROS).	- En pacientes con AR la sobrecarga de los múltiples papeles que desempeñan (marital, parental y laboral) puede influir negativamente en su estado de salud, ya que se relaciona negativamente con el funcionamiento físico.
Van Os et al. (2012)	AR N=230 Observacional Transversal	- Malestar emocional y optimismo. Depression, Anxiety and Positive Outlook Scale. - Percepciones de la enfermedad. Illness perceptions (IPQ-R). - Discapacidad. HAQ - Actividad de la enfermedad DAS28.	- El malestar emocional estaba relacionado con la capacidad funcional y la actividad de la enfermedad. - Percepciones de mayor sintomatología (identidad) y menor comprensión de la AR (coherencia) estaban relacionadas significativamente con mayor malestar emocional. - La comprensión de la AR (coherencia) estaba asociado a expectativas positivas.

Tabla 1. (Continuación)

Autor/es	Participantes y método	Variables e Instrumentos	Resultados
Alfaro et al. (2013)	Familiarees o cuidadores AR y espondilitis anquilosante. N=18	- Entrevista evaluando las alteraciones en la vida cotidiana, necesidad de apoyo del cuidador, repercusiones físicas y psicológicas sobre el cuidador, características del paciente y descripción de los cuidados.	- La carga de los cuidadores de pacientes AR aumenta con el transcurso de la enfermedad, cuando la enfermedad comienza a edades tempranas o de forma insidiosa, y se ve aliviado por el apoyo social que reciben los cuidadores. - la pareja y la dinámica se ve afectada por problemas socioeconómicos y tendencia a mayor aislamiento.
Costa y Pinto (2013)	Cualitativo AR N=55 Longitudinal 2 años	- Apoyo social. The Arthritis Impact Measurement Scale 2 (AIMS2). - Depresión y ansiedad. Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS). - Aceptación del dolor crónico. Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ).	- El apoyo social deficitario 1 año después del diagnóstico AR se relacionaba con depresión 2 años después del diagnóstico, y la aceptación estaba negativamente relacionada con la depresión (efecto amortiguador).
Tillmann et al. (2013)	AR N=637 Control N=496 Transversal Observacional	- Inteligencia emocional (Trait Emotional Intelligence Questionnaire, TEIQue). - Factor reumatoide positivo o negativo. - Factores de riesgo y retraso en diagnóstico AR.	- Diferencias significativas entre AR y controles sanos. - Pacientes AR: menos adaptables, peor manejo de estrés y emociones, menor sociabilidad, asertividad, impulsividad y peor autoestima. - Controles: Menor empatía y menores relaciones con otros. - Diferencias género: Hombres AR peor bienestar emocional. - Mayor riesgo depresión futura: factor reumatoide negativo, retraso en el diagnóstico AR y peor expresión emocional.
Benka, Nagyova, Rosenberger, Macejova et al. (2014)	AR establecida N=146 AR temprana N=102 Transversal Observacional	- Datos clínicos: marcadores biológicos y DAS28. - Incapacidad funcional. Groningen Activity Restriction Scale (GARS). - Personalidad: neuroticismo y extraversión. Eysenck's Personality Questionnaire revised short scale (EPQ-RSS). - Afrontamiento autoeficaz. Coping Self-Efficacy scale (CSE). - Ansiedad y estrés. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	- Correlaciones negativas entre afrontamiento eficaz y malestar psicológico. - Diferencias AR temprana/ establecida: Mayor ansiedad AR temprana. - Efecto moderador, en la ansiedad de la AR temprana, del afrontamiento eficaz. - Las variables de personalidad relacionadas con el malestar emocional.

Tabla 1. (Continuación)

Autor/es	Participantes y método	Variables e Instrumentos	Resultados
Gárfvels et al. (2014)	AR N=95 Longitudinal 2 años	<ul style="list-style-type: none"> - Experiencias negativas de la enfermedad y expectativas. Preguntas con alternativa respuesta. - Situación social. Epidemiological Investigation on Rheumatoid Arthritis study (EIRA). - Ansiedad y depresión. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). - Sentido de coherencia. 13-item Sense of Coherence (SOC). 	<ul style="list-style-type: none"> - Dividieron a los pacientes por problemas psicosociales en línea la base: sí (PPS) y no (NPPS). - El mayor factor predictivo para un fuerte impacto de la enfermedad eran puntuaciones altas de la escala de la depresión. - A los 2 años, los PSP tenían una situación de la vida más tensa, con puntuaciones más altas en ansiedad y depresión, y más bajas en sentido de coherencia. Los NPPS disminuyeron sus puntuaciones en ansiedad con el transcurso del tiempo, mejoraron sus estrategias de afrontamiento en cuanto a autoconfianza, revalorización cognitiva, queja e intrusión, pero se deterioraron en cuanto a enfoque del problema y confianza social. - Ambos grupos empeoraron en experimentar el impacto negativo de la enfermedad, a pesar de las mejorías clínicas.
Gignac et al. (2014)	AR y artrosis N=40 Observacional Transversal	<ul style="list-style-type: none"> - Variables sociodemográficas y clínicas. - Índice de actividad de la enfermedad (RADAI). - Estado de ánimo. The profile of mood states (POMS). - Fatiga. Fatigue subscale. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se encontraron similitudes entre hombres y mujeres en el equilibrio/desequilibrio entre trabajo, artritis y roles personales, en limitaciones en la actividad laboral, la fatiga y el número de modificaciones del entorno laboral. Ambos géneros consideraban el efecto positivo y motivador de trabajar con artritis. - Las mujeres mostraban mayor afectación cuando tenían hijos en casa y que hacer muchos cambios para mantener el trabajo. El rol laboral era más valorado cuando sentían mayor control laboral. - Los hombres expresaban mayor impacto cuando tenían menos capacidad de control laboral y de las horas de trabajo. El rol laboral era más valorado cuantas más articulaciones tuvieran afectadas por la artritis.
Lumley et al. (2014)	AR N=264 Pre-post intervención	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad de la enfermedad y actividad inflamatoria. - Dolor, discapacidad y ansiedad/depresión. Arthritis Impact Measurement Scales-2 (AIMS2). - Velocidad al caminar. 	<ul style="list-style-type: none"> - La intervención conjunta de terapia cognitivo-conductual y expresión emocional no aporta mayor beneficio que los resultados independientes. - La expresión emocional mejoraba ligeramente la actividad de la enfermedad y la discapacidad percibida. - La terapia cognitivo conductual reducía el dolor y algunos síntomas psicológicos, durando el efecto a lo largo del seguimiento.

Tabla 1. (Continuación)

Autor/es	Participantes y método	Variables e Instrumentos	Resultados
Östlund et al. (2014)	AR temprana N=48	- Entrevistas codificadas International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) participation codes.	- Los principales afectos suscitados en los pacientes AR temprana cuando tienen dificultades para desempeñar las actividades cotidianas eran: tristeza, desesperanza, enfado, vergüenza y miedo.
Palos y Vişcu (2014)	Cualitativo Descriptivo AR N=25 Controles sanos N=25 Observacional Transversal	- Ansiedad. Hamilton Anxiety Scale. - Pensamientos negativos automáticos. Automatic Thoughts Questionnaire. - Aceptación incondicional. Unconditional Self-Acceptance Questionnaire. - Calidad de vida y estado clínico. Entrevistas semiestructuradas.	- Los pacientes AR mostraban mayores niveles de ansiedad y pensamientos negativos automáticos, junto con una menor autoaceptación incondicional, en comparación a controles sanos.
Péntek et al. (2014)	AR N=77 Observacional Transversal	- Marcadores biológicos y DAS28. - Discapacidad. HAQ. - Salud física. EQ-5D-3L. - Variables sociodemográficas.	- La mayor parte de los pacientes consideraban que a partir de los 70 años era aceptable tener varios problemas de salud (42 % autocuidado, 34 % dolor/malestar, 33 % movilidad, 33 % actividades cotidianas y 27 % ansiedad/depresión), mientras que en edades de 30-40 años eran inaceptables. - Pérdida de determinadas "actividades cotidianas" era aceptable para el 50,6% de la muestra a partir de los 80 años.
Peter et al. (2014)	AR N=85 Control N=59 Observacional Transversal	- Variables sociodemográficas - Culpa y vergüenza. Experience of Shame Scale (ESS). Test of Self-Conscious Affect-3 (TOSCA). - Estado de salud. Dutch Arthritis Impact Measurement Scales 2 short form (AIMS2-SF). - Dolor. EAV. - Autoeficacia en artritis. Dutch version of the Arthritis Self-Efficacy Scale (ASES). - Regulación emocional y cognitiva. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). - Felicidad y satisfacción con la vida. Escala numérica 11 puntos.	- No se encontraron diferencias entre pacientes AR y controles en sentimientos de culpa y vergüenza. - Los sentimientos de culpa y vergüenza en la AR se asocian principalmente con características demográficas y psicosociales, y no con la severidad de la enfermedad física. - La propensión a la culpa sólo se asoció con el género femenino. - Peor funcionamiento social y el uso de estrategias de afrontamiento autocalpabilizadoras correlacionaron con vergüenza.

Tabla 1. (Continuación)

Autor/es	Participantes y método	Variables e Instrumentos	Resultados
Fallatah y Edge (2015)	Familiares AR N=7 Cualitativo Descriptivo	- Entrevista semiestructurada para evaluar el apoyo que necesitan los cuidadores y el impacto de la enfermedad en el núcleo familiar.	- La rutina familiar se altera con un miembro de la pareja con AR, las parejas deben alterar sus actividades y adaptarse a la nueva situación de enfermedad en la familia (tanto en ocio como en tareas del hogar y laborales). - Existen beneficios para el cónyuge que mejora su autoestima y valora más la salud.
Rathbun et al. (2015)	AR N=19001 Longitudinal	- Valoración del reumatólogo. Actividad de la enfermedad clinical disease activity index (CDAD) y DAS28. - Discapacidad. HAQ. - Dolor. EAV. - Depresión. Cuestionario con criterios DSM. - Variables sociodemográficas y médicas.	- Los datos sugieren que el inicio de los síntomas depresivos en los pacientes con AR se relaciona con el dolor, la capacidad funcional, el deterioro articular y la actividad global de la enfermedad, referidos por el paciente y con las medidas referidas por los profesionales. - Mayor correlación con la percepción del paciente.
Van Vilsteren et al. (2015)	AR N=100 Transversal Observacional	- Pérdida de productividad en el trabajo. 25- Item Work Limitations Questionnaire (WLQ). - Calidad de vida. RAND 36. - Índice actividad de la enfermedad DAS28. - Capacidad funcional. HAQ. - Dolor y fatiga. Escala analógica visual. - Comorbilidad otras enfermedades. Preguntas dicotómicas. - Apoyo social en el trabajo y demandas físicas laborales. Job Content Questionnaire (JCQ). - Inestabilidad laboral. RA Work Instability Scale (RA WIS). - Baja laboral por enfermedad. Productivity and Disease Questionnaire (Prodisq).	- La pérdida en la productividad en el trabajo se asoció con los trabajadores que tenían peor salud mental, más limitaciones físicas, aún en tratamiento con fármacos biológicos, no estaban satisfechos con su trabajo y tenían más inestabilidad laboral. - La pérdida de productividad laboral dependía de factores personales, laborales y clínicos. - Pérdida de productividad laboral asociada a peor calidad de vida.

2. APOYO SOCIAL: SU RELACIÓN CON LA SALUD Y LA ARTRITIS REUMATOIDE.

2.1. Definición de apoyo social.

La psicología ha experimentado un cambio desde finales de los años sesenta, ya que en la conducta humana, así como en la salud y la enfermedad, el interés tradicional por los fenómenos intrapsíquicos o exclusivos de la persona, ha evolucionado hacia un reconocimiento de la importancia de los sistemas sociales.

Dentro del contexto social, el apoyo social se refiere a transacciones e intercambios entre personas, siendo un concepto interactivo (Felton y Shinn, 1992).

Una definición integradora es la ofrecida por Lin y Ensel (1984), que definen el apoyo social como *provisiones instrumentales y/o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos* (citado en Barrón, 1996, pp. 22).

2.2. Tipos de apoyo social y evaluación.

En el concepto de apoyo social al menos deberían distinguirse tres aspectos (Barrón, 1996):

1. Niveles de análisis:

- *Comunitario*: Proporciona sensación de pertenencia e integración social.
- *Redes sociales*: Todos los contactos sociales que mantienen las personas, así como sus propiedades (densidad, tamaño, homogeneidad, etc.).

- *Relaciones íntimas:* Intercambios entre las personas dentro de las relaciones más íntimas, en las que la preocupación por el bienestar es compartido entre ambas partes, siendo una interacción recíproca, que es la que se relaciona en mayor medida con el bienestar y la salud.

2. *Perspectivas de estudio:*

- *Estructural:* Se refiere a todos los contactos que mantiene la persona. El apoyo social en términos del número de relaciones, la frecuencia, etc. Se estudia el tamaño de la red, la densidad, la reciprocidad y homogeneidad.

- *Funcional:* El interés son las funciones que cumplen las relaciones sociales, a nivel cualitativo. Las tres funciones principales son emocional (afectivo), instrumental (material o pragmático) e informacional (consejo). El apoyo social emocional es el que parece más importante en la enfermedad física para reducir el miedo, la rabia y los síntomas depresivos (Cutrona y Russell, 1990).

- *Contextual:* Se consideran los contextos ambientales y sociales en los que se lleva a cabo el apoyo social. Aspectos contextuales serían las características de los participantes, el momento en que se da el apoyo, la duración y la finalidad del apoyo.

3. *Aspectos objetivos y subjetivos:*

- *Recibido:* Sería el apoyo real, los recursos intercambiados y sus funciones.

- *Percibido:* Es la percepción que tiene el receptor del apoyo real.

Existen numerosos instrumentos de evaluación para medir el apoyo social. Se puede evaluar cualitativamente, en relación a sus características funcionales como la satisfacción con el mismo. La evaluación es claramente subjetiva, haciendo referencia a lo que percibe la persona del apoyo social que recibe (Barrón, 1996).

Habitualmente en la evaluación de los aspectos subjetivos del apoyo social, se miden conjuntamente grado de satisfacción con el apoyo y disponibilidad percibida, no obstante, son dos conceptos que no deben confundirse porque no guardan mucha relación entre sí. Las medidas de satisfacción con el apoyo son las que mejor captan el lado positivo o negativo de la interacción social, y, por tanto, la adecuación del apoyo, y, en lo que respecta a la persona, depende más de sus variables de personalidad. La disponibilidad percibida, sin embargo, se relaciona en mayor medida con habilidades sociales y la facilidad de la persona para percibir una red de apoyo (satisfactoria o no) (Sarason, Sarason y Pierce, 1990).

Los instrumentos de apoyo social suelen medir varios aspectos del constructo, integrando el apoyo real y subjetivo, la disponibilidad percibida, la función del apoyo social, emocional (relacionada con el cuidado, afecto e intimidad), instrumental (relacionada con la ayuda material) e informacional (relacionada con la orientación y el consejo), así como el grado de satisfacción con cada tipo de apoyo (Barrón, 1996).

En relación a la salud, el apoyo social percibido es el que muestra mayores relaciones:

Las medidas de apoyo social percibido se basan en la disponibilidad percibida de aquél en caso de necesitarlo, y son las que mayor relación guardan con la salud. Éstas se basan en primer lugar, en la idea de que lo que una persona cree sobre su red social es probable que sea un determinante importante de su estado

psicológico, independientemente de la condición real del sujeto, y, en segundo lugar en que el apoyo social debe ser percibido como tal para que sea efectivo (Heller y Lakey, 1985; citado en Barrón, 1996, pp.56).

Según Zyrianova et al. (2006) la adaptación a enfermedades crónicas con discapacidad como la AR, en la que se necesita la ayuda de terceras personas, depende en gran medida de la disponibilidad del apoyo social. Por otro lado, el grado de satisfacción con el apoyo social es el que está más relacionado con el bienestar del paciente (Doeglas et al., 2004).

2.3. Relación del apoyo social con la salud y la artritis reumatoide.

2.3.1. La importancia del apoyo social en la salud.

Las perspectivas actuales que consideran los trastornos psicosomáticos como fenómenos multifactoriales insisten en la importancia que juegan los fenómenos moduladores, mediadores y de riesgo respecto a la enfermedad física, entre ellos variables psicológicas, como las reacciones biológicas al estrés, las estrategias de afrontamiento, el apoyo social y los hábitos de conducta apropiados o inapropiados, como el ejercicio físico, la alimentación, el consumo tóxicos, etc. (Fernández, 1994). Los trabajos de Cassel (1976) y Cobb (1976) sobre las relaciones sociales como factor de protección en la salud, han sido un punto de partida en el creciente interés de los efectos del apoyo social y las redes sociales en la salud de las personas.

Según muestra la investigación, de todos los componentes que engloba el constructo apoyo social, los más relacionados con la salud son los intercambios con las relaciones íntimas, el tamaño de la red, la reciprocidad, la función de apoyo social

emocional y el apoyo social percibido. En las relaciones íntimas los intercambios son mutuos, existe preocupación por el bienestar del otro y, tradicionalmente, se han relacionado con el bienestar y la salud. El tamaño de la red se refiere al número de individuos con el que cuenta la persona para proporcionarle apoyo social, encontrándose relaciones positivas con la salud especialmente en las redes más grandes. La reciprocidad es el intercambio bidireccional entre los individuos, mostrando ser más beneficioso para la salud, que cuando sólo uno de los miembros inicia el contacto o está pendiente del otro sin recibir esa misma respuesta. La función de apoyo social emocional hace referencia, principalmente, a sentirse querido y escuchado, y afecta negativamente a las personas que no tienen este tipo de apoyo. Por último, el apoyo social percibido, que es el que se refiere exactamente al apoyo que la persona siente que recibe de su entorno, en las investigaciones es el que más relación tiene con la salud, ya que es el reflejo del apoyo que realmente vive la persona (Barrón, 1996).

House, Landis y Umberson (1988) en su artículo “Social relationships and health”, ponen de manifiesto que los individuos con mayor aislamiento y menor integración social, tienen menos salud, tanto física como psicológica, y mayores posibilidades de fallecer (por suicidio, entre otros motivos, que es más frecuente en personas que cuentan con poco apoyo social). Así mismo, el bajo apoyo social, en el ámbito de la salud física, ha sido comparado a factores de riesgo tradicionales como la obesidad, hipertensión, sedentarismo, tabaquismo e hipercolesterolemia (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles y Glaser, 2002).

El apoyo social amortigua los efectos adversos de la enfermedad crónica en muy diferentes patologías; aunque los resultados no sean concluyentes, hay bastantes datos que apoyan la idea de que las personas que tienen buenas redes de apoyo social son algo menos proclives a desarrollar este tipo de enfermedades, más capaces de adaptarse

correctamente a la enfermedad crónica, y tienen un mayor incremento en su calidad de vida (Cohen y Syme, 1985). Uno de los trabajos más interesante a estos efectos es el de Spiegel, Kraemer, Bloom y Gottheil (1989), cuyos resultados demuestran que pacientes oncológicos tratados mediante psicoterapia de apoyo en grupo vivieron el doble que los pacientes del grupo control. Investigaciones más recientes en psicooncología, sugieren que el apoyo social es más efectivo en cáncer de mejor pronóstico y como ayuda para mantener conductas saludables en pacientes que lo han superado (Tay, Tan, Diener y González, 2012). En esta misma línea, Trunzo y Pinto (2003) encontraron que el apoyo social emocional era el más importante en pacientes oncológicos. Parece que el apoyo social protege contra el estrés generado por la enfermedad y capacita al paciente para reevaluar la situación y adaptarse mejor a ella, ayudándole a desarrollar respuestas de afrontamiento efectivas o a crear un estado emocional positivo (Fernández, 1994).

Parece que existe un acuerdo general sobre la relevancia del apoyo social, tanto percibido como objetivo, en la instalación, mantenimiento y/o cambio de conductas de salud, saludables o insalubres, preventivas, promotoras o de pura respuesta a la enfermedad, influyendo, por tanto, en el curso y pronóstico de enfermedades. El apoyo social también mejora la adherencia a los tratamientos médicos. La falta de apoyo social parece que ha llegado a ser un problema de salud en muchas sociedades occidentales. Por eso los científicos de la conducta están cada vez más interesados en el apoyo social como vehículo de promoción de la salud (Waltz y Bandura, 1990). De hecho, recientemente Umberson y Montez (2010) analizan las necesidad de valorar las relaciones sociales dentro de las políticas sanitarias debido al creciente conocimiento del efecto positivo que la integración social ejerce sobre la salud, y el efecto negativo del aislamiento social y la mala calidad de las relaciones sociales en muchas enfermedades como las coronarias, autoinmunes, etc. El apoyo social a través de sus

vínculos facilita las conductas de salud e influye en el estado de ánimo. Los autores sugieren que debido a las estructuras de las sociedades actuales, con familias pequeñas, divorcios, mayor envejecimiento, etc., debería ser objeto de las políticas sanitarias facilitar y promover las relaciones sociales comunitarias.

Respecto al impacto del estrés, el apoyo social es también una variable ambiental moduladora. La investigación sobre acontecimientos vitales en el desarrollo de las enfermedades puso de relieve la necesidad de introducir variables moduladoras entre ambos factores. Entre estas variables una de las más importantes es el apoyo social. Los recursos sociales, en el momento de experimentar una situación estresante, podrían reducir los efectos nocivos de la misma y ayudar a establecer un propósito vital, es lo que se conoce como el modelo de amortiguación (Barra, 2004; Barrón, 1996; Cohen, 2004; Dean y Lin, 1977; Thoits, 1982; Sarason y Sarason, 1986; Wallston, Alagna, De Vellis y De Vellis, 1983). Otros autores proponen la teoría del efecto directo del apoyo social que tiene efectos sobre la salud, con independencia de la existencia o no de estresores (Schaefer, Coyne y Lazarus, 1981).

Parece que son muchas las vías por las que el apoyo social parece reducir el impacto negativo del estrés en las personas. A nivel fisiológico, Uchino, Cacioppo y Kiecolt-Glaser (1996) encontraron que tener más apoyo social estaba asociado a una mejor respuesta inmune y menores niveles de frecuencia cardíaca, catecolaminas y presión arterial. A nivel psicológico, el apoyo social podría favorecer la flexibilidad cognitiva, al tener aportes de más personas, y la seguridad y confianza para enfrentarse a los estresores de forma más satisfactoria. Así como, el apoyo social positivo favorece los estados de ánimo positivos.

Es importante tener en consideración que, aunque en la mayoría de las ocasiones el apoyo social es un factor de protección para la salud, en función del entorno social de donde provenga, el apoyo social también puede promover conductas de riesgo (como podemos observar sobre todo entre adolescentes) o ejercer una influencia negativa en la salud física y mental por ser inapropiado (como en familias conflictivas, etc.). De hecho, en el estudio de Coty y Wallston (2010) el bienestar subjetivo de mujeres con AR se relacionaba con la percepción del funcionamiento familiar y el apoyo social recibido, más que con el dolor y la fatiga. Otros autores como Kasle, Wilhelm, y Zautra (2008), Manne y Zautra (1989), Revenson, Schiaffino, Majerovitz y Gibofsky (1991) y Riemsma et al. (2000), han enfatizado también el efecto negativo de determinado apoyo social.

2.3.2. El apoyo social percibido y su relación con la artritis reumatoide.

En concreto, refiriéndonos a la artritis reumatoide se ha constatado que los pacientes que reciben un notable apoyo social de los familiares y amigos, pero en especial de sus cónyuges, tienen mejor pronóstico y menor discapacidad (Fitzpatrick et al., 1991; Kraaimaat et al., 1995), como ya hemos mencionado en el primer capítulo. Algunas manifestaciones clínicas, como el dolor o el cansancio, son más frecuentes en las personas que no cuentan con apoyo social (Riemsma et al., 1998).

Al tratarse de una enfermedad que cursa con dolor crónico y tendencia a la limitación en la capacidad funcional, no es extraño presuponer que en estos pacientes puede existir progresivamente una disminución de vínculos sociales, especialmente por la restricción en la participación en actividades sociolaborales, junto con la paradójica

creciente necesidad de ayuda de terceras personas para las actividades en las que tienen dificultades físicas. De ahí que se haya considerado el apoyo social como una variable relevante para este tipo de pacientes.

Según Evers et al. (1997), los pacientes artríticos activaban el apego o la búsqueda de apoyo social, especialmente en los momentos más activos de la enfermedad, que es cuando más se veía afectada su autoestima, se debilitaba su capacidad para afrontar la enfermedad y es cuando sentían mayor angustia y malestar psicológico, como también apuntan Karantzas y Cole (2011). De ahí la importancia, en estas enfermedades crónicas musculoesqueléticas, de que los pacientes sientan el apoyo social que necesitan en recidivas del cuadro reumático. Sin embargo, estudios recientes indican que la soledad es más prevalente en enfermedades reumáticas, tanto si se compara con población general como con otras enfermedades crónicas. Explicaciones de esta soledad y aislamiento social pueden ser que el malestar provocado por la enfermedad induzca depresión y, esta a su vez, aislamiento; o que haya cierto rechazo social a las personas enfermas, en parte porque no proporcionan relaciones recíprocas (aparentemente reciben más de lo que ofrecen) (Kool y Geenen, 2012).

Minnock, Fitzgerald y Bresnihan (2003) evaluaron a pacientes con AR, para determinar las relaciones entre calidad de vida, conocimiento de la AR/tratamiento y apoyo social percibido, junto con las relaciones existentes entre estas variables y el conocimiento acerca de la enfermedad/tratamiento que tenían sus cuidadores principales. El objetivo del estudio era determinar el apoyo social/familiar de los pacientes, y si en la calidad del apoyo influía el conocimiento acerca de la enfermedad y su tratamiento. Tanto los pacientes como los cuidadores principales mostraron conocimiento limitado de la enfermedad y su tratamiento, no obstante, el limitado conocimiento de los pacientes no afectaba a la calidad de vida percibida. Los resultados

indicaron relaciones significativas entre los niveles de apoyo social percibido y las subescalas de calidad de vida de actividad social y afecto. La mayoría de los pacientes del estudio reportaron altos niveles de satisfacción con el apoyo social y familiar recibido, confirmando en parte la hipótesis de que el apoyo social familiar influye en la calidad de vida percibida de los pacientes AR, ya que varias medidas de la calidad de vida se relacionaban con el apoyo social.

Reese, Somers, Keefe, Mosley-Williams y Lumley (2010) realizaron una investigación con pacientes con AR para determinar, en función del estado civil, la relación entre ajuste marital, dolor e incapacidad física y malestar emocional. Plantean la investigación desde el conocimiento existente acerca de los beneficios para la salud del apoyo social, concretamente del apoyo familiar de la pareja. Hicieron tres grupos de comparación: pacientes AR casados sin malestar emocional, pacientes AR casados con malestar emocional y pacientes AR solteros. El interés del estudio no era sólo comparar pacientes casados con solteros, si no establecer las diferencias entre pacientes casados con buen y mal ajuste marital. La AR afecta a la dinámica de la pareja, y de la adaptación de los cónyuges a la nueva situación de enfermedad crónica depende que la interacción entre ambos tenga efectos positivos o negativos en los dos. En investigaciones previas se han encontrado relaciones positivas con la salud de los pacientes AR con buen ajuste marital, así como mayor dolor y discapacidad cuando la pareja no proporciona al paciente el apoyo social (emocional o instrumental) que necesita o entre pacientes sin pareja (eg., Coombs, 1999; Verbrugge, Gates y Ike, 1991; Ward y Leigh, 1993). Los resultados indicaron que los pacientes con matrimonios con mejor ajuste marital tenían menos malestar psicológico y dolor. Los pacientes solteros y con peor ajuste marital obtenían resultados similares entre ellos. En conclusión, tener o no pareja no es lo que marcaba la diferencia en los pacientes con AR, ya que sólo el

buen ajuste de marital tenía efectos beneficiosos para la salud de estos pacientes. Resultados similares, en pacientes con AR, son los de la investigación de Lehman et al. (2011) acerca de las percepciones de pacientes AR y sus cónyuges sobre la enfermedad (fatiga, dolor y limitación funcional), donde encontraron que el apoyo social marital era beneficioso cuando se ajustaba a las necesidades del paciente. El apoyo marital conflictivo, que estaba presente en aproximadamente un tercio de los cónyuges, se encontró entre los esposos que subestimaban la limitación física, y entre aquellos que subestimaban o sobreestimaban el dolor, la fatiga y la capacidad funcional del paciente con AR. La empatía ha sido conceptualizada por algunos autores como una estrategia de afrontamiento centrada en la relación que se asocia a la reducción del estrés y a buenos resultados de salud (O'Brien, DeLongis, Pomaki, Puterman y Zwicker, 2009). No obstante, se requiere mayor investigación en el apoyo social familiar y de pareja entre colectivos de pacientes con enfermedades crónicas como la AR.

Ramos et al. (2014) evaluaron las percepciones de la calidad de vida de los pacientes con enfermedades reumáticas (AR, lupus sistémico eritematoso y espondilitis anquilosante) y las percepciones que tenían de su calidad de vida sus familiares, para establecer si existían diferentes percepciones. Las mayores diferencias en la percepción de la calidad de vida de los pacientes, en función de si la percepción provenía de pacientes o familiares, se encontraron entre el grupo de AR. Estos resultados son importantes porque la calidad del apoyo social dependerá en gran medida de la correcta valoración del estado de salud del paciente por parte de los proveedores. Alrededor de la mitad de los familiares de los pacientes con AR subestimaban el funcionamiento y discapacidad del paciente, considerando la medida global de actividad. Entre los pacientes con AR, 8 de cada 10 familiares subestimaban o sobreestimaban los componentes cognitivo (conocimiento y comunicación) y social (interacción con otras personas y

participación social). Otro estudio que encuentra resultados similares al estudio de Lehman et al. (2011).

No obstante, en este contexto de la interacción social y el apoyo social de familiares de pacientes con AR, es importante tener en cuenta también las necesidades de los familiares en cuanto a su propio apoyo. Como ya señalamos en el capítulo de la artritis reumatoide, la experiencia de enfermedad AR en el núcleo familiar puede favorecer emociones positivas entre parejas y familiares. Pero, aun así, es necesario considerar que los familiares de estos pacientes también se ven implicados en el cambio de la dinámica debido a las características de la enfermedad, y que de su bienestar también depende el bienestar del paciente. En el estudio cualitativo de Fallatah y Edge (2015) se resaltó la necesidad del apoyo que necesitaban los familiares de pacientes con AR, especialmente a nivel informacional por parte de los servicios médicos, ya que estos familiares experimentaban con frecuencia emociones negativas como la frustración, en parte por el desconocimiento, que redundaba en el apoyo que ofrecían a los pacientes, y en última instancia en la percepción de apoyo social, positivo o negativo, que tendrán sus familiares con AR. Es probable que desde el contexto médico deba prestarse más atención a los proveedores directos de apoyo social de los pacientes con AR, ya que la correcta información acerca del estado real del paciente, las características de esta enfermedad crónica y su tratamiento, redundan en mayor empatía por parte de los familiares, facilitando el apoyo adecuado y mejorando el apoyo social percibido por los pacientes AR.

Respecto al efecto amortiguador del apoyo social, Doeglas et al. (2004) realizaron un estudio longitudinal en pacientes con AR temprana evaluando síntomas depresivos, capacidad funcional y apoyo social, para posteriormente evaluar el efecto amortiguador del apoyo social en el estrés. El estudio formaba parte del proyecto

Investigación Europea de enfermedades discapacitantes y Apoyo Social (EURIDISS). Los resultados del estudio indicaron que existían muchas variaciones en la capacidad funcional de los pacientes con AR temprana a lo largo del periodo de evaluación, siendo la capacidad funcional inicial un predictor del deterioro o mejoría de los pacientes. La satisfacción con el apoyo social no mostró variaciones significativas a lo largo del proceso, al igual que los síntomas depresivos que fueron bajos y estables. El nivel de depresión estaba relacionado de forma moderada con la capacidad funcional, los pacientes con menos limitaciones en su capacidad mostraban menos síntomas depresivos. No obstante, tanto los pacientes que se deterioraban como los que mejoraban, mostraban en algún punto del proceso carga emocional por síntomas depresivos, demostrando la no relación directa entre capacidad funcional y depresión. En este estudio, sin embargo, el efecto amortiguador del apoyo social no pudo confirmarse. Una explicación probable podría ser el buen nivel de satisfacción con el apoyo social que tenía la muestra y los síntomas depresivos tan bajos.

Strating et al. (2006), en su investigación prospectiva de 13 años con pacientes con AR, trataron de establecer las relaciones existentes entre factores directamente relacionados con la enfermedad (sensibilidad de las articulaciones, dolor e incapacidad funcional), apoyo social y malestar psicológico. La finalidad era conocer en qué medida los factores relacionados con la enfermedad y el apoyo social podían predecir el malestar psicológico (ansiedad y depresión) a corto plazo (menos de 6 años de evolución) y largo plazo (más de 13 años). El malestar psicológico inicial fue el mejor predictor del malestar tanto a corto como a largo plazo, por tanto, los pacientes que mostraban mayor malestar emocional en las primeras fases de la enfermedad tenían más riesgo de malestar crónico. Los factores asociados a la enfermedad determinaban malestar psicológico en mayor medida en los primeros años de la enfermedad. El

malestar relacionado con la actividad de la enfermedad disminuía a lo largo del tiempo, sugiriendo una adaptación de los pacientes a la enfermedad, coherente con investigaciones previas que apoyan la capacidad de adaptación de los pacientes a las enfermedades crónicas como la AR. La satisfacción con el apoyo social se relacionó con menor malestar emocional. En el modelo de regresión, los factores relacionados con la enfermedad y el apoyo social no explicaron el malestar psicológico mejor que el malestar inicial de los pacientes. No obstante, en pacientes con AR de poca duración se encontró efecto amortiguador del apoyo social, ya que aquellos que tenían mejores niveles de apoyo experimentaban menos malestar que aquellos que tenían peor apoyo social. Que no se encontrara el mismo efecto en pacientes con AR de más duración podría explicarse porque, al disminuir el malestar emocional a lo largo del tiempo, es probable que no necesiten tanto el apoyo social para amortiguar el impacto de la enfermedad.

Dirik y Karanci (2010) evaluaron a pacientes con AR en el marco del modelo de conservación de los recursos de Hobfoll (1988), considerando el apoyo social percibido como uno de los recursos claves para manejar el estrés. Los resultados encontraron relación negativa entre el apoyo social percibido y los síntomas ansiosos y depresivos.

Edwards et al. (2010) evaluaron factores moderadores de la catastrofización del dolor en pacientes con AR. La investigación se realizó en base a investigaciones previas que resaltaban el papel del nivel educativo y el apoyo social como factores protectores contra la catastrofización (Holtzman y DeLongis, 2007; Lackner y Gurtman, 2004). Debido a que la catastrofización, que es un proceso cognitivo y emocional negativo que focaliza y magnifica las experiencias displacenteras, acentúa la percepción del dolor influyendo de manera considerable en la experiencia dolorosa, muchas investigaciones centran su interés actualmente en aquellos factores que puedan minimizar su impacto.

El estudio evaluó a los pacientes en catastrofización, dolor, malestar psicológico, variables directamente relacionadas con la enfermedad (funcionamiento físico, índice de actividad de la enfermedad, marcadores serológicos y radiológicos), variables sociodemográficas y funcionamiento social. La catastrofización se relacionó positivamente con el malestar psicológico, la intensidad de dolor y la disfunción física entre pacientes con artritis reumatoide. Los resultados indicaron que el nivel educativo y el funcionamiento social eran las variables moderadoras del impacto de la catastrofización. La catastrofización y el funcionamiento social explicaron el 31% de la varianza del malestar psicológico y el 24% de la varianza del dolor. En conclusión, entre pacientes con AR que reportaron un funcionamiento social por encima de la media, y entre pacientes con AR con una educación universitaria, se observaron sólo ligeras relaciones entre la catastrofización y el dolor y malestar psicológico, mientras que estas asociaciones eran considerablemente más grandes entre pacientes con niveles inferiores de educación o funcionamiento social.

Benka et al. (2012) en su estudio prospectivo de 4 años con pacientes con AR temprana, evaluaron a los pacientes en malestar psicológico, apoyo social y variables relacionadas con la enfermedad (sensibilidad de las articulaciones, marcadores serológicos y capacidad funcional). El primer objetivo era establecer el curso del malestar psicológico y sus asociaciones con las variables relacionadas con la enfermedad, y el segundo objetivo estaba centrado en la relación entre apoyo social y malestar psicológico en estos pacientes con AR temprana. A lo largo de los 4 puntos temporales de recogida de información, el malestar psicológico se mantuvo bastante estable; el dolor, la incapacidad funcional y la sedimentación de eritrocitos no mostraron diferencias significativas; la sensibilidad de las articulaciones mostró una tendencia a disminuir; y el apoyo social mostró una tendencia a aumentar. El análisis

mostró que el malestar psicológico experimentado al principio del estudio era el predictor más fuerte del malestar psicológico cuatro años después. Aunque se encontraron asociaciones transversales significativas entre la incapacidad funcional, la sensibilidad de las articulaciones, el dolor, el apoyo social emocional, el apoyo social instrumental y el malestar psicológico, al controlar determinadas variables, sólo el malestar psicológico inicial y el apoyo social emocional mantuvieron una relación significativa con el malestar psicológico. El modelo de regresión final, en el que la incapacidad funcional, el dolor, el apoyo social emocional y el malestar psicológico inicial fueron variables significativas, explicaba el 36% de la varianza del malestar psicológico. Por último, mayor apoyo emocional y menor dolor eran las únicas variables independientemente asociadas con menores niveles de malestar psicológico después de controlar las variables relevantes.

Harris, Loxton, Sibbritt y Byles (2012) evaluaron a 10509 mujeres australianas con artritis para establecer la influencia relativa de factores psicosociales en el diagnóstico de la enfermedad (AR y artrosis principalmente). Se evaluó a las participantes mediante autoinformes de artritis, estrés percibido, apoyo social, optimismo, variables sociodemográficas, factores de riesgo (consumo alcohol, tabaco, menopausia, índice de masa corporal) y calidad de vida percibida. En análisis univariado, las mujeres con menor disponibilidad del apoyo social tenían más probabilidades de reportar artritis. Concretamente, las mujeres con poco o ningún apoyo social tenían 1,5 veces más probabilidades de reportar un diagnóstico de artritis. No obstante, en análisis multivariado, aunque el apoyo social percibido, el enfoque de vida positivo y tener un miembro de la familia/amigo íntimo con una enfermedad grave se mantenían en el modelo final, tener un trastorno de ansiedad era el único factor psicosocial estadísticamente significativo relacionado con la artritis. En la investigación

posterior realizada por estos mismos autores, Harris, Loxton, Sibbritt y Byles (2013), las personas que no habían tenido relación de pareja tenían el mismo riesgo de reportar artritis que las personas con estrés crónico percibido bajo. El apoyo social o disponer de formas funcionales de apoyo social tampoco mostraron efecto para reducir el impacto negativo al estrés percibido desde el comienzo de la artritis. Sin embargo, otros estudios como el de Strating et al. (2006) mostraron que un mayor apoyo social se asociaba con un mejor funcionamiento mental y afrontamiento de la enfermedad en los pacientes que habían sido diagnosticados con artritis.

Costa y Pinto (2013) como parte de su estudio longitudinal con el objetivo de determinar el mantenimiento de estados emocionales negativos durante los dos primeros años de progreso de la AR, evaluaron a los pacientes en aceptación del dolor, depresión y apoyo social con la finalidad de los siguientes objetivos: 1) examinar las asociaciones entre el déficit de apoyo social (1 año después del diagnóstico de la AR), con aceptación y síntomas depresivos (reportados 2 años después de la AR), y 2) el efecto moderador de la aceptación en la relación entre los déficits de apoyo social (al año) y la depresión (a los 2 años). Los resultados indicaron que los pacientes AR con niveles altos de déficits de apoyo social al año del diagnóstico reportaban síntomas depresivos elevados dos años después (existía correlación positiva entre ambos). La aceptación del dolor se relacionó negativamente con depresión y déficits de apoyo social. Los déficits de apoyo social junto con baja aceptación del dolor predecían puntuaciones muy altas en depresión. Esta investigación también confirmó el efecto moderador de la aceptación del dolor entre los déficits de apoyo social al año y la depresión dos años después. En esta investigación se obtuvieron resultados comparables a la de Evers et al. (1997) donde encontraron que, longitudinalmente, el género, el dolor, la capacidad funcional, el impacto de la enfermedad en la vida cotidiana, los acontecimientos vitales y el apoyo

social percibido estaban relacionados con el malestar psicológico (ansiedad y depresión) justo después del diagnóstico, y que las estrategias de afrontamiento se relacionaban con los niveles de ansiedad un año después del diagnóstico. Estos autores también señalaron la importancia de los recursos sociales, el apoyo social y las estrategias de afrontamiento en esta enfermedad.

Gåfvæls et al. (2014) evaluaron a pacientes con AR para establecer factores predictivos de malestar psicológico y social dos años después del diagnóstico. Para los análisis dividieron a los pacientes en función de la presencia o no de problemas psicosociales. Los problemas psicosociales se clasificaron como: a) reacciones psicológicas extremadamente negativas o inadecuadas a la enfermedad; existencia de b) condiciones de vida social y/o psicológica difícil sin relación directa con la AR; o c) condiciones sociales y/o psicosociales complicadas, difíciles de combinar con la adaptación a la AR. El apoyo social se midió con preguntas referentes al apoyo de compañeros de trabajo y de personas fuera del ambiente familiar y laboral del paciente. El bajo apoyo social, especialmente de compañeros de trabajo, estaba asociado con mayor actividad de la enfermedad reportada por el paciente a los dos años del diagnóstico, y fue más frecuente entre los pacientes con AR con problemas psicosociales que entre los que no tenían problemas psicosociales, y, en contraste con la actividad de la enfermedad reportada por los reumatólogos que no difería entre ambos grupos. Estos resultados son similares a los de Evers, Kraaimaat, Geenen, Jacobs y Bijlsma (2003a) que encontraron ese mismo aumento de la actividad de la enfermedad a los 3 años del diagnóstico en pacientes AR con menor apoyo social. En su investigación anterior, estos mismos autores, Gåfvæls et al. (2012), encontraron que el 46% de la muestra analizada de pacientes con AR temprana tenía problemas psicosociales, relacionados o no con la AR. Los autores consideran importante evaluar a los pacientes

en problemas psicosociales en el momento del diagnóstico debido, en parte, al conocimiento existente acerca de que un bajo apoyo social en el momento del diagnóstico predice un peor ajuste emocional a la enfermedad junto con dolor y discapacidad (Curtis, Groarke, Coughlan y Gsel, 2004; Evers et al., 2003a). Entre esos pacientes, comparados con pacientes sin problemas psicosociales, se observaba mayor tensión social, especialmente relacionada con la situación económica y con el apoyo social. De hecho, entre los pacientes con problemas psicosociales había más porcentaje de solteros, divorciados o viudos. Estos pacientes mostraban más síntomas ansiosos y depresivos, mayor dolor e impacto de la enfermedad, aun cuando las medidas de capacidad funcional (evaluadas a través del HAQ) no diferían entre ambos grupos.

Benka, Nagyova, Rosenberger, Calfova et al. (2014) en su estudio longitudinal de 4 años evaluaron a pacientes con AR temprana en sintomatología depresiva y variables relacionadas con la enfermedad (sedimentación de eritrocitos, articulaciones sensibles e incapacidad funcional), para tratar de establecer el efecto moderador del apoyo social en los síntomas depresivos. Los autores se basaban en investigaciones previas que resaltaban el papel beneficioso del apoyo social en la salud, y en estudios como el de Dickens (2003) que sugerían que, en los pacientes con AR, la falta de apoyo social y el estrés social favorecían los síntomas depresivos. Aunque en varias investigaciones se han encontrado efectos directos del apoyo social en AR, efectos de su papel amortiguador del estrés no se evidencian de forma tan clara a lo largo de los estudios. Los resultados indicaron que el mejor predictor de síntomas depresivos a los cuatro años eran los síntomas depresivos iniciales. Los pacientes con bajo apoyo social y alta incapacidad mostraban más sentimientos depresivos a lo largo del proceso. El apoyo social instrumental no ofrece resultados significativos. De forma longitudinal, los resultados indicaron que el apoyo social emocional era una variable moderadora del

impacto negativo de la incapacidad funcional en los síntomas depresivos en pacientes con AR.

2.4. Conclusiones acerca del apoyo social disponible y el apoyo social percibido en pacientes con artritis reumatoide.

De todo lo expuesto anteriormente, podemos concluir que tanto el apoyo social como el apoyo social percibido juegan un papel importante en el bienestar físico y emocional de los pacientes con AR. Tanto si la explicación del efecto del apoyo social es debido a su relación directa con la salud, o a su relación indirecta como variable moduladora, la mayoría de los estudios coinciden en resaltar la relación entre apoyo social percibido positivo (disponibilidad percibida y satisfacción con el mismo) y mejores estados de salud psíquica y física en los pacientes con AR.

El apoyo social, así mismo, no sólo influye en la salud mediante las emociones suscitadas por sentir o no apoyo emocional, instrumental, informacional, o por favorecer/deteriorar conductas de autocuidado y saludables, sino que es considerado per se una estrategia de afrontamiento al estrés y al dolor, que en situaciones de enfermedad crónica puede tener gran utilidad para los pacientes.

Como hemos mencionado al principio del capítulo, para que el apoyo social sea efectivo, debe ser percibido como positivo y generar satisfacción a los pacientes. De ello dependerá el bienestar directo por la satisfacción con el apoyo y la utilización de la búsqueda de apoyo social como estrategia de afrontamiento al estrés general o al dolor, en particular. En este punto, no sólo entran en juego características de los pacientes, sino que también depende en gran medida del tipo de apoyo que ofrezca su contexto social y las personas relevantes. Como hemos observado en varias investigaciones, la

calidad de este apoyo se ve influenciada por múltiples variables, entre la que podemos destacar el conocimiento del estado físico del paciente AR, que tiene implicación directa en que el apoyo social proporcionado se ajuste a las necesidades y sea efectivo. Se requiere más investigación que implique a personas significativas del entorno directo del paciente AR y se sugiere que desde el contexto médico se tenga más en cuenta la participación en el proceso de tratamiento de los proveedores más directos del apoyo social. Esta práctica, habitual en el contexto de salud mental, no implica un gasto de recursos excesivo y puede favorecer al paciente, mejorando la empatía de sus proveedores directos y, por tanto, la satisfacción del apoyo social percibido, con sus implicaciones para la salud emocional y física del paciente.

Tabla 2. Estudios recientes artritis reumatoide y apoyo social percibido (años 2010-2015)

Autor/es	Participantes y método	Variables e Instrumentos	Resultados
Coty y Wallston (2010)	AR N=73 Mujeres	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo social problemático. Negative social support scale. - Falta de apoyo social emocional. Strong Ties Measure of Social Support Scale. - Funcionamiento familiar. Family Relationship Index (FRI). - Bienestar emocional. Satisfaction with Life Scale (SWLS). Negative Affect subscale of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). - Índice de gravedad de la enfermedad. Pain Scale from the Arthritis Impact Measurement Scales (A.I.M.S.) 	<ul style="list-style-type: none"> - El bienestar subjetivo de mujeres con AR se relaciona con la percepción del funcionamiento familiar y el apoyo social recibido, más que con el dolor y la fatiga.
Dirik y Karanci (2010)	AR N=117	<ul style="list-style-type: none"> - Variables demográficas y relacionadas con la enfermedad. Arthritis impact measurement scale 2 (AIMS2). - Ansiedad y depresión. Hospital anxiety and depression scale (HADS). - Pérdida de recursos. Conservation of resources evaluation (COR-E) scale. - Estrategias de afrontamiento. Ways of coping inventory (WOC). - Apoyo social percibido. Multi-dimensional scale of perceived social support (MSPSS). - Autoeficacia en artritis. Arthritis self-efficacy scale (ASES). - Religión. Religiosity scale (RS). 	<ul style="list-style-type: none"> - Relación negativa entre el apoyo social percibido y los síntomas ansiosos y depresivos.

Tabla 2. (Continuación)

Autor/es	Participantes y método	Variables e Instrumentos	Resultados
Edwards et al. (2010)	AR N=185 Transversal Observacional	<ul style="list-style-type: none"> - Variables relacionadas con la enfermedad. Duración, DAS28, proteína C reactiva, factor reumatoide y daño radiográfico. - Catastrofización. Pain Catastrophizing Scale (PCS). - Salud general: dolor, funcionamiento físico y social. Short Form 36 (SF-36). 	<ul style="list-style-type: none"> - Los resultados indicaron que el nivel educativo y el funcionamiento social son las variables moderadoras del impacto de la catastrofización. - La catastrofización y el funcionamiento social explicaron el 31% de la varianza del malestar psicológico y el 24% de la varianza del dolor.
Reese et al. (2010)	AR N= 255 Transversal Observacional	<ul style="list-style-type: none"> - Ajuste marital. Locke-Wallace Marital Adjustment Scale. - Grado de la actividad de la enfermedad reportada por los reumatólogos. Escala analógica visual. - Dolor. McGill Pain Questionnaire. - Discapacidad física y psicológica. Arthritis Impact Measurement Scales-2 (AIMS2) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hicieron tres grupos de comparación: pacientes AR casados sin malestar emocional, pacientes AR casados con malestar emocional y pacientes AR solteros. - Los pacientes con matrimonios con mejor ajuste marital tenían menos malestar psicológico y dolor. - Los pacientes solteros y con peor ajuste marital obtenían resultados similares. - La diferencia no está marcada por tener o no pareja, sino por la calidad de la relación.
Lehman et al. (2011)	AR N=222 parejas Transversal Observacional	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo marital beneficioso o perjudicial. Escala tipo Likert validada en AR. - Fatiga. Multidimensional Assessment of Fatigue scale. - Dolor. Escala numérica 11 puntos (0-10). - Limitación física. Disabilities of the Arm, Shoulder, and Hand (DASH). - Variables sociodemográficas y clínicas. - Salud general. Short Form 12 health survey. - Satisfacción con la relación. 7-item Relationship Assessment Scale. 	<ul style="list-style-type: none"> - El apoyo social marital era beneficioso cuando se ajustaba a las necesidades del paciente. - El apoyo social conflictivo, presente en aproximadamente un tercio de los cónyuges, se encontró entre los esposos que subestimaban la limitación física, y entre aquellos que subestimaban o sobreestimaban el dolor, la fatiga y la capacidad funcional del paciente con AR.

Tabla 2. (Continuación)

Autor/es	Participantes y método	Variables e Instrumentos	Resultados
Benka et al. (2012)	AR N=116 Longitudinal 4 años	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilidad articular. Ritchie Articular Index (RAI). - Actividad de la enfermedad. Tasa de sedimentación de eritrocitos. - Dolor. Nottingham Health Profile (NHP). - Capacidad funcional. HAQ. - Apoyo social. Satisfaction with Social Support Questionnaire (SSQS). - Malestar emocional. General Health Questionnaire (GHQ-28). 	<ul style="list-style-type: none"> - A lo largo de los 4 puntos temporales de recogida de información, el malestar psicológico se mantuvo bastante estable; el dolor, la incapacidad funcional y la sedimentación de eritrocitos no mostraron diferencias significativas; la sensibilidad de las articulaciones mostró una tendencia a disminuir; y el apoyo social mostró una tendencia a aumentar. - Sólo el malestar psicológico inicial y el apoyo social emocional mantuvieron una relación significativa con el malestar psicológico. - La incapacidad funcional, el dolor, el apoyo social emocional y el malestar psicológico inicial explicaban el 36% de la varianza del malestar psicológico. - Mayor apoyo emocional y menor dolor eran las únicas variables independientemente asociadas con menores niveles de malestar psicológico después de controlar las variables relevantes.
Harris et al. (2012)	Mujeres AR, artritis y otras artritis N=10509 Longitudinal Observacional	<ul style="list-style-type: none"> - Estrés percibido. Perceived Stress Scale. - Apoyo social percibido. Medical Outcomes Study Social Support Survey. - Optimismo. The revised Life Orientation Test (LOT-R). - Índice de masa corporal. Body Mass Index (BMI). Consumo de alcohol, tabaquismo, menopausia. Reportado por pacientes. - Salud general percibida. Medical Outcomes Study Short Form-36 (SF-36). 	<ul style="list-style-type: none"> - En análisis univariado, las mujeres con menor disponibilidad del apoyo social tenían más probabilidades de reportar artritis (1,5 veces más). - En análisis multivariado, tener un trastorno de ansiedad era el único factor psicosocial estadísticamente significativo relacionado con la artritis.
Costa y Pinto (2013)	AR N=55 Longitudinal 2 años	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo social. The Arthritis Impact Measurement Scale 2 (AIMS2) - Depresión y ansiedad. Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS). - Aceptación del dolor crónico. Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) 	<ul style="list-style-type: none"> - La aceptación del dolor se relacionó negativamente con depresión y déficits de apoyo social. - Los déficits de apoyo social junto con baja aceptación del dolor predecían puntuaciones muy altas en depresión.

Tabla 2. (Continuación)

Autor/es	Participantes y método	Variables e Instrumentos	Resultados
Harris et al. (2013)	Mujeres AR, artritis y otras artritis N=12202	<ul style="list-style-type: none"> - Estrés percibido. The Australian Longitudinal Study on Women's Health developed Perceived Stress Scale - Eventos vitales negativos. Life Event Questionnaire - Apoyo social percibido. Medical Outcomes Study Social Support Survey. - Índice de masa corporal, actividad física, tabaquismo, menopausia. Reportadas por pacientes. - Enfermedades comórbidas (diabetes, enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, anemia, fatiga, enfermedades gástricas, migrañas). Reportadas por pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Las personas que no habían tenido relación de pareja tenían el mismo riesgo de reportar artritis que las personas con estrés crónico percibido bajo. - El apoyo social o disponer de formas funcionales de apoyo social no mostraron efecto para reducir el impacto negativo al estrés percibido desde el comienzo de la artritis.
Benka, Nagyova, Rosenberger, Calfova et al. (2014)	AR N=124 Longitudinal Observacional 4 años	<ul style="list-style-type: none"> - Síntomas depresivos. General Health Questionnaire (GHQ-28). - Actividad de la enfermedad. Sedimentación de eritrocitos y sensibilidad articular (Ritchie Articular Index, RAI). - Incapacidad funcional. Groningen Activity Restriction Scale (GARS) - Apoyo social. Satisfaction with Social Support Questionnaire (SSQS). 	<ul style="list-style-type: none"> - Los resultados indicaron que el mejor predictor de síntomas depresivos a los cuatro años son los síntomas depresivos iniciales. - Los pacientes con bajo apoyo social y alta incapacidad mostraban más sentimientos depresivos a lo largo del proceso. - El apoyo social instrumental no ofrece resultados significativos. - De forma longitudinal, los resultados indicaron que el apoyo social emocional es una variable moderadora del impacto negativo de la incapacidad funcional en los síntomas depresivos en pacientes con AR

Tabla 2. (Continuación)

Autor/es	Participantes y método	Variables e Instrumentos	Resultados
Gáfvéls et al. (2014)	AR N=95 Longitudinal 2 años	<ul style="list-style-type: none"> - Experiencias negativas de la enfermedad y expectativas. Preguntas con alternativa respuesta. - Situación social. Epidemiological Investigation on Rheumatoid Arthritis study (EIRA). - Ansiedad y depresión. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). - Sentido de coherencia. 13-item Sense of Coherence (SOC). 	<ul style="list-style-type: none"> - Dividieron pacientes por problemas psicosociales en línea base: sí (PPS) y no (NPPS). - El bajo apoyo social, especialmente de compañeros de trabajo, está asociado con mayor actividad de la enfermedad reportada por el paciente a los dos años del diagnóstico, y fue más frecuente entre los pacientes con AR con PPS que entre los NPPS, y, en contraste con la actividad de la enfermedad reportada por los reumatólogos que no difería entre ambos grupos. - Entre los pacientes PPS, se observaba mayor tensión social, especialmente relacionada con la situación económica y con el apoyo social, y había más porcentaje de solteros, divorciados o viudos.
Ramos et al. (2014)	AR, lupus sistémico eritematoso y espondilitis anquilosante y familiares. N=291 Grupo comparación N= 110	<ul style="list-style-type: none"> - Calidad de vida percibida (funcionamiento y discapacidad). WHODAS-II. 	<ul style="list-style-type: none"> - Las mayores diferencias en la percepción de la calidad de vida de los pacientes, en función de si la percepción provenía de pacientes o familiares, se encontraron entre el grupo de AR. - Alrededor de la mitad de los familiares de los pacientes con AR subestimaban el funcionamiento y discapacidad del paciente, considerando la medida global de activad. - Entre los pacientes con AR, 8 de cada 10 familiares subestimaban o sobreestimaban los componentes cognitivo (conocimiento y comunicación) y social (interacción con otras personas y participación social).
Fallatah y Edge (2015)	Familiares AR N=7 Cualitativo Descriptivo	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista semiestructurada para evaluar el apoyo que necesitan los cuidadores y el impacto de la enfermedad en el núcleo familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los familiares de pacientes con AR necesitaban apoyo social, especialmente a nivel informacional por parte de los servicios médicos, ya que estos familiares experimentan con frecuencia emociones negativas como la frustración, en parte por el desconocimiento, que redunda en el apoyo que ofrecen a los pacientes.

3. ESTRÉS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN LA ARTRITIS REUMATOIDE.

Antes de profundizar en el tema del estrés, su afrontamiento y las alteraciones neuro-inmuno-endocrinas que provoca a nivel biológico, consideramos importante mencionar el modelo que influyó en el cambio del pensamiento tradicional hacia la conceptualización de salud tal y como se entiende hoy en día.

Es en 1977 cuando George Engel propuso, como alternativa al modelo biomédico tradicional, el Modelo Biopsicosocial. En él se postula que el individuo está compuesto por factores biológicos, psicológicos y sociales, que interrelacionan entre sí favoreciendo o deteriorando su salud. Introduce la importancia de la conducta de la persona y de su entorno, así como que la afectación de uno de sus componentes influye en el resto, debido a las conexiones mente-cuerpo.

Actualmente, es desde el enfoque biopsicosocial desde el que concebimos tanto la salud como la enfermedad, siendo conscientes de la no disociación mente-cuerpo. Nuestros estados físicos y biológicos influyen positiva o negativamente en el resto de nuestras áreas de funcionamiento, así como nuestros sentimientos y pensamientos influyen en nuestra biología, haciendo todo esto posible su modificación por diferentes vías.

3.1. Definición de estrés.

En 1936 Selye introdujo el término “stress” (estrés) en el ámbito de la salud para designar la respuesta general e inespecífica del organismo a un estresor o situación estresante. Podemos distinguir entre el estrés positivo o “eutres” que favorece al

organismo mediante la activación apropiada para hacer frente a las demandas, y el estrés negativo o “distrés” que genera malestar al producir una activación excesiva, con connotación negativa, que dificulta hacer frente a las mismas. A nivel fisiológico producen la misma activación inicial en el organismo, que tiene un efecto protector de la salud, con la salvedad de que el distrés, al no ser gestionado correctamente, tiene mayor riesgo potencial de actuar a largo plazo modificando los efectos beneficiosos sobre la salud. Comúnmente el término estrés se utiliza para referirse al distrés.

El estrés no es un concepto simple ni estático. Implica un conjunto complejo de variables que interaccionan a distintos niveles y que interaccionan entre sí diacrónicamente. Puede deducirse que el estrés implica ciertos elementos esenciales como la presencia de agentes internos o externos, procesos de evaluación cognitiva, estrategias de afrontamiento, y un complejo de respuestas psicológicas y fisiológicas que suelen definirse como “reacción de estrés”, amén de la influencia de variables moduladoras asociadas a elementos predisposicionales y demográficos. En respuesta a circunstancias estresantes, el sistema neuroendocrino estimula una serie de respuestas de adaptación que implican al comportamiento, reacciones cardiovasculares y metabólicas, así como cambios inmunológicos (Kemeny y Schedlowski, 2007).

Un modelo de trabajo en la psicopatología del estrés, que parece encajar tanto con los objetivos de esta investigación como con la justificación teórico-comprensiva del constructo que aquí se pretende, es el propuesto por Sandín, que describe un modelo que se desarrolla en siete etapas (Sandín, 2008):

1. *Demandas psicosociales*. Agentes externos causantes del estrés de origen psicosocial, ambiental o artificial.

2. *Evaluación cognitiva.* La respuesta al estrés se produce cuando se percibe desequilibrio entre la demanda y los recursos personales (Cox, 1978), es decir, si el estresor es percibido como superado por los recursos de que se dispone (Lazarus y Folkman, 1984). La evaluación cognitiva se refiere, por tanto, a la valoración que hace el sujeto de la fuente de estrés.

3. *Respuesta de estrés.* Respuestas psicológicas (a nivel motor, cognitivo y emocional) y fisiológicas.

4. *Afrontamiento.* Esfuerzos conductuales y cognitivos que emplea el sujeto para hacer frente a las demandas concretas valoradas como estresantes y a los estados emocionales suscitados por el estrés. Sería la última etapa del proceso, aunque todas ellas se retroalimentan entre sí.

5. *Características personales.* Características propias del sujeto, relativamente estables, como los factores hereditarios, la etnia, el género, la estructura de personalidad, etc.

6. *Características sociales.* Que a través de sus efectos directos e indirectos pueden facilitar la adaptación al estresor o amortiguar su impacto (apoyo social, las redes sociales y nivel socioeconómico).

7. *Estatus de salud.* Resultado del funcionamiento de las fases anteriores, el impacto final del estrés en el bienestar físico y mental.

3.2. Estrategias de afrontamiento al estrés y evaluación de los estilos de afrontamiento. Relaciones con la salud y la enfermedad crónica.

3.2.1. Estrategias de afrontamiento al estrés: evaluación y modelos teóricos.

Las Estrategias de afrontamiento (coping) se definen como *aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo* (Lazarus y Folkman, 1986, pp. 164).

En la teoría psicoanalítica, a raíz del trabajo de Sigmund Freud, su hija Anna Freud desarrolló el concepto defensas del yo, para referirse a los mecanismos psicológicos defensivos que emplea el sujeto para hacer frente a los agentes que atentan contra su integridad. Las teorías sobre mecanismos de defensa del yo influyeron de forma notoria en la psicología clínica.

3.2.1.1. Modelo tradicional del afrontamiento: Modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman.

El modelo transaccional del estrés considera el estrés como una interacción entre el individuo y su ambiente, donde la persona evalúa el ambiente como peligroso o amenazante si las demandas que implica exceden sus recursos, poniendo en marcha dos procesos: primero una evaluación cognitiva (del entorno, las demandas y los recursos de que dispone) y, posteriormente, el afrontamiento del estrés (mediante las estrategias de afrontamiento).

Los estilos de afrontamiento se han formulado partiendo de la base de que se trata de disposiciones personales para hacer frente a las distintas situaciones estresantes.

La mayoría de las investigaciones de afrontamiento al estrés en salud parten de este modelo teórico, con instrumentos de evaluación directa o indirectamente relacionados con sus principios.

El grupo de Lazarus propone un modelo del afrontamiento en términos de proceso, del que partirán posteriormente parte de los instrumentos de evaluación del afrontamiento.

Los principios del modelo transaccional del estrés (Lazarus y Folkman, 1984) son:

- El término afrontamiento es empleado con independencia de que el proceso sea eficaz o ineficaz, adaptativo o desadaptativo. El afrontamiento, debe separarse de los resultados. No existen procesos de afrontamiento universalmente buenos o malos, adaptativos o desadaptativos.
- El afrontamiento es dependiente del contexto. Más que referirse a una disposición estable, se trata de una aproximación orientada contextualmente. El proceso de afrontamiento empleado para diferentes “amenazas”, varía en función de la significación adaptativa y de otras demandas internas o externas.
- A través de las situaciones estresantes, unas estrategias de afrontamiento son más estables o consistentes que otras.
- El afrontamiento muestra, como mínimo, dos funciones principales, una focalizada en el problema y otra en la emoción. La función de afrontamiento focalizado en el problema va dirigido a la relación ambiente-persona, actuando sobre el ambiente o sobre sí mismo, con la

finalidad de alterar o manejar la fuente que provoca el estrés. La función del afrontamiento focalizado en la emoción está centrada en modificar el modo en que se trata o interpreta lo que está ocurriendo, para reducir el estrés mediante la regulación de la respuesta emocional.

- El afrontamiento depende de la evaluación respecto a que pueda o no hacerse algo para cambiar la situación. Si la valoración indica que puede hacerse algo, predomina el afrontamiento focalizado en el problema. Si la valoración indica que no puede hacerse nada, entonces predomina el afrontamiento focalizado en la emoción.

Existen en realidad muchas estrategias posibles de afrontamiento que puede manejar un individuo. El uso de unas u otras en buena medida suele estar determinado por la naturaleza del estresor y las circunstancias en que se produce. Así mismo, existen varios cuestionarios para evaluar las estrategias de afrontamiento de los individuos.

La evaluación del afrontamiento se puede realizar mediante la agrupación de estrategias de afrontamiento individuales en una categoría general, o evaluando dichas estrategias de forma aislada. Categorías generales de afrontamiento serían, por ejemplo: afrontamiento activo versus pasivo, afrontamiento centrado en el problema versus centrado en la emoción, afrontamiento dirigido al dolor versus a la evitación del dolor, afrontamiento cognitivo versus conductual, etc.

En muchas ocasiones, las estrategias de afrontamiento como bloque no están totalmente relacionadas con el ajuste de los pacientes con AR, siendo, exclusivamente, alguna de las estrategias que componen la categoría, las que muestran significación final con el ajuste (Redondo, Miguel y Cano, 2005). Esto podría plantearnos la posibilidad de

analizar las estrategias de afrontamiento de forma independiente, en vez de por categorías generales, como activo versus pasivo, etc.

Entre las formas de manejar el estresor, se puede sugerir que la persona podría tener conductas adaptativas (que manejan directamente el estresor o las emociones y respuestas fisiológicas suscitadas por éste), conductas de lucha-huida que suponen el alejamiento del estresor (ya sea físico o mental), o pasividad o inhibición de la respuesta (que implica no hacer nada, sino padecer el estresor).

3.2.1.2. Modelo de afrontamiento dual y afrontamiento flexible.

La mayor parte de las investigaciones sobre estrategias de afrontamiento y enfermedad, incluidas las investigaciones con pacientes AR, se basan en el modelo del estrés de Lazarus.

No obstante, un cuerpo creciente de investigaciones en afrontamiento y enfermedad, incluida la AR, están empezando a utilizar el Modelo de Proceso Dual de Afrontamiento, basado en el modelo original de Stroebe y Shut (1999, 2001), que fue inicialmente concebido para el duelo. En este modelo existen dos procesos principales: afrontamiento por asimilación y afrontamiento por acomodación (Brandstädter y Renner, 1990). El afrontamiento por asimilación implica estrategias activas para adaptar situaciones displacenteras de tal forma que se adapten a los objetivos y aspiraciones de la persona. El afrontamiento por acomodación implica el ajuste flexible de las aspiraciones y metas personales a las limitaciones de la situación actual, con el fin de que resulte más aceptable y menos negativa. Lo habitual es que la asimilación se imponga en la primera fase del afrontamiento, y la acomodación una vez que las estrategias para cambiar la situación resulten ineficaces. Según este modelo, aquellas personas que son capaces de utilizar este afrontamiento dual, se adaptan mejor a las

circunstancias cambiantes. De aquí surge el actual concepto de afrontamiento flexible, que hace referencia a la capacidad de las personas para realizar este afrontamiento dual para hacer frente al estrés en situaciones diferentes. El afrontamiento flexible tiene dos componentes: versatilidad y reflexibilidad. La versatilidad es la capacidad de flexibilizar usando estrategias de afrontamiento tanto asimilativas como acomodativas, en función de las metas personales y las limitaciones de la situación. La reflexibilidad es la capacidad de generar opciones de afrontamiento y evaluar la idoneidad de cada estrategia en función de la situación. Investigaciones recientes en el terreno de la salud, especialmente en aquellas enfermedades crónicas que cursan con brotes inflamatorios o picos de actividad de la enfermedad, junto con periodos de remisión, se está empezando a considerar que este tipo de afrontamiento flexible, en el que se van reevaluando las estrategias de afrontamiento en función de cada momento concreto, pudiera ser más adaptativo.

Para el desarrollo y validación inicial del Cuestionario de Afrontamiento Flexible (COFLEX), Vriezokolk, van Lankveld et al. (2012) utilizaron una muestra de pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias. En este estudio preliminar, examinaron las propiedades psicométricas, que resultaron aceptables, y examinaron las correlaciones de los componentes del constructo afrontamiento flexible con los componentes del afrontamiento dual (asimilación y acomodación) y con componentes clásicos de afrontamiento (afrontamiento centrado en el problema y afrontamiento centrado en la emoción). Encontraron que versatilidad estaba relacionada con el afrontamiento dual, asimilación y acomodación, así como con aceptación, afrontamiento centrado en el problema y bajo afrontamiento centrado en la emoción. Como en investigaciones previas, con otros colectivos, por ejemplo, Cheng (2001), Fresco, Williams y Nugent (2006), Roussi, Krikeli, Hatzidimitriou y Koutri (2007), y Schmitz, Saile y Nilges

(1996), encontraron que versatilidad tenía una capacidad de adaptación en el ajuste psicológico, ya que estaba asociado a menores niveles de malestar emocional, mientras que no encontraron relación con el dolor y el ajuste físico. Al igual que Greenglass (2002), flexibilidad estaba positivamente asociado tanto con afrontamiento centrado en el problema y en la emoción, negativamente con asimilación y no relacionado con malestar psicológico y aceptación. La validez de este factor no quedó demostrada entre pacientes con enfermedad reumática inflamatoria. No obstante, se necesita más investigación, entre este y otros colectivos, para establecer la consistencia y validez de estos dos factores y aplicarlos para estudiar el estrés en estos términos.

Vriezokolk, Geenen et al. (2012) evaluaron la viabilidad de incluir una intervención cognitivo-conductual en el programa de rehabilitación multimodal para pacientes con enfermedades reumáticas con malestar emocional considerable. Partiendo del modelo dual de afrontamiento, la finalidad de la intervención psicológica era reducir el malestar emocional y favorecer las actividades y participación en múltiples facetas de la vida cotidiana, así como modificar el comportamiento, promover el cambio, la aceptación y el afrontamiento flexible. Después del programa de intervención, los resultados indicaron que aunque no hubo cambios en el afrontamiento flexible, el malestar de los pacientes mejoró significativamente al igual que la aceptación de la enfermedad. Estos resultados son importantes puesto que investigaciones previas, en dolor crónico y otras enfermedades reumáticas, como las de Kratz, Davis y Zautra (2007), Mason, Mathias y Skevington (2008) y Viane et al. (2003), incidían en que poca aceptación de la enfermedad implicaba resultados negativos para la salud, tanto física como mental, transversal y longitudinalmente. La aceptación, en este modelo, formaría parte del afrontamiento por acomodación, resaltando, por tanto, la importancia de este

tipo de afrontamiento. Para el constructo completo de afrontamiento flexible aún es necesaria mayor investigación.

3.2.2. El afrontamiento al estrés y sus relaciones con la salud.

El concepto de afrontamiento al estrés cobra vital importancia entre aquellas personas que padecen enfermedades crónicas o discapacidad física. El simple hecho de la enfermedad y/o discapacidad es fuente de malestar físico y emocional, que requiere afrontamiento específico, tanto para prevenir empeoramientos como para adaptarse a la condición médica que presentan. La forma en la que las personas se enfrentan o afrontan la enfermedad, no sólo puede influir en la vivencia emocional de la misma, sino también en los hábitos de autocuidado específicos que requieren y en la adherencia a los tratamientos médicos, imprescindibles en estos casos.

La mayor parte de la literatura existente coincide en que las personas con enfermedad crónica están sometidas a mucha carga de estrés, y en lo referente a la elección de estrategias de afrontamiento, las investigaciones apuntan generalmente a que el uso de estrategias activas, dirigidas al problema, y la aceptación, se relacionan con estados de ajuste positivos o más adaptativos, mientras que estrategias de afrontamiento como el uso de drogas o alcohol, la desvinculación conductual, la negación y la fantasía se relacionan con estados de ajuste negativo (Abbott, Hart, Morton, Gee y Conway, 2008; Pollard y Kennedy, 2007; citados en Botero, 2013).

Los recientes estudios que incluyen los conceptos de autoeficacia y sentido de coherencia, también apuntan a que los individuos con enfermedad física que tienen mayores niveles de autoeficacia y sentido de coherencia, parecen sentirse más competentes para afrontar las demandas cotidianas y aplican más estrategias dirigidas al

problema, mientras que aquellos con puntuaciones bajas utilizan en mayor medida estrategias centradas en la emoción, reportando peor calidad de vida. Las mujeres usan más que los hombres este último tipo de estrategias, que, a su vez, están relacionadas con la percepción de poco control (Kristofferzon, Lindqvist y Nilsson, 2011).

Katter y Greenglass (2013) evaluaron a personas mayores sometidas a cirugía de prótesis de rodilla o cadera para valorar los resultados de la rehabilitación considerando variables psicológicas. Diseñaron su investigación presuponiendo conclusiones de investigaciones previas como las de Kendell, Saxby, Farrow y Naisby (2001) y Salmon, Hall y Peerbhoy (2001), que afirmaban que en la recuperación post-operatoria de los pacientes, los factores psicológicos y cognitivos, como el afrontamiento, podían influir incluso más que estado funcional del paciente antes de la operación y que el traumatismo quirúrgico. Los resultados indicaron que el afrontamiento proactivo se asoció a mejores resultados después de la cirugía, mejor satisfacción con la vida en el momento de comenzar la rehabilitación y mayor cumplimiento de la prescripción de ejercicio. El estilo de afrontamiento activo se asoció con mayor energía, vitalidad y ánimo positivo, que se asoció a su vez a mejores resultados en la rehabilitación y en la satisfacción vital de los pacientes, junto con mejor rendimiento funcional. Los pacientes que usaban más estrategias de afrontamiento activas eran más activos en su rehabilitación y la consideraban más significativa, que aquellos que no usaban este tipo de estrategias de afrontamiento.

No obstante, existe cada vez más investigación en enfermedad crónica y discapacidad física, que plantea que las relaciones entre buena adaptación y afrontamiento centrado en el problema no están tan claras. De hecho, se está empezando a considerar que en situaciones de enfermedad crónica, impredecible, “incurable” y de pronóstico incierto, se usan con más frecuencia estrategias de afrontamiento centradas

en la emoción. En el proceso de adaptación, puede que la evitación sea efectiva en los primeros momentos de la enfermedad, y otras estrategias centradas en la emoción pueden resultar útiles para reducir el impacto emocional de una situación difícilmente resoluble, como es una enfermedad crónica. Así lo demuestran, por ejemplo, estudios en pacientes oncológicos como el de Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno (2007) y otros estudios con mujeres con AR (Carlisle et al., 2005; Botero, 2013).

Otro punto controvertido es el relacionado con las estrategias de afrontamiento religiosas o espirituales.

La mayor parte de la literatura coincide en señalar que la religión como afrontamiento está muy extendida en la enfermedad física. Por ejemplo, en EEUU el 70% de los pacientes con alguna enfermedad crónica, refieren utilizar la religión como estrategia de afrontamiento al estrés en alguna medida (Ai, Park, Huang, Rodgers y Tice, 2007; Thuné-Boyle, Stygall, Keshtgar, Davidson y Newman, 2011; citados en Assari, 2013). De hecho, para muchas personas desarrollar una enfermedad crónica y/o discapacidad es el motivo para empezar a considerar la religión en términos que no lo habían hecho anteriormente. Hay personas a las que el hecho de enfermar les acerca a actitudes más religiosas o espirituales, mientras que a otros, que previamente tenían esas actitudes, les aleja o les confiere un malestar por la sensación de desamparo o injusticia, entre otras. Aquí quizá es donde resida el punto de controversia, que haga tan difícil establecer la capacidad de adaptación que confiere esta estrategia ya que puede ser interpretada tanto con connotaciones positivas como negativas.

Muchos autores e investigaciones clasifican la religión como estrategia pasiva, considerándola, por tanto, negativa, puesto que el paciente en vez de actuar, confía en que se solucionen las cosas por medio de su fe o porque no actúa debido a que se queda

anclado en sentimientos de culpabilidad, resignación, ira y rabia contra su religión por el hecho de estar enfermo. En este sentido, hay investigaciones que apoyan estos resultados, ya que la religión se ha encontrado asociada a peor estado de salud, dolor y discapacidad, además de con otras estrategias pasivas o evitativas poco adaptativas, como, por ejemplo, podemos observar en los estudios de Pargament, Koenig y Pérez (2000) o Van Leeuwen, Tiesinga, Jochemasen y Post (2007), entre otros muchos.

Sin embargo, recientemente hay autores que analizan más detenidamente la religión para establecer cuándo esta estrategia de afrontamiento es adaptativa, intentando demostrar la capacidad del afrontamiento espiritual o religioso cuando es entendido desde un punto de vista activo, tanto con la oración como con otras actitudes y actividades, y positivo como la fe/confianza que motiva la capacidad de lucha, la aceptación sin resignación, etc.

Baldacchino et al. (2013) exploraron el afrontamiento espiritual (religioso o no) en pacientes en rehabilitación con enfermedad crónica en Malta y Noruega. Encontraron que el afrontamiento espiritual religioso es adaptativo en la enfermedad crónica sobre todo cuando le confiere significado a la enfermedad, ofrece un propósito en la vida, facilita mirar con optimismo y esperanza hacia el futuro, actuando como moderador del estrés para amortiguar el impacto de la enfermedad. Estos resultados son coherentes con investigaciones previas como la de Baldacchino (2011), Bush, Rye, Brant et al. (1999), Koenig (2009), Miller, McConnell y Klinger (2007), Pargament et al. (2000), Schneider (2007), Utsey, Bolden, Lee, Lanier y Newsome (2007), Wachholtz, Pearce y Koenig (2007) y Walton (2002). El uso de afrontamiento religioso podría ayudar a las personas a hacer frente a experiencias de vida complicadas, evaluándolas con mayor optimismo y favoreciendo que puedan aceptar acontecimientos vitales negativos como la enfermedad

(Schlosser, Brock y Hamilton, 2008; Baldacchino, Agius y Cachia, 2010b; citado en Baldacchino et al., 2013).

Como otros conceptos objeto de estudio en psicología, las diferencias culturales y las variables sociodemográficas también muestran su influencia en el afrontamiento religioso. Sabemos por la investigación en este campo, que esta estrategia es más utilizada por mujeres y personas de mayor edad, así como que es diferente en función de la etnia o cultura.

Por ejemplo, Niu et al. (2011), evaluaron en un estudio cualitativo las percepciones acerca de la enfermedad y las estrategias de afrontamiento entre pacientes con artritis de República Dominicana. La pequeña muestra de pacientes evaluados tenía problemas económicos y fue entrevistada antes de someterse a intervención quirúrgica de prótesis de rodilla o cadera. Los objetivos del estudio eran determinar cómo las percepciones acerca de la enfermedad, incluyendo la etiología de la misma, influían a nivel psicosocial y en las estrategias de afrontamiento que utilizaban para lidiar con ella, así como establecer las diferencias de género en una sociedad donde el rol social está tan delimitado. Los resultados del estudio encontraron que los pacientes utilizaban explicaciones basadas en la fe o en el ambiente para establecer la etiología de la enfermedad. La atribuían, por tanto, a la voluntad de Dios, no como castigo, sino como prueba de fortaleza, y al contacto con el agua (debido al trabajo, a exposiciones a la lluvia, a actividades domésticas como lavar la ropa o fregar los platos, etc.). La información acerca de las causas de la enfermedad era principalmente provista por la red social de los pacientes, y no por los especialistas médicos, de los que referían que la información que tenían de ellos era que la enfermedad era incurable. Aunque todos los pacientes presentaban dolor e incapacidad funcional, a nivel social, la repercusión de la artritis, mostraba claras diferencias en cuanto al género. Para los hombres la principal

interferencia era en el rol laboral como sustento económico de la familia, mientras que para las mujeres lo era la dificultad para las actividades sociales, especialmente las referentes a la iglesia, y el cuidado del hogar. El apoyo social de los hombres se centraba básicamente en la familia, mientras que el de las mujeres era mucho más extenso, incluyendo también amigos, vecinos y miembros de la iglesia. Debido a las atribuciones respecto a la etiología de la artritis, las estrategias de afrontamiento más utilizadas eran la oración y la evitación del agua. La religión aquí se mostró adaptativa, dotando al paciente de una fe, confianza y significado que facilitaba su adaptación a la enfermedad, quizá importante entre un colectivo con pocos recursos económicos y con dificultad de acceso a los servicios de salud. Este estudio, aunque limitado, muestra las influencias culturales y sociodemográficas de las creencias acerca de la enfermedad reumática y su clara influencia en el afrontamiento que utilizan estos pacientes.

También este respecto del afrontamiento religioso, Assari (2014) evaluó a pacientes con enfermedad crónica afroamericanos, caribeños de color y blancos no hispanos en salud mental y estrategias de afrontamiento religioso. Los resultados indicaron que entre los caribeños de color el efecto de la enfermedad crónica en la salud mental era menor si mostraban elevados niveles de afrontamiento religioso, así como que tenía un efecto amortiguador cuando concurrían varias enfermedades crónicas. Sin embargo, entre pacientes afroamericanos y blancos no hispanos, no se observaron estos efectos.

Chatters, Taylor, Jackson y Lincoln (2008) evaluando este mismo colectivo de pacientes, encontraron que los pacientes afroamericanos y los caribeños de color que más utilizaban el afrontamiento religioso eran los casados y las mujeres, en comparación a hombres y solteros/as. En el estudio de Keefe et al. (2001), donde evaluaron a pacientes con AR mediante diarios a lo largo de 30 días, se encontró que

aquellos que tenían experiencias religiosas diarias, como rezar, tenían mayor tolerancia al dolor y mejor estado de ánimo.

Abraido-Lanza y Revenson (1996) encontraron que el 38,1% de los pacientes latinos residentes en EEUU con problemas musculoesqueléticos utilizaban la religión como estrategia de afrontamiento, y les resultaba adaptativa para afrontar la enfermedad.

De todo lo expuesto anteriormente, se deduce la importancia de valorar las variables culturales en lo referente a las estrategias de afrontamiento, ya que lo que es adaptativo en una cultura, no tiene por qué serlo necesariamente en otra.

3.3. El estrés y su afrontamiento en la artritis reumatoide.

3.3.1. Estrés y autoinmunología: el estrés como desencadenante de la artritis reumatoide.

La implicación de los factores psicosociales sobre la regulación y el funcionamiento de la respuesta inmune se ha venido consolidando desde hace muchos años. Desde esta perspectiva, George Solomon nos ofrece por primera vez el nombre de psicoimmunología en su artículo “Emociones, Inmunidad y Enfermedad: Una integración Teórica Especulativa” (Solomon y Moos, 1964). En los años 80, las obras publicadas por Ader (1981) y por Ader, Felten y Cohen (1991) reflejan con claridad la relación entre los fenómenos conductuales y los mecanismos nerviosos, endocrinos e inmunológicos. En concreto, la evidencia empírica en ese momento, que fue recopilada en una extensa revisión por Ader y Cohen (1993), demostraba que la actividad inmunológica humoral y celular, al igual que algunos parámetros psicológicos, podía ser modificada mediante procesos de condicionamiento clásico. Por otra parte, las investigaciones psicoimmunológicas tienden a confirmar que el estrés puede alterar

algunos parámetros específicos del funcionamiento inmunológico humano, siendo esta alteración de índole inmunosupresiva. De ahí que podría ser razonable sugerir que los trastornos vinculados directamente con la actividad del sistema inmune (por ejemplo, asma, enfermedades infecciosas, enfermedades reumáticas, etc.) podrían explicarse en parte por los efectos nocivos del estrés. Es a partir de estos autores y sus trabajos, donde surge el desarrollo de la psiconeuroinmunoendocrinología.

El estrés psicológico puede predisponer a los pacientes a la artritis reumatoide y a otras enfermedades autoinmunes mediante la supresión inmunológica. El papel del estrés en el sistema inmune ha sido ampliamente estudiado, coincidiendo la mayor parte de los estudios en señalar que tras la aparición de un estresor prolongado en el tiempo, se produce una supresión de la función inmune o inmunosupresión, siendo un sistema inmune sano capaz de compensar la exposición prolongada a la inhibición inmune inducida por el estrés psicosocial, aunque los estudios demuestran que favorece el riesgo de enfermedad (Glaser y Kiecolt-Glaser, 2005; Kemeny y Schedlowski, 2007). Melzack (1999) explicaba la hipótesis de Moos y Solomon de que la alteración del sistema inmune provocada por la exposición del organismo a eventos estresantes iba a predisponer al padecimiento de enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoide, por efecto rebote de excesiva activación autoinmune (Redondo y Pérez, 2001).

Algunos autores han puesto de manifiesto que la respuesta de estrés de los pacientes con artritis reumatoide va a estar marcada por anormalidades en el eje hipotálamo-hipofiso-adrenal, que van a estar involucradas de forma decisiva en la asociación entre el estrés y la actividad de la enfermedad de estos pacientes (Heim, Ehlert y Hellhammer, 2000; Huyser y Parker, 1998). La activación de este eje no sólo se produce como respuesta a estresores ambientales, sino también ante la inflamación, y favorece la producción de glucocorticoides en la corteza suprarrenal. Algunos estudios

han mostrado evidencias de que la glándula adrenal aparece hipoactiva en algunos estados relacionados con el estrés. Este fenómeno ha sido encontrado en individuos sanos que viven bajo estrés crónico y en individuos con diferentes problemas de salud (asma, artritis reumatoide, etc.) (Heim et al., 2000). En pacientes con artritis reumatoide no se observan las fluctuaciones del cortisol a lo largo del día que se observan en sujetos sanos, estos pacientes presentan niveles de cortisol inapropiadamente bajos teniendo en cuenta la inflamación que sufren. En la progresión de la artritis reumatoide, especialmente durante los brotes, se ha observado que los niveles de cortisol descienden significativamente, así como que estos pacientes tienen mayor activación simpática en reposo (Kemeny y Schedlowski, 2007). Se podría considerar entonces, que los pacientes con artritis reumatoide presentan un tipo de respuesta fisiológica al estrés diferente al de la población sana. Las anormalidades en el eje hipotálamo-hipofiso-adrenal van a provocar niveles excesivamente bajos de cortisol, que van a estar relacionados con el curso de la enfermedad, favoreciendo el agravamiento de los síntomas, ya que no se inhibe la inflamación característica de esta patología (Huysen y Parker, 1998).

El eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal juega un papel crítico en la regulación de la respuesta inflamatoria, siendo el mediador clásico mejor conocido del estrés (Cuatrecasas, 2009). El cortisol previene la respuesta inflamatoria, pero cuando los niveles de cortisol son elevados y sostenidos a lo largo del tiempo, las células mononucleares pueden volverse menos sensibles a los efectos inhibitorios del cortisol, pudiendo aumentar la producción celular de la interleukina IL-6 y posiblemente de otras citocinas proinflamatorias (Barden, 2004; Raison, Capuron y Miller, 2006).

El sistema neuroendocrino y el sistema inmunitario se comunican entre sí a través de numerosas vías (Boscolo, Youinou, Theoharides, Cerulli y Conti, 2008). La función inmune se ve modulada en el sistema nervioso central por el eje hipotalámico-

hipofisiario-suprarrenal, que a su vez depende del sistema nervioso autónomo (simpático y parasimpático) y de la inervación sensitiva peptidérgica (mediada por péptidos) de los tejidos periféricos (Castellani et al. 2007; citado en Boscolo et al., 2008). De lo expuesto anteriormente, podemos concluir que la interacción puede deberse en parte a que las citoquinas influyen tanto en la respuesta inflamatoria como en la inmune.

Las enfermedades autoinmunes tienen una etología multifactorial en la que se ven implicados factores genéticos, hormonales, inmunológicos y ambientales. Aunque se ha sugerido históricamente el estrés como uno de los principales factores desencadenantes, ya desde Koehler (1985) se sugería que el comienzo de la artritis podría predecirse desde otros factores diferentes y/o adicionales al estrés. De hecho, Rimón y Laakso (1985) trataron de identificar dos subtipos distintos de artritis reumatoide partiendo de la presencia/ausencia del estrés como factor elicitor del trastorno. Según ellos, la categoría relacionada con el estrés implicaría un comienzo rápido de los síntomas, cambios en la severidad de los mismos y ausencia de historia reumática familiar. Por el contrario, el tipo de artritis desligado del estrés denotaría específicamente una carga más genética, caracterizándose por un comienzo lento e insidioso, una constancia de la severidad de los síntomas y una elevada proporción de incidencia en el núcleo familiar.

Harris et al. (2013) realizaron un estudio longitudinal en 12.202 mujeres australianas de mediana edad, entre 45 y 50 años, para valorar la influencia del estrés percibido en el desencadenamiento de la artritis (AR, artrosis u otra forma de artritis). El enfoque del estrés en la investigación estaba focalizado en valorar la afectación entre aquellas personas que percibían la vida de forma estresante constantemente, al contrario que investigaciones previas que estaban centradas principalmente en analizar el impacto

de acontecimientos vitales estresantes específicos. Debido a los efectos del apoyo social en la salud, esta variable también fue valorada como moderadora, junto con datos biomédicos y sociodemográficos. Los resultados indicaron que, en comparación con aquellas mujeres que no reportaban estrés, el estrés mínimo era predictivo, aumentando 1,5 veces la probabilidad de reportar artritis al cabo de los años y de 1,9 veces más probabilidad de artritis para las mujeres con estrés percibido moderado/alto. Estos resultados longitudinales sugerían que el estrés percibido (de mínimo a alto) era un fuerte factor de riesgo que contribuía al desencadenamiento de la artritis 3 años después, por tanto, aquellas mujeres que percibían su vida estresante permanentemente desarrollaban artritis con más facilidad. Los autores plantearon que una de las posibles fuentes de esta percepción crónica de estrés podría ser un mal afrontamiento o las dificultades en adaptar las estrategias para que sean más adaptativas. Y que a nivel clínico, sería importante incidir en reducir el estrés percibido y mejorar la salud mental, ya que, por ejemplo, los estados depresivos facilitaban conductas de salud inapropiadas, además de encontrar también en sus resultados que la depresión tenía carácter predictivo en la artritis. Aunque eran conscientes de que se necesitaba mucha más investigación, los resultados de este estudio atribuían un valor predictivo al estrés percibido comparable a un factor de riesgo tradicional como el índice de masa corporal, ya que estar en la categoría más alta del índice de masa corporal (obesidad) y los niveles de estrés percibido moderado/alto tenían un riesgo similar de desencadenamiento de artritis. Los programas de prevención de la artritis (AR principalmente) deberían centrarse tanto en aspectos modificables como el sobrepeso/obesidad, el tabaquismo, el ejercicio físico y la sobrecarga articular, como en reducir el estrés percibido, mejorar los recursos de afrontamiento personales y sociales, y mejorar el estado mental.

Para finalizar, a día de hoy, tenemos evidencia de que el estrés, por sus implicaciones y su acción de desajuste en el sistema inmune y neuroendocrino, puede jugar un papel importante como desencadenante de la AR, sobre una base de predisposición biológica o genética en el paciente. No todas las personas sometidas a fuertes niveles de estrés, de relativa duración, desarrollan una enfermedad autoinmune, aunque no sepan manejarlo de forma apropiada y les afecte en otros niveles. Así como resulta muy difícil anticipar la vulnerabilidad biológica de las personas a determinados trastornos, en ausencia de enfermedad, para impedir su aparición, una vez que se establece el diagnóstico, como en el caso de pacientes con AR, sí deberíamos intervenir de forma holística, considerando el estrés, aunque sólo sea por la evidencia a nivel fisiológico, como variable mediadora de la misma.

3.3.2. Influencia del estrés en el curso de la enfermedad artritis reumatoide.

De todo lo expuesto anteriormente, podemos deducir que, en prevención primaria, sería aconsejable controlar los niveles de estrés, al menos mediante su correcto afrontamiento, para evitar potenciales problemas de salud física o mental en todos los individuos. En prevención secundaria, que es en la que tenemos mayor capacidad de acción los profesionales de la salud, deberíamos esforzarnos por integrar evaluaciones, seguimientos e intervenciones en aquellos pacientes con enfermedades como la AR, una vez que se evidencia el efecto biológico del estrés tanto en la respuesta inmune como en la inflamatoria.

Entre los factores que juegan un papel en la iniciación, mantenimiento y exacerbación de la AR podemos mencionar el estrés psicológico (De Brouwer et al., 2011). El estrés psicológico agudo y crónico puede inducir cambios pronunciados en la

respuesta inmune innata y adaptativa, como ya hemos comentado. Estos cambios son mediados predominantemente a través de mediadores neuroendocrinos del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal y el eje simpático-adrenal. El estrés psicológico ha demostrado influencia en investigaciones epidemiológicas acerca de la progresión de enfermedades y de la mortalidad, así como en el pronóstico de los resultados en determinadas infecciones víricas, en respuestas a la vacunación, en la latencia del virus del herpes, en la curación de heridas en contexto experimental y en la exploración de la metástasis tumoral. Estos estudios han contribuido a la comprensión de la interacción neuroendocrina-inmunológica, que se altera en muchas condiciones fisiopatológicas, en las que el estrés puede contribuir a esta perturbación, provocando un mal funcionamiento de estas vías de comunicación que pueden desempeñar un papel significativo en la progresión de los procesos de enfermedad (Kemeny y Schedlowski, 2007).

Un número de pruebas cada vez mayor indica que el estrés puede empeorar la artritis, incrementando la sensibilidad al dolor, reduciendo los esfuerzos por soportar los síntomas y, a nivel bioquímico, afectando al proceso de inflamación propiamente dicho (Zautra, 1996; Stojanovich y Marisavljevich, 2008). Los efectos directos del estrés en la inflamación podrían manifestarse mediante respuestas endocrinas. Los datos disponibles apuntan a la actividad de la citocina proinflamatoria como un mediador potencial. Este efecto también ha sido estudiado en adultos sanos, donde el estrés está asociado con incrementos de los marcadores de la inflamación sistémica (incluyendo aumentos en los niveles circulatorios de IL-6 y proteína C reactiva). En la investigación del grupo de Davis sobre el efecto del estrés crónico en los marcadores biológicos de la inflamación, encontraron estos mismos resultados, mayor producción de IL-6 junto con deterioros en la capacidad de los glucocorticoides de inhibir la respuesta celular

inflamatoria. Con la producción de IL-6 sólo el índice de masa corporal y el uso de esteroides estaban relacionados, pero al incluirlas en el modelo estadístico, no disminuyó la contribución del estrés crónico. Los pacientes AR que reportaban niveles altos de estrés (en comparación a niveles bajos) tenían una producción estimulada de IL-6 que era más resistente a los efectos inhibitorios de la hidrocortisona (Davis et al., 2008).

Parece existir cierto acuerdo a la hora de apoyar que el comienzo y la agravación de la enfermedad reumática están influenciados por acontecimientos estresantes. Algunos estudios procedentes de la práctica clínica han confirmado que los pacientes artríticos referían mayor frecuencia de sucesos vitales (divorcios, muertes, hospitalizaciones), así como un mayor nivel de estrés percibido que los grupos control. De hecho, en muchos estudios retrospectivos, hasta el 80% de los pacientes han reportado haber tenido, antes del comienzo de la enfermedad, estrés emocional inusual (Stojanovich, 2010).

Igualmente, se ha constatado que los estresores menores predicen, de forma más satisfactoria que los mayores, las fluctuaciones observadas en la enfermedad (Thomason, Brantley, Jones, Dyer y Morris, 1992). Herrmann, Schölmerich y Straub (2000) realizaron una revisión sistemática de estudios con más de 3000 pacientes con AR, encontrando que los estresores cotidianos breves estaban asociados con un aumento de la actividad de la enfermedad en adultos con AR, que a su vez está asociado con incrementos en los niveles circulatorios de IL-6 (Hirano, Nagashima, Ogawa y Yoshino, 2001; Zautra et al. 2004). Segerstrom y Miller (2004) también encontraron los mismos incrementos en adultos sanos ante estresores cotidianos menores (citado en Davis et al., 2008).

Como estresores cotidianos, podemos mencionar el contexto laboral que puede ser una fuente de estrés para los pacientes con AR. El lugar físico, la situación laboral y el número de horas de trabajo se han asociado con mayor tensión percibida en pacientes con artritis. La inseguridad laboral, el bajo apoyo social, los turnos de trabajo o los trabajos repetitivos poco reforzantes han sido factores que favorecían el estrés laboral. En los pacientes con AR los efectos del estrés laboral se incrementaban por la incertidumbre y las dificultades en la aceptación de la enfermedad. Algunas investigaciones sugieren que el estrés ocupacional puede alterar la eficacia de las respuestas inmunes normales, así como promover estados autoinmunes (Gignac, Sutton y Badley, 2007).

3.3.3. La artritis reumatoide como estresor crónico.

De cualquier forma, dadas las características de la artritis reumatoide, ésta se va a convertir en un estresor nuevo en la vida de los pacientes que la padecen. Es un estresor impredecible que además acarrea 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 sobre la propia autoestima, por ejemplo, la autoestima física o la relativa a la capacidad de desempeño, son algunas de las consecuencias de la enfermedad que dificultan la adaptación de los pacientes y hacen aumentar su estrés psicológico (Evers et al., 1997).

La AR genera un gran impacto alterando la identidad de los pacientes y sus roles, ya que afecta tanto a su salud mental como al papel que desempeñan como cuidadores, amigos y trabajadores (Lempp et al., 2006).

El dolor asociado a la AR es el estresor principal referido por los pacientes con esta enfermedad. Y lo sigue siendo a día de hoy, a pesar de los avances médicos y los tratamientos más específicos para la AR. No obstante, se observa un cambio en el dolor como estresor en la AR. Otake et al. (2013) señalaron en su investigación longitudinal que, aunque el dolor era el mayor estresor en 1987, 2002 y 2009, el porcentaje de pacientes que lo refería como tal iba disminuyendo cada año. El dolor crónico fue significativamente menor en 2009 en comparación a 2002, así como entre los pacientes con terapias biológicas en comparación a las terapias no biológicas. En 2009 encontraron que la relación dolor crónico/índice de actividad de la enfermedad DAS28 era significativamente mayor entre aquellos pacientes que referían el dolor crónico como mayor estresor, en comparación a aquellos que su mayor estresor era otro. Del mismo modo encontraron que, entre esos años, otros estresores diferentes al dolor eran los mismos, e incluso algo más en 2009, y que estaban relacionados con ansiedad y depresión. Los autores resaltan la importancia de conocer todos los estresores de los pacientes con AR para integrarlos en su tratamiento.

Bugajska et al. (2010) trataron de determinar las diferencias culturales en la experiencia de estrés en pacientes con AR, así como determinar los predictores del mismo en este colectivo, basándose en la premisa de que el estrés psicológico tiene un impacto negativo en el curso y progreso de la enfermedad (Straub y Cutolo, 2006; Stojanowich y Marisavljevich, 2008). Evaluaron a pacientes polacos y alemanes concluyendo que variables culturales y sociodemográficas influían en los pacientes en el estrés percibido. Todos los pacientes del estudio referían calidad de vida relacionada con la salud deteriorada y, más de la mitad de ambas muestras mostraban dependencia de terceros en actividades de su vida cotidiana. Los pacientes polacos tenían peor calidad de vida, física y mental, que los alemanes. Ambos grupos sentían en alguna

medida el aislamiento social, pero entre los pacientes alemanes su impacto era significativamente menor. En los pacientes alemanes, los predictores del estrés psicológico fueron ser varón, vivir en pueblo pequeño y capacidad funcional grado 3 (capacidad para realizar el cuidado personal, con limitación para las actividades laborales y no laborales). Este estudio, al igual que otras investigaciones, pone de manifiesto que pueden existir diferencias culturales entre los pacientes con AR. Sería importante clarificar las variables psicológicas relevantes, en función de la cultura y variables sociodemográficas, para poder intervenir adecuadamente en los pacientes con AR.

3.3.4. Estrés y artritis reumatoide: medición de la respuesta fisiológica al estrés.

Una de las posibles formas de evaluación del estrés para precisar su repercusión en el organismo consiste en la medición de la respuesta fisiológica del estrés.

Los primeros trabajos de investigación con población artrítica, considerando la enfermedad como patología articular, utilizaban la actividad electromiográfica (EMG) para evaluar la respuesta de estrés. Moos y Engel (1962), comparando pacientes hipertensos y con AR, monitorizaron la actividad electromiográfica de lugares dolorosos y no dolorosos del cuerpo en pacientes con artritis reumatoide, y los compararon con los resultados obtenidos, en medidas similares, por el otro tipo de pacientes. En comparación a los pacientes con hipertensión, en las mismas zonas corporales, la respuesta de EMG de los pacientes con artritis reumatoide fue mayor en los lugares cercanos a las articulaciones con dolor. Walter y Sondan (1977) encontraron resultados similares al comparar una muestra de pacientes con artritis reumatoide con un

grupo de úlcera duodenal y un grupo de comparación sin patología. Además, también hallaron que los pacientes con artritis reumatoide, no sólo presentaban niveles más altos en EMG en la línea base que los otros grupos, sino que mostraban mayores aumentos en esta respuesta (EMG) ante la presentación de un estresor en laboratorio (resolución de anagramas o aritmética mental) que los sujetos de los otros grupos. Posteriormente, Anderson, Stoyva y Vaughn (1982) estudiaron el grado en que pacientes con artritis reumatoide, individuos sanos y sujetos con otras enfermedades crónicas (cefalea tensiona, hipertensión y migrañas) mostraban demora en la recuperación EMG (vuelta a la línea base), tras la exposición a un estímulo estresante. Sólo entre los pacientes con AR, en la actividad EMG, se observó una demora en la recuperación de la línea base. Esta inadecuada respuesta en el equilibrio (homeostasis), puede favorecer mayor sensibilidad al dolor y actividad de la enfermedad en los pacientes con artritis reumatoide en situaciones de estrés (citado en Redondo y Pérez, 2001).

Actualmente, la mayor parte de las investigaciones utilizan marcadores bioquímicos, obtenidos mediante analíticas, para establecer la relación fisiológica entre estrés y la respuesta física del organismo. La proteína C reactiva, la tasa de sedimentación de eritrocitos y la interleukina IL-6 son las más analizadas. La IL-6 es una citoquina producida principalmente por células del sistema inmune y juega un importante papel en la respuesta inflamatoria aguda. Estimulando la producción de proteínas de fase aguda, incluyendo la proteína C reactiva, la IL-6 incrementa la inflamación. Los niveles circulatorios de IL-6 y la proteína C reactiva estiman la inflamación sistémica (Pearson et al., 2003; citado en Davis et al., 2008) y están asociadas con evidencia radiográfica de la destrucción articular en pacientes con AR (Forsblad d'Elia et al., 2003; citado en Davis et al., 2008; van Leeuwen, Westra, Limburg, van Riel y van Rijswijk, 1995).

De Brouwer et al. (2011) evaluaron la respuesta psicofisiológica al estrés después de un programa de entrenamiento para el manejo del estrés en pacientes con AR. Dividieron aleatoriamente a los pacientes AR en dos grupos, uno con programa de entrenamiento y otro sin él, y analizaron las respuestas al estrés en el seguimiento a la semana y a las 9 semanas. En el grupo de intervención, había una submuestra de pacientes con riesgo psicológico de ansiedad y depresión. El programa individual de manejo del estrés consistió principalmente en psicoeducación y entrenamientos en relajación. Para medir la respuesta psicofisiológica al estrés tomaron muestras de sangre y saliva (alfa-amilasa y cortisol) con la finalidad de medir la respuesta autonómica (alfa-amilasa) y la respuesta endocrina (cortisol), y una medida de estrés percibido mediante una escala analógica visual. Las medidas se tomaron antes y después de la inducción de estrés mediante el Trier Social Stress Test (TSST), que consiste en cálculo mental y entrevista simulada delante de un auditorio. Los resultados indicaron que el grupo de intervención, en comparación al control, mostraba menores niveles de ansiedad y mejor humor. No se encontraron efectos en la sensibilidad psicofisiológica al estrés, ni en el índice de actividad de la enfermedad DAS28 en el post-tratamiento. En el seguimiento a las 9 semanas, los pacientes con AR del grupo de manejo del estrés mostraron menores niveles de estrés percibido y respuesta del cortisol en reacción al estrés. Este efecto fue más significativo en el subgrupo de pacientes de riesgo de malestar psicológico (ansiedad/depresión), avalando investigaciones previas que afirmaban que las intervenciones psicológicas con pacientes AR eran más efectivas entre los que tienen mayor malestar psíquico. Que la intervención en manejo del estrés fuera más efectiva a las 9 semanas, indica que los pacientes AR mejoran a medida que incluyen estos recursos de reducción de estrés en sus rutinas cotidianas, ya que la intervención incluía ejercicios diarios durante y en el seguimiento. Concluyen que estas intervenciones en

manejo del estrés mejoraban tanto a nivel psicológico, mejorando el estrés percibido a través de su afrontamiento, como a nivel físico, reduciendo los niveles de cortisol.

3.3.5. El impacto de las estrategias de afrontamiento al estrés en la artritis reumatoide.

Los retos de adaptación para los pacientes con AR incluyen dificultades de afrontamiento al estrés, obtención de recursos sociales suficientes y mantenimiento del bienestar, en el contexto de un deterioro en la capacidad funcional a lo largo del tiempo (Zautra, 2003). El control emocional y la adaptación a su nueva realidad se hacen imprescindibles, puesto que no sólo la enfermedad puede influir en el bienestar psíquico del paciente, sino que los factores psicosociales también pueden modificar el progreso de la enfermedad.

La artritis reumatoide implica un buen número de demandas de afrontamiento, como pueden ser las dificultades en la movilidad, el dolor, la incertidumbre sobre el desarrollo de la enfermedad y las posibilidades de un deterioro de la autoestima (Affleck, Urrows, Tennen y Higgins, 1987). Se sugiere que el estrés relacionado con la enfermedad puede determinar la elección de la estrategia de afrontamiento. Felton et al. (1984) compararon las estrategias de afrontamiento de sujetos con artritis reumatoide, cáncer, diabetes e hipertensión. Las respuestas de afrontamiento no diferían para los diferentes grupos, pero los resultados indicaron que determinadas estrategias de afrontamiento producían un posterior ajuste adecuado a la enfermedad. Específicamente, las estrategias cognitivas como “búsqueda de información”, estaban relacionadas con afecto positivo; otras como “evitación” o “culpa” se asociaban con una baja autoestima y tenían un impacto negativo sobre el funcionamiento psicológico de

los sujetos. La evaluación del control personal, considerada como un precursor de la conducta de afrontamiento, estaba relacionada con el estado de ánimo positivo y con el ajuste psicosocial de los sujetos con artritis reumatoide (Affleck et al., 1987). Lambert (1985) encontró que el estilo de afrontamiento centrado en el problema no estaba relacionado con el estado de ánimo e, inesperadamente, el estilo de afrontamiento centrado en lo emocional estaba asociado con un nivel emocional más bajo y un menor dolor. Morgan y Spiegel (1987) descubrieron que, en una población con un buen nivel cultural, los estilos de afrontamiento más utilizados eran las estrategias centradas en el problema (por ejemplo, búsqueda e información). Parker et al. (1988) encontraron que en una población de pocos recursos económicos, bajo nivel escolar, predominantemente varones y en el paro, el estilo de afrontamiento era la desconexión mental o fantasías (soluciones poco realistas).

Enfermedades como la AR que cursan con dolor y discapacidad potencial hacen que el concepto afrontamiento cobre vital importancia a la hora de manejar los retos del día a día con las dificultades inherentes a la enfermedad (Bisschop, Knegsman, Beekman y Deeg, 2004; Chapin, 2009; Hill et al, 2007; Keefe y Somers, 2010; Lok et al. 2010; Michaud y Wolfe, 2007; Rao, 2009; Strand y Khanna, 2010; Sturgeon y Zautra, 2010; Suurmeijer et al., 2001; Van Dyke et al., 2004). Aunque desconocemos a día de hoy con claridad las fuentes de malestar de estos pacientes con AR, por investigaciones previas sabemos que el dolor, la capacidad funcional, la actividad de la enfermedad y los tipos de afrontamiento están asociados con el malestar psicológico, explicando parte de la varianza de este malestar (Evers, et al., 2003a; Krol et al., 1995; Nagyova, Stewart, Macejova, van Dijk y van den Heuvel, 2005; Zautra, 1996).

Evers, Kraaimaat, Geenen, Jacobs y Bijlsma (2003b) encontraron que, entre pacientes con AR temprana, el afrontamiento activo del dolor estaba negativamente

relacionado con la capacidad funcional y el afrontamiento activo del estrés con menor malestar psicológico. Scharloo et al. (1999) encontraron que el afrontamiento evitativo estaba relacionado con la fatiga y el afrontamiento pasivo con ansiedad y depresión. En relación a la adaptación de los pacientes, las estrategias de afrontamiento al estrés activas como la solución de problemas, la reestructuración cognitiva y la relajación predicen un mejor ajuste, mientras que el afrontamiento pasivo y la catastrofización conducen a una peor adaptación (Affleck et al., 1992; Jensen, Turner, Romano y Karoly, 1991; Keefe et al., 1989). La literatura existente también apunta a que las estrategias de afrontamiento centradas en el problema son más adaptativas, mientras que las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción están asociadas con mayor dolor y malestar en pacientes con AR y artrosis (Affleck et al., 1999; Englbrecht et al., 2012; Golightly, Allen, Stechuchak, Coffman, y Keefe, 2015).

El interés por evaluar el impacto de las estrategias de afrontamiento en el bienestar de los pacientes con AR, tanto físico como mental, sigue vigente desde sus comienzos hasta nuestros días. Aunque la mayor parte de las investigaciones en afrontamiento siguen el Modelo Transaccional de Lazarus y Folkman, el interés en este campo incluye paulatinamente estudios con otros modelos teóricos de estrés y afrontamiento, todos ellos con la finalidad de discernir aquellas estrategias que resulten más adaptativas para este tipo de pacientes.

Carlisle et al. (2005), basándose en el Modelo de Autorregulación de Leventhal, Meyer y Nerenz (1980), evaluaron a mujeres con AR para establecer la influencia de las representaciones de la enfermedad en las estrategias de afrontamiento que utilizan para hacerle frente.

Este modelo de Leventhal propone que las cogniciones y creencias acerca de la enfermedad que tienen los pacientes influyen en el afrontamiento que llevan a cabo y, por tanto, en los resultados en su salud (positivos o negativos). Establece que la persona realiza dos procesos paralelos: uno cognitivo de evaluación de la amenaza para la salud y otro emocional, y que ambos influyen directamente en las estrategias de afrontamiento que utiliza. Mediante una retroalimentación se evalúa la eficacia del afrontamiento, que influye en las representaciones cognitivas y emocionales, y en las futuras respuestas de afrontamiento. Los cinco componentes principales de la representación enfermedad: identidad (síntomas), causa (atribución), perspectiva temporal (creencia acerca de la probable duración de la enfermedad), consecuencias, y capacidad de control / curación.

Carlisle y colaboradores parten de este modelo teórico en función de investigaciones previas que mantienen la importancia de variables no biológicas en los resultados de las enfermedades reumáticas, ya que se ha encontrado poca relación entre medidas objetivas de la enfermedad (como marcadores bioquímicos de actividad), y la gravedad (en función del daño radiológico), el dolor y la depresión. Esta investigación, al igual que otras anteriores, encontró en estas pacientes con AR que las representaciones de la enfermedad no eran reflejo de su estado de la enfermedad, ya que no hubo relación entre las medidas objetivas de la enfermedad y las representaciones de la misma. Los resultados fueron parecidos a los de la investigación de Scharloo et al. (1998), que tampoco encontraron relación entre las representaciones de la enfermedad y el afrontamiento, ni entre el afrontamiento y el pronóstico de la enfermedad.

En este estudio, sólo el afrontamiento evitativo y mediante la resignación tiene un papel de mediación parcial entre la representación de la enfermedad de identidad de síntomas y la discapacidad y morbilidad psiquiátrica. La explicación de los autores de estos resultados es que centrarse en los síntomas puede favorecer una mayor conciencia de

enfermedad, que haga al paciente sentirse más diferente y aislarse socialmente, reduciendo las actividades de ocio, que redunden en peores resultados de la enfermedad. Según Newman, Fitzpatrick, Lamb y Shipley (1990), los pacientes con mayor afrontamiento activo, incluyendo mantener sus actividades, tenían menor dolor, rigidez, discapacidad y malestar emocional. Debido a la escasa relación entre medidas objetivas de la enfermedad y la percepción de los pacientes, constatada también en esta investigación, los autores resaltan la necesidad de seguir estudiando variables psicológicas que puedan mediar entre estas variables, para poder intervenir en la práctica clínica diaria con pacientes AR.

Recientemente, Palos y Viscu (2014), basándose en este mismo Modelo de Autorregulación y el modelo biopsicosocial, evalúan a pacientes con AR comparados con controles sanos, en ansiedad y depresión, pensamientos negativos automáticos y autoaceptación incondicional. Era un estudio piloto en el que encontraron que la ansiedad y los pensamientos negativos automáticos estaban relacionados con menor autoaceptación incondicional. Comparados con controles sanos, los pacientes con AR mostraban mayores niveles de ansiedad y depresión junto con menor autoaceptación. En base a los resultados, aunque limitados por el pequeño tamaño de la muestra, los autores resaltaron la importancia y necesidad de manejar los pensamientos negativos automáticos y la ansiedad en pacientes con AR, debido a que influían en las estrategias de afrontamiento que utilizaban y, por tanto, en la calidad de vida de estos pacientes.

En la investigación de Curtis, Groarke, Coughlan y Gsel (2005) que examinaba la influencia del estrés percibido, el apoyo social, el afrontamiento y los indicadores de la enfermedad clínica en el ajuste físico, psicológico y social en pacientes con AR, encontraron que el afrontamiento adaptativo estaba relacionado con una buena actividad social y alto afecto positivo, mientras que el afrontamiento evitativo estaba ligado a alto

afecto negativo. Utilizando el Cuestionario de afrontamiento al estrés COPE (Carver, Scheier y Weintraub, 1989), establecieron un factor de afrontamiento adaptativo compuesto por planificación, aceptación, afrontamiento activo, reinterpretación positiva y crecimiento personal, y búsqueda de apoyo social instrumental, junto con un factor de afrontamiento evitativo que estaba compuesto por negación y desconexión conductual. El conjunto de afrontamiento no explicó la varianza de la adaptación física o social, sólo explicó la varianza del afecto positivo y negativo. Este último resultado es congruente con investigaciones previas como la de Parker et al. (1988), que encontraron que el afrontamiento no estaba relacionado con la actividad de la enfermedad y el dolor, o como la de Revenson y Felton (1989), que encontraron relación entre afrontamiento y afecto positivo, y sólo modestas relaciones con el estado de salud. En este estudio, el estado de la enfermedad parecía relativamente independiente del ajuste psicológico y social de los pacientes con AR.

Slim, Dowli, Chaaya, Mahfoud y Uthman (2011) investigaron la relación entre afrontamiento e incapacidad funcional en pacientes con problemas musculoesqueléticos (incluida la AR) en pacientes del sur del Líbano. En el modelo planteado, el afrontamiento activo tenía la misma significación que el dolor. Hallaron que el afrontamiento activo era un factor de protección contra los problemas musculoesqueléticos, en consonancia con investigaciones previas como las de Åsenlöf, Denison y Lindberg (2005), Flor y Turk (1988), Geisser y Roth (1998) y Leibing, Pflingsten, Bartmann, Rueger y Schuessler (1999). Debido al diseño del estudio, quedaría sin esclarecer si los que utilizan mal afrontamiento tienen más riesgo de incapacidad funcional o, a la inversa, que los más incapacitados tengan más probabilidades de afrontar peor el estrés.

Grønning, Lomundal, Koksvik y Steinsbekk (2011) plantearon en su estudio el afrontamiento a la artritis (AR y artritis psoriásica) como un proceso de equilibrio dinámico. Debido a que las estrategias de afrontamiento pasivas, la incapacidad funcional y las percepciones de la enfermedad, han mostrado su influencia negativa en los niveles de dolor, la ansiedad y la depresión de pacientes con AR (Zyrianova, Kelly, Sheehan, McCarthy y Dinan, 2011), estos autores trataron de establecer los procesos de afrontamiento entre pacientes con artritis inflamatoria crónica. Encontraron que los pacientes vivían el afrontamiento como un proceso de equilibrio continuo y dinámico, pasando por momentos de desequilibrio que intentaban restablecer para seguir con una vida “normal”. Para conseguir una vida normal, que se convertía en su objetivo, como han apuntado otras investigaciones como la Ahlmen et al. (2005), Ostlie, Johansson y Moller (2009), Sanderson, Morris, Calnan, Richards y Hewlett (2010), los pacientes con estas enfermedades inflamatorias crónicas tenían que encontrar su propio equilibrio. La actividad de la enfermedad induce un estrés que hace necesario su afrontamiento mediante estrategias cognitivas y conductuales para restablecerlo. Para comprender la artritis y reducir su impacto los pacientes utilizaban estrategias de afrontamiento centradas en el problema como “ajuste”, “seguir como siempre” y “escuchar al cuerpo”. Las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción estaban más centradas en el impacto global de la artritis con emociones vinculadas con “actitud hacia la vida”. Acorde con estos resultados, otros autores como Sinclair y Blackburn (2008) y Lempp et al. (2006) han descrito el afrontamiento como una transformación personal en la que probablemente se vea influenciada la identidad del paciente con estas enfermedades. La principal aportación de este estudio es ofrecer datos de cómo los pacientes llevan a cabo el proceso de afrontamiento. En base a estos resultados podríamos concluir que los

pacientes realizan un afrontamiento dinámico con la finalidad de reestablecer una normalidad en sus vidas, que van ajustando en función del progreso de la enfermedad.

Englbrecht et al. (2012) realizaron un estudio transversal, a nivel internacional, evaluando indicadores de la calidad de vida en pacientes AR como las estrategias de afrontamiento al estrés, la eficacia del afrontamiento, la indefensión y el bienestar físico/mental. Los autores partieron de la idea de que la calidad de vida percibida era el resultado entre los síntomas de la enfermedad (componente negativo) y las estrategias de afrontamiento que utilizaban los pacientes para hacerles frente (componente positivo). Los 434 pacientes con AR, que participaron en el estudio, provenían de países europeos: Estonia, Holanda, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Italia, Noruega, Rumania, España, Turquía e Inglaterra, siendo este último considerado el país de referencia para las comparaciones. Para la evaluación del afrontamiento utilizaron el Coping with Rheumatoid Arthritis Questionnaire (C-RAQ), que evalúa cuatro áreas de afrontamiento: reestructuración cognitiva, distanciamiento, expresión emocional y solución activa de problemas. Los resultados indicaron que el distanciamiento fue la estrategia de afrontamiento más utilizada entre los pacientes con AR, seguido de reestructuración cognitiva, solución activa de problemas y expresión emocional. La reestructuración cognitiva y la solución activa de problemas contribuyeron a la eficacia de afrontamiento, mientras que la expresión emocional estaba relacionada con la indefensión. Aunque hay que interpretar con cautela los resultados en función del género, en esta investigación, las mujeres usaban más estrategias de afrontamiento que los hombres, tenían medidas similares en eficacia del afrontamiento, aunque, no obstante, mostraban mayor indefensión. La edad y la duración de la enfermedad no parecían influir en el uso de estrategias de afrontamiento. La eficacia de afrontamiento estaba relacionada positivamente con la percepción de la salud general, y en función de

los resultados podemos concluir que el uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema podría favorecer la eficacia de afrontamiento, influyendo a su vez en el bienestar mental y físico como indicadores de la calidad de vida de estos pacientes con AR. Comparados con Inglaterra, el país de referencia, los resultados indicaron diferencias en función del país de procedencia. Los pacientes españoles con AR mostraban mayores niveles de indefensión, que estaba asociada significativamente con el dolor, el bienestar físico y mental, la estrategia de afrontamiento centrada en la emoción (expresión emocional) y el índice de actividad de la enfermedad DAS28. Se podría concluir que las estrategias de afrontamiento influyen en la calidad de vida de los pacientes con AR, siendo más beneficiosas para la salud física y mental las estrategias centradas en el problema.

Englbrecht, Kruckow, Araujo, Rech y Schett (2013) evaluaron el impacto del afrontamiento y la actividad de la enfermedad en el funcionamiento físico y el bienestar emocional en pacientes con AR. En toda la muestra de pacientes AR, al igual que en su investigación anterior, la estrategia de afrontamiento al estrés utilizada con más frecuencia era el distanciamiento seguido de la reestructuración cognitiva, la solución activa de problemas y la expresión emocional. Para el resto de análisis clasificaron a los pacientes según los niveles de bienestar físico y emocional respectivamente. Los resultados indicaron que las limitaciones físicas no redundaban necesariamente en malestar emocional, ni viceversa. En función de los subgrupos de pacientes, las estrategias de afrontamiento al estrés utilizadas diferían considerablemente. El distanciamiento y la solución activa de problemas fueron las estrategias más utilizadas significativamente en pacientes con AR con pobre funcionamiento físico y de moderado a pobre bienestar emocional. Controlando la función física, los pacientes con malestar emocional acusado no hacían más esfuerzos de afrontamiento que los pacientes con

bienestar emocional. Los pacientes con malestar físico y emocional acusado, en comparación a los pacientes con poco malestar, utilizaban más la estrategia de solución activa de problemas pero sentían mayor indefensión. En pacientes con mucho deterioro en ambos niveles, el distanciamiento podría ser más adaptativo que la solución de problemas, bien porque esta última requiera demasiados esfuerzos, o porque realmente una no sea superior a la otra en eficacia en este contexto, o porque apliquen mal la solución activa de problemas. Tanto en el malestar emocional como en el funcionamiento físico limitado, el dolor, la actividad global de la enfermedad y la indefensión jugaron un papel importante, de ahí la necesidad de valorar las estrategias de afrontamiento al estrés y, concretamente, al dolor como estresor. Los datos biológicos de la enfermedad como la sedimentación de eritrocitos y el índice de actividad DAS28 no aportaron diferencias significativas en este estudio. Los resultados de la investigación mostraron que la actividad de la enfermedad percibida por el paciente, la indefensión y las estrategias de afrontamiento estaban relacionadas con el bienestar emocional y el funcionamiento físico en pacientes con AR. El deterioro en el bienestar físico y emocional de la AR estaba relacionado con la percepción de mayor actividad de la enfermedad, mayor grado de indefensión y mayor uso de estrategias de afrontamiento. Optimizar el afrontamiento en estos pacientes debería formar parte de la intervención integral.

Gåfvæls et al. (2014) analizaron factores predictivos de efectos emocionales y sociales negativos en pacientes AR, de 18 a 65 años, dos años después del diagnóstico. Dividieron a los pacientes en dos subgrupos en función de la presencia o ausencia de problemas psicosociales, y estos últimos recibieron tratamiento por parte de un trabajador social. Evaluaron a los pacientes a los 3 meses del diagnóstico y 24 meses después. En la investigación se valoraron problemas psicosociales, apoyo social,

variables sociodemográficas, valoración de la enfermedad con medidas objetivas (HAQ, DAS28, sedimentación eritrocitos, valoración reumatólogo, etc.), depresión y ansiedad, afrontamiento al estrés y sentido de coherencia. El sentido de coherencia hace referencia a la capacidad del individuo de afrontar el estrés psicosocial a través de factores de protección y en esta investigación es considerado como estrategia o recurso de afrontamiento. Los resultados indicaron que el mayor predictor de los efectos negativos a los dos años del diagnóstico era tener puntuaciones altas en la escala de depresión. Los pacientes de ambos grupos referían mayor impacto de la enfermedad a los dos años del diagnóstico, aun cuando las mejorías en el estado clínico eran evidentes para todos ellos. El impacto negativo era principalmente a nivel económico, social y de actividades de ocio. Los pacientes con problemas psicosociales tenían mayor malestar emocional (ansiedad y depresión), peores puntuaciones en sentido de coherencia y estrategias de afrontamiento menos adaptativas (mayores puntuaciones en protesta, aislamiento, intrusión y menores en minimización), así como un afrontamiento más rígido, sin modificaciones significativas a lo largo del tiempo. Los pacientes sin problemas psicosociales mejoraron sus estrategias de afrontamiento en cuanto a autoconfianza, reinterpretación cognitiva, protesta e intrusión, pero se deterioraron en cuanto a afrontamiento del problema y confianza social. Las conclusiones más importantes de este estudio son la importancia de valorar a los pacientes a nivel psicosocial al comienzo de la enfermedad, una vez constatada su influencia negativa en el curso de la misma, y la necesidad de considerar variables no directamente relacionadas con la enfermedad, como las psicológicas y sociales, puesto que las mejorías clínicas no necesariamente redundan en mayor bienestar en los pacientes con AR.

El afrontamiento autoeficaz es un concepto integrador basado en la teoría del afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984) y la teoría de autoeficacia de Bandura

(1999), y es actualmente evaluado en varias investigaciones de afrontamiento al estrés. El principio fundamental es que la estrategia de afrontamiento que utilizan las personas se decide en base a la percepción de autoeficacia. Algunos autores como Dirik y Karanci (2010), en base a la teoría de conservación de recursos, proponen que este tipo de afrontamiento autoeficaz es más efectivo en enfermedades con la AR, donde se observa en los pacientes un agotamiento de recursos de afrontamiento debido a la cronicidad de la enfermedad. A este respecto, Benka, Nagyova, Rosenberger, Macejova et al. (2014), basando su investigación en el concepto de afrontamiento autoeficaz, evaluaron a pacientes con AR temprana y establecida para establecer las relaciones entre afrontamiento autoeficaz y malestar psicológico. Los resultados indicaron que el afrontamiento autoeficaz estaba negativamente relacionado con ansiedad y depresión tanto en AR temprana como establecida, con independencia de las variables relacionadas con la enfermedad y la personalidad. La ansiedad en los pacientes con AR temprana estaba explicada de forma considerable por el afrontamiento autoeficaz. Así mismo, este tipo de afrontamiento parecía tener un papel moderador y reducir la ansiedad en pacientes con alto nivel de discapacidad funcional en AR temprana. En cuanto a los marcadores médicos y variables relacionadas con la enfermedad, no se encontraron diferencias entre ambos grupos, aunque la duración de la enfermedad fuera diferente. Para el malestar psicológico (ansiedad y depresión), el concepto de afrontamiento autoeficaz podría ser de utilidad en estos pacientes con AR.

Gruszczyn´ska y Knoll (2015) evaluaron a mujeres hospitalizadas con AR con la finalidad de establecer las relaciones entre el estado afectivo, el dolor y el afrontamiento (centrado en el problema, la emoción y el significado). El afrontamiento centrado en el significado, forma parte del afrontamiento por acomodación, y son los esfuerzos basados en la evaluación del significado del acontecimiento estresante con la

finalidad de mantener el bienestar, principalmente a través de la reinterpretación positiva que favorece controlar activamente la situación. Los autores incluyen este tipo de afrontamiento como otra estrategia más, en base a investigaciones previas que resaltan su utilidad sobre todo en el contexto de manejar el dolor crónico. Los resultados indicaron que aquellas mujeres que utilizaban más el afrontamiento centrado en el significado tenían un mayor afecto positivo, suprimiendo los efectos negativos del dolor cuando no era muy elevado. Es necesaria más investigación acerca de esta estrategia concreta cuyos efectos parecen ser principalmente beneficiosos para el dolor, que es una de las principales preocupaciones de los pacientes con AR.

Como plantean Santiago et al. (2015), las investigaciones en el campo de las estrategias de afrontamiento al estrés nos inducen a pensar en la relevancia e importancia de las mismas como moduladoras del impacto de la enfermedad y de la calidad de vida de los pacientes con AR.

Como conclusión, podríamos decir que los pacientes con AR que adoptan estrategias de afrontamiento pasivo (especialmente evitación, fantasía) tienden a tener más dolor y menor capacidad funcional (Covic, Adamson y Hough, 2000; Treharne, Lyons, Booth y Kitas, 2007; Vriezেকolk, van Lankveld, Geenen y van den Ende, 2011). Estudios transversales muestran de manera consistente que el afrontamiento evitativo está vinculado con un pobre bienestar psicológico (Newman y Mulligan, 2000; Ramjeet, Koutantji, Barrett y Scott 2005). Así mismo, las estrategias pasivas y evitativas están relacionadas con malestar emocional (ansiedad y depresión).

Aunque el modelo transaccional del afrontamiento no implica una rigidez en el uso de estrategias de afrontamiento, complementar el constructo con concepciones como el afrontamiento flexible, puede ser beneficioso para la adaptación a la AR,

particularmente por la variabilidad sintomática y a menudo el curso impredecible de la enfermedad (Zeidner y Saklofske, 1996). La autoeficacia, el afrontamiento centrado en el significado y otros conceptos derivados de la resiliencia pueden aumentar nuestra comprensión del afrontamiento al estrés en enfermedades crónicas como la AR, que nos facilite operativizar intervenciones para fomentar estrategias adaptativas que redunden en mejor calidad de vida para estos pacientes.

Tabla 3. Estudios recientes artritis reumatoide y estrés/afrontamiento al estrés (años 2009-2015)

Autor/es	Participantes y método	Variables e Instrumentos	Resultados
Bugajska et al. (2010)	AR polacos N=300 alemanes N=137	<ul style="list-style-type: none"> - Progresión radiológica. The Steinbrocker classification. - Bienestar físico y emocional. SF-36v2. - Variables sociodemográficas y relacionadas con la enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los resultados indican diferencias culturales entre pacientes AR polacos y alemanes. - Todos los pacientes del estudio referían calidad de vida relacionada con la salud deteriorada y, más de la mitad de ambas muestras mostraban dependencia de terceros en actividades de su vida cotidiana. - Los pacientes polacos tenían peor calidad de vida, física y mental, que los alemanes. - El aislamiento social tenía menor impacto en los pacientes alemanes. - En los pacientes alemanes, los predictores del estrés psicológico fueron ser varón, vivir en pueblo pequeño y capacidad funcional grado 3.
De Brouwer et al. (2011)	AR N=74	<ul style="list-style-type: none"> - Respuesta psicofisiológica al estrés. Muestras de sangre y saliva (alfa-amilasa y cortisol). - Funcionamiento físico. DAS 28. - Funcionamiento psicológico. The state anxiety and negative and positive mood scales of the IRGL. - Evaluación del paciente del entrenamiento en manejo del estrés. Escala tipo Likert. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dividieron aleatoriamente a los pacientes AR en dos grupos: intervención manejo estrés/ sin intervención. - En el grupo de intervención, había una submuestra de pacientes con riesgo psicológico de ansiedad y depresión. - Los resultados indicaron que el grupo de intervención, en comparación al control, mostraba menores niveles de ansiedad y mejor humor después de la inducción del estrés (Trier Social Stress Test, TSST). - No se encontraron efectos en la sensibilidad psicofisiológica al estrés, ni en el índice de actividad de la enfermedad DAS28 en el post-tratamiento. - En el seguimiento a las 9 semanas, los pacientes con AR del grupo de manejo del estrés mostraron menores niveles de estrés percibido y respuesta del cortisol en reacción al estrés. Este efecto fue más significativo en el subgrupo de pacientes de riesgo de malestar psicológico (ansiedad/depresión).
Grønning et al. (2011)	AR, artritis psoriásica y poliartritis N=26	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista semiestructurada acerca del afrontamiento de la artritis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes vivían el afrontamiento como un proceso de equilibrio continuo y dinámico. - Existían momentos de desequilibrio que intentaban restablecer para seguir con una vida "normal", que era su principal objetivo. - Para comprender la artritis y reducir su impacto los pacientes utilizaban estrategias de afrontamiento centradas en el problema como "ajuste", "seguir como siempre" y "escuchar al cuerpo". - Las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción estaban más centradas en el impacto global de la artritis con emociones vinculadas con "actitud hacia la vida".

Tabla 3. (Continuación)

Autor/es	Participantes y método	Variables e Instrumentos	Resultados
Niu et al. (2011)	Artritis N=18 Cualitativo Descriptivo	- Entrevista semiestructurada acerca de la etiología, afrontamiento y conocimiento de la artritis.	<ul style="list-style-type: none"> - Los resultados del estudio encontraron que los pacientes utilizaban explicaciones basadas en la fe (voluntad de Dios) o en el ambiente (contacto con el agua) para establecer la etiología de la enfermedad. - El dolor y la incapacidad funcional, a nivel social, la repercusión de la artritis, mostraba claras diferencias en cuanto al género. Los hombres mayor preocupación por interferencia con el rol laboral y las mujeres con el social y familiar. - Las estrategias de afrontamiento más utilizadas eran la oración y la evitación del agua.
Slim et al. (2011)	Enfermedades musculoesqueléticas (incluida AR) N=200	<ul style="list-style-type: none"> - Incapacidad funcional y afrontamiento de las enfermedades musculoesqueléticas. Community Oriented Pro-gram for Control of Rheumatic Diseases (COPCORD) Core Questionnaire. - Variables relacionadas con la enfermedad. Reportadas por los pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hallaron que el afrontamiento activo era un factor de protección contra los problemas musculoesqueléticos. - En el modelo planteado, el afrontamiento activo tenía la misma significación que el dolor.
Engbrecht et al. (2012)	AR N=434 Observacional Internacional Transversal	<ul style="list-style-type: none"> - Afrontamiento de la AR. Coping with Rheumatoid Arthritis Questionnaire (C-RAQ). - Indefensión y eficacia del afrontamiento. Escalas numéricas 11 puntos. - Impacto de la artritis. RAID. - Actividad de la enfermedad. DAS28. - Incapacidad funcional. HAQ. - Dolor y fatiga. Escalas numéricas 11 puntos. - Salud general percibida. SF-36. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los resultados indicaron que el distanciamiento fue la estrategia de afrontamiento más utilizada entre los pacientes con AR, seguido de reestructuración cognitiva, solución activa de problemas y expresión emocional. - La reestructuración cognitiva y la solución activa de problemas contribuyeron a la eficacia de afrontamiento, mientras que la expresión emocional estaba relacionada con la indefensión. - Las mujeres usaban más estrategias de afrontamiento que los hombres, tenían medidas similares en eficacia del afrontamiento, aunque, no obstante, mostraban mayor indefensión. - La edad y la duración de la enfermedad no parecían influir en el uso de estrategias de afrontamiento. - La eficacia de afrontamiento estaba relacionada positivamente con la percepción de la salud general. - Los pacientes españoles con AR mostraban mayores niveles de indefensión, que estaba asociada significativamente con el dolor, el bienestar físico y mental, la estrategia de afrontamiento centrada en la emoción (expresión emocional) y el índice de actividad de la enfermedad DAS28.

Tabla 3. (Continuación)

Autor/es	Participantes y método	Variables e Instrumentos	Resultados
Vriezokolk, van Lankveld et al. (2012)	Enfermedades reumáticas crónicas (incluida AR) N=177	<ul style="list-style-type: none"> - Afrontamiento flexible. COFLEX. - Ansiedad y depresión. Impact of Rheumatic Diseases on General Health and Lifestyle questionnaire (IRGL). - Funcionamiento físico y dolor. Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS2-SF). - Afrontamiento centrado en el problema y en la emoción. Coping Inventory for Stressful Situations (CISS). - Afrontamiento asimilativo y acomodativo. Tenacious Goal Pursuit (TGP) y Flexible Goal Adjustment (FGA). - Aceptación. 6-item Acceptance scale of the Illness Cognition Questionnaire (ICQ). 	<ul style="list-style-type: none"> - Examinaron las correlaciones de los componentes del constructo afrontamiento flexible con los componentes del afrontamiento dual (asimilación y acomodación) y con componentes clásicos de afrontamiento (afrontamiento centrado en el problema y afrontamiento centrado en la emoción). - Encontraron que versatilidad estaba relacionada con el afrontamiento dual, asimilación y acomodación, así como con aceptación, afrontamiento centrado en el problema y bajo afrontamiento centrado en la emoción. - Versatilidad tenía una capacidad de adaptación en el ajuste psicológico, ya que estaba asociado a menores niveles de malestar emocional, mientras que no encontraron relación con el dolor y el ajuste físico. - Reflexibilidad estaba positivamente asociado tanto con afrontamiento centrado en el problema y en la emoción, negativamente con asimilación y no relacionado con malestar psicológico y aceptación. - No demostraron validez de los constructos en enfermedades reumáticas inflamatorias.
Vriezokolk, Geenen et al. (2012)	Enfermedades reumáticas inflamatorias y fibromialgia. N=22	-Afrontamiento flexible, aceptación, malestar emocional y satisfacción con el programa.	- Después del programa de intervención, los resultados indicaron que aunque no hubo cambios en el afrontamiento flexible, el malestar de los pacientes mejoró significativamente al igual que la aceptación de la enfermedad.

Pre Post tratamiento

Tabla 3. (Continuación)

Autor/es	Participantes y método	Variables e Instrumentos	Resultados
Englbrecht et al. (2013)	AR N=177	<ul style="list-style-type: none"> - Incapacidad funcional. HAQ. - Funcionamiento mental y bienestar emocional. Mental Component Summary Scale of the SF-36 (MCSS). - Actividad de la enfermedad. Rheumatoid Arthritis Disease Activity Index (RADAI). - Afrontamiento. Coping with Rheumatoid Arthritis Questionnaire (C-RAQ). - Indefensión. Escala numérica 11 puntos. 	<ul style="list-style-type: none"> - La estrategia de afrontamiento al estrés utilizada con más frecuencia era el distanciamiento seguido de la reestructuración cognitiva, la solución activa de problemas y la expresión emocional. - Dividieron a los pacientes en función del bienestar físico/bienestar emocional, demostrando que las estrategias de afrontamiento al estrés utilizadas difieren considerablemente. - El distanciamiento y la solución activa de problemas fueron las estrategias más utilizadas significativamente en pacientes con AR con pobre funcionamiento físico y de moderado a pobre bienestar emocional. - Los pacientes con malestar emocional acusado no hacían más esfuerzos de afrontamiento que los pacientes con bienestar emocional. - Los pacientes con poco malestar físico y emocional acusado, en comparación a los pacientes con mucho malestar, utilizan más la estrategia de solución activa de problemas pero sienten mayor indefensión. - En pacientes con mucho deterioro en ambos niveles, el distanciamiento podría ser más adaptativo que la solución de problemas. - Los datos biológicos de la enfermedad como la sedimentación de eritrocitos y el índice de actividad DAS28 no aportaron diferencias significativas en este estudio.
Harris et al. (2013)	Mujeres AR, artrosis y otras artritis N=12202	<ul style="list-style-type: none"> - Estrés percibido. The Australian Longitudinal Study on Women's Health developed Perceived Stress Scale. - Eventos vitales negativos. Life Event Questionnaire. - Apoyo social percibido. Medical Outcomes Study Social Support Survey. - Índice de masa corporal, actividad física, tabaquismo, menopausia. Reportadas por pacientes. - Enfermedades comórbidas (diabetes, enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, anemia, fatiga, enfermedades gástricas, migrañas). Reportadas por pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los resultados indicaron que, en comparación con aquellas mujeres que no reportaban estrés, el estrés mínimo era predictivo, aumentando 1,5 veces la probabilidad de reportar artritis al cabo de los años y de 1,9 veces más probabilidad de artritis para las mujeres con estrés percibido moderado/alto. - Los resultados de este estudio indicaron un valor predictivo del estrés percibido comparable a un factor de riesgo tradicional como el índice de masa corporal, ya que estar en la categoría más alta del índice de masa corporal (obesidad) y los niveles de estrés percibido moderado/alto tenían un riesgo similar de desencadenamiento de artritis. - Las mujeres que perciben su vida estresante permanentemente desarrollaban artritis con más facilidad.

Tabla 3. (Continuación)

Autor/es	Participantes y método	Variables e Instrumentos	Resultados
Assari (2014)	<p>Enfermedades crónicas/reumatismos. Afroamericanos N=3570</p> <p>Caribeños de color N=1438</p> <p>Blancos no hispanos N=891</p> <p>Transversal</p> <p>Observacional</p>	<p>- Entrevista semiestructurada de afrontamiento religioso positivo.</p> <p>- Salud Mental. World Mental Health Composite International Diagnostic Interview (CID).</p> <p>- Número de enfermedades crónicas. Reportado por los pacientes.</p>	<p>- Los resultados indicaron que entre los caribeños de color el efecto de la enfermedad crónica en la salud mental es menor si muestran elevados niveles de afrontamiento religioso, así como que tiene un efecto amortiguador cuando concurren varias enfermedades crónicas.</p> <p>- Entre pacientes afroamericanos y blancos no hispanos, no se observaron estos efectos.</p>
Benka, Nagyova, Rosenberger, Macejova et al. (2014)	<p>AR temprana N=102</p> <p>AR establecida N=146</p> <p>Transversal</p> <p>Observacional</p>	<p>- Incapacidad funcional. Groningen Activity Restriction Scale (GARS).</p> <p>- Neuroticismo y extraversión. Eysenck's Personality Questionnaire revised short scale (EPQ-RSS).</p> <p>- Malestar emocional. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).</p> <p>- Afrontamiento eficaz. Coping Self-Efficacy scale (CSE).</p> <p>- Índice de actividad de la enfermedad. DAS28.</p>	<p>- El afrontamiento autoeficaz está negativamente relacionado con ansiedad y depresión tanto en AR temprana como establecida, con independencia de las variables relacionadas con la enfermedad y la personalidad.</p> <p>- La ansiedad en los pacientes con AR temprana estaba explicada de forma considerable por el afrontamiento autoeficaz.</p> <p>- El afrontamiento autoeficaz parece tener un papel moderador y reducir la ansiedad en pacientes con alto nivel de discapacidad funcional en AR temprana.</p> <p>- En cuanto a los marcadores médicos y variables relacionadas con la enfermedad, no se encontraron diferencias entre ambos grupos, aunque la duración de la enfermedad fuera diferente.</p>
Gáfvvels et al. (2014)	<p>AR N=95</p> <p>Longitudinal</p> <p>2 años</p>	<p>- Experiencias negativas de la enfermedad y expectativas. Preguntas con alternativa respuesta.</p> <p>- Situación social. Epidemiological Investigation on Rheumatoid Arthritis study (EIRA).</p> <p>- Ansiedad y depresión. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).</p> <p>- Sentido de coherencia. 13-item Sense of Coherence (SOC).</p>	<p>- Dividieron pacientes por problemas psicosociales en línea base: sí (PPS) y no (NPPS).</p> <p>- Los pacientes de ambos grupos referían mayor impacto de la enfermedad a los dos años del diagnóstico, aun cuando las mejorías en el estado clínico eran evidentes para todos ellos.</p> <p>- Los pacientes con problemas psicosociales tenían mayor malestar emocional, peores puntuaciones en sentido de coherencia y estrategias de afrontamiento menos adaptativas (mayores puntuaciones en protesta, aislamiento, intrusión y menores en minimización), así como un afrontamiento más rígido sin modificaciones significativas a lo largo del tiempo.</p> <p>- Los pacientes sin problemas psicosociales mejoraron sus estrategias de afrontamiento en cuanto a autoconfianza, reinterpretación cognitiva, protesta e intrusión, pero se deterioraron en cuanto a afrontamiento del problema y confianza social.</p>

Tabla 3. (Continuación)

Autor/es	Participantes y método	Variables e Instrumentos	Resultados
Palos y Viscu (2014)	AR N=25 Controles sanos N=25 Observacional Transversal	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad. Hamilton Anxiety Scale. - Pensamientos negativos automáticos. Automatic Thoughts Questionnaire. - Aceptación incondicional. Unconditional Self-Acceptance Questionnaire. - Calidad de vida y estado clínico. Entrevistas semiestructuradas. 	<ul style="list-style-type: none"> - La ansiedad y los pensamientos negativos automáticos están relacionados con menor autoaceptación incondicional. - Comparados con controles sanos, los pacientes con AR mostraban mayores niveles de ansiedad y depresión junto con menor autoaceptación.
Gruszczyn'ska y Knoll (2015)	Mujeres AR hospitalizadas N=95 Observacional Intervalo de 3 días (diary approach)	<ul style="list-style-type: none"> - Afectos positivos y negativos. Positive affect (PA) and negative affect (NA). - Dolor. Escala analógica visual. - Afrontamiento centrado en el problema y en la emoción. Realizado por los autores derivado de WCQ, CISS y COPE. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los resultados indicaron que aquellas mujeres que utilizaban más el afrontamiento centrado en el significado tenían un mayor afecto positivo, suprimiendo los efectos negativos del dolor cuando no era muy elevado.

4. CALIDAD DE VIDA: CAPACIDAD FUNCIONAL EN ARTRITIS REUMATOIDE.

4.1. Definición de nivel de funcionalidad o capacidad funcional.

El nivel de funcionalidad o capacidad funcional es uno de los componentes del constructo calidad de vida que hace referencia a la capacidad del enfermo para realizar las actividades de la vida diaria (higiene personal, prensión, movilidad, etc.). Se refiere, concretamente, a la repercusión de la enfermedad en la capacidad de independencia y autonomía del enfermo, y suele ser evaluado con cuestionarios que hacen referencia a actividades motoras necesarias para la vida diaria sin la valoración subjetiva del paciente.

Como ya mencionamos en el capítulo 1, no conviene olvidar que aunque en muchos estudios clínicos se equipara nivel de funcionalidad a calidad de vida; el concepto nivel de funcionalidad es, dentro de la calidad de vida, el que denota la repercusión física de la enfermedad en la vida cotidiana del enfermo, ya que la calidad de vida es un constructo multidimensional, mucho más general, compuesto al menos por los cinco dominios siguientes (Fernández, 1994):

1. El estatus funcional, o estado funcional, que hace referencia a la capacidad para realizar las actividades cotidianas habituales como: autocuidado, movilidad, actividades físicas y actividades sociales.
2. Síntomas físicos relacionados con la enfermedad y relacionados con el tratamiento, informados por los propios pacientes. Los síntomas pueden ser evaluados mediante preguntas dicotómicas (ausencia/presencia), en función a la frecuencia de aparición, de la gravedad y/o de la duración.

3. El funcionamiento psicológico (malestar psicológico, principalmente ansiedad y depresión).

4. El funcionamiento social. Participación e interacción social, ya que esta puede verse alterada en las enfermedades crónicas.

5. Evaluación global. Finalmente, dado que la calidad de vida es más que la suma de sus partes componentes, lo habitual es incluir una evaluación global de la calidad de vida percibida, para complementar las medidas más específicas.

4.2. Evaluación y escalas de clasificación de la capacidad funcional en pacientes con AR.

La evaluación de la capacidad funcional se basa habitualmente en cuestionarios autoinformados que proporcionan información precisa sobre la capacidad del enfermo para realizar las actividades de la vida diaria.

Por otro lado, medidas complementarias para la capacidad funcional son las evaluaciones del reumatólogo, como el índice de actividad de la enfermedad, habitualmente el DAS28, la tasa de sedimentación de eritrocitos, la proteína C reactiva y las pruebas radiológicas (radiográficas y ecográficas).

Existen varios instrumentos para medir el nivel de funcionalidad. El Cuestionario de la salud de Stanford HAQ (Health Assessment Questionnaire) compuesto en 1980 por Fries, Spitz, Kraines y Holman de la Universidad de Stanford (EE.UU.), es un cuestionario diseñado específicamente para las enfermedades

reumáticas, aunque es utilizado también en otro tipo de enfermedades; evalúa el grado de incapacidad funcional que, junto con el dolor, es el aspecto que más preocupa a los enfermos de artritis reumatoide (eg., Kirwan y Silman, 1987); sus características psicométricas (fiabilidad, validez, viabilidad) han sido comprobadas adecuadamente (Fries et al., 1980; Fries, Spitz y Young, 1982; Wolfe et al., 1988); es uno de los instrumentos de salud más ampliamente utilizados dentro del campo de la reumatología; de los más breves (6 a 10 minutos), y diseñado para ser autoaplicado.

La versión original de HAQ, prácticamente en desuso, incluía también preguntas acerca de los costes económicos, efectos secundarios de la medicación, etc. Comúnmente se utiliza el nombre genérico original HAQ para referirse a la aplicación del Índice de Discapacidad (HAQ-DI), que es el cuestionario de capacidad funcional compuesto por 20 ítems que hacen referencia a actividades de la vida cotidiana pertenecientes a 8 dominios. Utilizando la puntuación directa del cuestionario se obtiene menor índice de discapacidad que con la corrección original (en la que en las puntuaciones inferiores a, se sube a 2 si el paciente utiliza alguna ayuda). La puntuación total del HAQ tiene un rango de 0 a 3 (media de las puntuaciones de las 8 categorías). Con puntuaciones iguales o superiores a 1 se considera que el paciente tiene alguna discapacidad o limitación en su capacidad funcional.

Con los resultados obtenidos en la prueba se puede clasificar al paciente según las Escalas de Clasificación de la capacidad funcional en la artritis reumatoide según la ARA (American Rheumatism Association, 1949) y la ARC (American College of Rheumatology, 1990).

Tabla 4. Clasificación limitación capacidad funcional o discapacidad.

CLASE	ARA (1949)	ARC (1990)
I	Capacidad funcional completa para realizar las actividades habituales sin dolor ni limitación.	Capacidad completa para realizar todas las actividades de la vida cotidiana habituales.
II	Capacidad de realizar las actividades habituales a pesar de presentar dolor o limitación en una o más articulaciones.	Capacidad para realizar el cuidado personal y su actividad laboral, con limitación para las actividades no laborales.
III	Capacidad funcional restringida a pocas o ninguna de las actividades habituales o sólo al cuidado personal.	Capacidad para realizar el cuidado personal, con limitación para las actividades laborales y no laborales.
IV	Incapacidad. Enfermos confinados en la cama o en una silla.	Incapacidad para realizar todas las actividades del cuidado personal.

* Fuente adaptada de Batlle, Esteve-Vives, Reig (1991).

4.2.1. Idoneidad del uso del HAQ para la evaluación de la capacidad funcional.

En la actualidad, la mayor parte de las investigaciones en el ámbito de la reumatología utilizan este cuestionario (HAQ) para medir el nivel de funcionalidad en los pacientes, ya que sigue siendo la herramienta más común en la práctica clínica y la más aplicada en las últimas décadas.

Debido a la discrepancia encontrada entre la valoración médica (profesional y a través de marcadores biológicos, eg., Hewlett, 2003) y las percepciones del paciente acerca del estado e impacto de su enfermedad, tanto desde el contexto de la práctica

clínica como de la investigación, han proliferado los cuestionarios basados en medidas autoinformadas por los pacientes, especialmente en lo que se refiere a calidad de vida (Sanderson et al., 2011). A diferencia de los cuestionarios de calidad de vida percibida, que evalúan el desempeño y satisfacción física, mental y social, con valoración subjetiva, las actividades cotidianas valoradas en el HAQ se plantean desde un punto de vista objetivo y, en principio, sin la valoración subjetiva del sujeto.

El HAQ es considerado el mejor predictor de la discapacidad futura incluyendo gasto socioeconómico, discapacidad laboral, cirugía ortopédica y mortalidad (Michaud, Vera-Llonch y Oster, 2012). También es considerado el cuestionario que refleja mejor la necesidad de ayudas sociales (dispositivos de ayuda domiciliaria, prestaciones sociales, etc.), por encima de las puntuaciones DAS28 y de calidad de vida SF-36 (Janssens, Decuman, De Keyser y Belgian Rheumatoid Arthritis Disability Assessment, 2014).

Sería prácticamente imposible detallar todas las investigaciones relevantes que utilizan el HAQ para valorar el nivel de funcionalidad de los pacientes con AR. Es un instrumento que aparece en la mayoría de las investigaciones en estos pacientes, con independencia de la finalidad del estudio. De hecho, aunque sea una medida autoinformada, gran número de investigaciones, por no decir prácticamente todas, considera sus resultados como parte de las medidas objetivas de la enfermedad como la proteína C reactiva, la tasa de sedimentación de eritrocitos, el índice de actividad de la enfermedad DAS28, el daño radiográfico/ecográfico, el factor reumatoide, etc.

A modo de ejemplos del extendido uso del HAQ, podemos considerar las investigaciones que siguen a continuación, que se centran en aspectos médicos de la

AR. Wolfe (2000) investigó el curso de la incapacidad funcional de la artritis reumatoide medida a través de la puntuación del HAQ.

Sokka, Krishnan, Häkkinen y Hannonen (2003) compararon las puntuaciones del HAQ de capacidad funcional de pacientes con artritis reumatoide con las puntuaciones de población general (ajustada en sexo y edad), concluyendo que el impacto de la incapacidad debida a la artritis reumatoide era mayor en personas jóvenes y de mediana edad, que en personas mayores.

Krishnan, Sokka, Häkkinen, Hubert y Hannonen (2004) utilizaron este cuestionario para evaluar el grado de incapacidad funcional en población general y establecer valores normativos en población finlandesa.

Drossaers-Bakker et al. (2002) en su investigación para intentar predecir el daño radiográfico, la incapacidad y el curso de la artritis reumatoide, utilizaron el HAQ como medida de la capacidad funcional.

Westhoff, Listing y Zink (2000) también utilizaron el HAQ para la medición del nivel funcional en su investigación para identificar pacientes con artritis reumatoide de alto riesgo como para perder la capacidad de vivir de forma independiente.

Strand et al. (1999) analizaron la eficacia de un tratamiento farmacológico comparado con un grupo control (placebo) utilizando las medidas del HAQ y el HAQII para la evaluación del nivel de funcionalidad.

Sokka, Kankainen y Hannonen (2000) evaluaron la capacidad funcional de 141 pacientes de artritis reumatoide mediante el HAQ para medir las correlaciones entre la incapacidad funcional y otras medidas del estado clínico (puntuaciones radiográficas Larsen y dolor), concluyendo que las puntuaciones de capacidad funcional estaban más

fuertemente relacionadas con dolor, que con puntuaciones radiográficas de pequeñas articulaciones.

De Jong et al. (2003) evaluaron los efectos a largo plazo del ejercicio físico en la mejora de la capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide, utilizando las medidas del HAQ y el MACTAR.

Welsing, Van Gestel, Swinkels, Kiemeney y Van Riel (2001) investigaron la relación entre capacidad funcional, actividad de la enfermedad y destrucción articular durante el curso de la artritis reumatoide utilizando la puntuación del HAQ como medida de la capacidad funcional.

El cambio en las puntuaciones del HAQ es una de las medidas utilizadas para ver la **progresión de la discapacidad** en los pacientes con AR. Los cambios en la enfermedad, debido a las variaciones de la actividad de la enfermedad e inflamación de una o varias articulaciones, son detectados usando esta herramienta que muestra sensibilidad para discriminar entre fases agudas y asintomáticas. De hecho, en la progresión habitual de la AR se observan aumentos de la incapacidad funcional en la AR temprana que disminuyen por el efecto de los tratamientos, ligeras progresiones en la AR establecida, para volver a aumentar en las fases finales de la enfermedad. Las puntuaciones del HAQ correlacionan con la respuesta a los tratamientos y con el daño articular (Kingsley, Scott y Scott, 2011).

La **influencia de otras variables** es otro aspecto importante que hay que señalar. Las puntuaciones en discapacidad, valoradas a través del HAQ, se ven influidas por variables como la depresión, la pobreza o el bajo estado socioeconómico y las comorbilidades. En la investigación de Baruth, Wilcox, Schoffman y Becofsky (2013) evaluaron factores relacionados y no relacionados con la enfermedad artrítica para

determinar aquellos que influían en la discapacidad de estos pacientes (utilizando la medida del HAQ). Los resultados finales indicaron que el diagnóstico de AR, mayor edad, mayor duración de la artritis, menor educación, el uso de corticoides y narcóticos, mayor dolor, mayor rigidez, mayor depresión y menor autoeficacia estaban relacionados con mayor discapacidad.

Por último, en la línea de las **discrepancias entre valoración objetiva y desempeño del paciente**, así como en variables que influyen en el HAQ, es interesante mencionar el estudio en pacientes mayores con artrosis que evaluaba dolor, estrategias de afrontamiento al dolor, funcionamiento físico (HAQ) y daño radiológico. La concordancia entre daño radiológico y puntuaciones del HAQ era evidente en las puntuaciones bajas de ambas variables, mientras que en daño radiológico moderado y elevado no se observaba esa misma relación lineal con las puntuaciones del HAQ. Los autores trataron de explicar estas discrepancias en parte por las estrategias de afrontamiento al dolor utilizadas, indicando que el uso de estrategias de afrontamiento activas, en comparación con las pasivas, estaban asociadas a mejor capacidad funcional (Izal, López-López, Montorio y González, 2010).

De todo lo expuesto anteriormente, podríamos concluir que en la evaluación de la capacidad funcional/nivel de funcionalidad/discapacidad es apropiado el uso del Cuestionario de la salud de Stanford (HAQ). Así mismo, debido a que la relación entre otros parámetros objetivos de la enfermedad AR y las puntuaciones del HAQ no siempre se corresponden, no resulta extraño plantearse que existen otras variables en juego que ayuden a explicarlo, entre las que podemos considerar también las psicológicas.

4.3. Nivel de funcionalidad y su relación con variables psicológicas en pacientes con artritis reumatoide.

La influencia de la conducta y los afectos en la enfermedad médica está ampliamente reconocida a lo largo de las investigaciones, como venimos ofreciendo en los capítulos anteriores.

La relación entre variables psicológicas y alteración de una enfermedad médica, en nuestro caso concreto, empeoramiento en el nivel de funcionalidad como manifestación objetiva del deterioro del curso de la artritis reumatoide, está contemplado en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), que mantiene la idea de que los factores psicológicos pueden influir de forma significativa sobre el inicio y curso de cualquier trastorno orgánico, así como interferir con el tratamiento, ser un factor de riesgo para la condición médica o precipitar/empeorar los síntomas debido a la respuesta fisiológica al estrés.

Así mismo, el DSM-V (APA, 2014) establece que esta interferencia con la condición médica puede deberse a trastornos mentales, rasgos de personalidad, síntomas psicológicos, respuestas físicas al estrés, por conductas inapropiadas o de riesgo para la salud, o por factores culturales, biográficos y sociodemográficos.

4.3.1. Factores implicados e impacto en la calidad de vida por las limitaciones en la capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide.

Dentro de las enfermedades crónicas, las enfermedades reumáticas generan una calidad de vida relacionada con la salud comparable a enfermedades importantes como las neurológicas, pulmonares o cardiológicas. Loza, Abásolo, Jover, Carmona y

EPISER (2008), en la encuesta nacional de salud con población española, encontraron que las enfermedades neurológicas eran las que generaban más deterioro en las puntuaciones del HAQ, seguidas de enfermedades congénitas, enfermedades pulmonares y las enfermedades reumáticas. En el componente físico de calidad de vida (SF-12) las peores puntuaciones eran de las enfermedades congénitas seguidas de las enfermedades reumáticas. Las enfermedades psiquiátricas eran las que mostraban peores puntuaciones en el componente de salud mental del SF-12, siendo las enfermedades reumáticas las cuartas de la lista.

Loza, Jover, Rodríguez, Carmona y EPISER (2008) resaltaron, así mismo, que la concurrencia de dos o más enfermedades crónicas afectaba significativamente al funcionamiento diario y a la calidad de vida relacionada con la salud, especialmente si una de las enfermedades crónicas era reumática, que se encontraba presente en más de la mitad de los pacientes con multimorbilidad. En España la multimorbilidad era alta, en este estudio, entre un cuarto y un tercio de los participantes de más de 20 años tenía 2 o más enfermedades crónicas.

Los pacientes con enfermedades reumáticas valoran su capacidad funcional como un indicador de salud, tratando de adaptarse a sus limitaciones de la mejor manera posible, con la finalidad de no perder su independencia. En el estudio cualitativo de Ottenvall y Hakansson (2013), a pesar de la AR y la artritis juvenil, las mujeres evaluadas consideraban extremadamente importante poder mantener sus actividades diarias (tanto familiares como sociales) como señal de buena salud. Es importante resaltar como las mujeres de este estudio adaptaban sus limitaciones, mediante dispositivos de ayuda y priorización de tareas para mantener las energías, con la finalidad de tener una actividad cotidiana normalizada. A pesar de que, comparados con otras enfermedades reumáticas como la fibromialgia, los pacientes con AR han

mostrado peor calidad de vida relacionada con la salud física (Öncü, Başoğlu y Kuran, 2013). Para adaptarse a la enfermedad, en muchas ocasiones, los pacientes con AR tienen que recurrir a dispositivos asistenciales y ajustes en el hogar, se han señalado determinados factores que explican la mayor dependencia de terceras personas, como son ser mujer y estar soltero (Pölluste, Kallikorm, Mättik y Lember, 2012).

La AR se caracteriza por inflamación, rigidez, dolor, fatiga, deformidad de los miembros y progreso a la discapacidad. Como ya hemos mencionado anteriormente, el dolor y la discapacidad son las dos preocupaciones principales de los pacientes con AR. Además, ambas variables se relacionan íntimamente. La inflamación y/o las erosiones que provocan la limitación en la capacidad funcional generalmente van acompañadas de dolor, así como el dolor limita el uso de las articulaciones dañadas, favoreciendo su atrofiamiento y, por tanto, una mayor progresión a la incapacidad.

Varias investigaciones tienen el objetivo de identificar **factores psicosociales implicados** en el estado de la enfermedad y en la calidad de vida de los pacientes con AR. A este respecto, Kojimaa et al. (2009) evaluaron a los pacientes en variables médicas (severidad de la enfermedad, incapacidad funcional, duración de la AR, recuento de las articulaciones sensibles y/o hinchadas, frecuencia de las cirugías por artritis y los niveles de la proteína C-reactiva) y en calidad de vida SF-36, dolor, fatiga, depresión, ansiedad y apoyo social (SSQ6). La calidad de vida mental correlacionó negativamente con ansiedad, depresión, número de articulaciones sensibles, dolor y fatiga, mientras que se observaron relaciones positivas con las dos subescalas de apoyo social percibido. De los cuatro factores que identificó el análisis (actividad de la enfermedad, estado físico, sintomatología actual y nivel psicosocial), el factor psicosocial correlacionaba de forma significativa tanto con el estado físico como con la sintomatología actual, pero no con la actividad de la enfermedad. Esta última variable,

en este estudio, no se relacionaba ni con los factores psicosociales ni con la calidad de vida (física y mental) de los pacientes con AR.

Las **diferencias culturales** se han considerado en los estudios de discapacidad y calidad de vida de los pacientes con AR. La progresión en el curso de la enfermedad y la discapacidad difiere de unos países a otros, en gran medida, por cuestiones culturales, educativas y de facilidad de acceso a los servicios sanitarios y fármacos necesarios para su tratamiento. De hecho, aquellos pacientes con artritis tienen que buscar estrategias para sufragar los gastos médicos (pidiendo dinero a terceros, gastos con la tarjeta de crédito, etc.) tienen peor estado de salud tanto físico como psíquico, así como más riesgo de tomar menos fármacos y tener mayor empeoramiento (Martin, Shreffler, Schoster y Callahan, 2012).

La comparación entre pacientes con AR brasileños y españoles llevada a cabo por Ide et al. (2011) resaltó las diferencias entre ambos colectivos. Evaluaron a los pacientes en variables sociodemográficas, calidad de vida, características relacionadas con la enfermedad, ejercicio físico, dolor y capacidad funcional (HAQ). Para los pacientes españoles, las peores puntuaciones en el HAQ estaban relacionadas con mayor edad, la duración de la enfermedad, el índice de masa corporal y el dolor; mientras que para los brasileños sólo se encontraron asociaciones para la duración de la enfermedad y el dolor. Los pacientes brasileños, en comparación a los españoles, eran más jóvenes, tenían más dolor e incapacidad funcional. Los pacientes españoles tenían mucha más obesidad (29%) y sobrepeso (34,65%) y estaban en mejor tratamiento médico que los brasileños. En este estudio, a pesar de que los pacientes con AR españoles tenían mucho más controlada la enfermedad y mostraban menor incapacidad funcional, un porcentaje mucho mayor de ellos estaban jubilados anticipadamente. Los beneficios sociales en países occidentales pueden marcar grandes diferencias en el manejo y tratamiento de los

pacientes con AR, en comparación con países más desfavorecidos.

El estudio realizado con pacientes libaneses puso de manifiesto que alrededor de un tercio de los 200 pacientes analizados tenía discapacidad funcional permanente debida a enfermedades musculoesqueléticas. Se les evaluó en capacidad funcional (HAQ), afrontamiento de enfermedades musculoesqueléticas, variables sociodemográficas, dolor, índice de masa corporal e ingresos económicos. De entre los pacientes con problemas musculoesqueléticos, más de la mitad de la muestra hacía buen afrontamiento de la enfermedad, y, entre aquellos que afrontaban mal había 2,35 veces de reportar incapacidad. En este estudio, el afrontamiento tenía la misma significación que otras variables consideradas como el dolor, en la línea de investigaciones previas que afirman que el afrontamiento activo facilita el mantenimiento de actividades que previene la discapacidad. Las personas trabajadoras reportaban mejor afrontamiento y menor incapacidad, en la línea de lo expuesto anteriormente. Debido al carácter transversal del estudio es difícil establecer la direccionalidad de las relaciones (Slim et al., 2011).

Yacoub, Amine, Laatiris y Hajjaj-Hassouni (2012) analizaron la calidad de vida percibida (SF-36) de pacientes marroquíes con AR para establecer la influencia de los factores relacionados con la enfermedad. Los factores relacionados con la enfermedad eran variables sociodemográficas, capacidad funcional (HAQ), duración de la enfermedad y retraso en el diagnóstico, dolor articular, tabaquismo, índice de actividad de la enfermedad DAS28, daño estructural, manifestaciones extraarticulares, estado inmunológico y tratamientos. La calidad de vida percibida, tanto en la salud física como en la mental, estaba significativamente deteriorada en esta muestra de pacientes con AR comparados con controles sanos. Puntuaciones bajas en calidad de vida estaban relacionadas con el dolor articular, la duración de la enfermedad, la actividad de la

enfermedad biológica y clínica, el daño radiológico y la incapacidad funcional. Ser mujer y el bajo nivel económico también estaban asociados a peor calidad de vida percibida. Los principales factores que influían en la calidad de vida deteriorada eran la discapacidad funcional, el dolor, la actividad de la enfermedad y la duración de la misma.

Tratando de establecer la severidad de la enfermedad y los predictores de la incapacidad y la calidad de vida, Hodkinson et al. (2012) analizaron a una muestra de pacientes sudafricanos con AR temprana. Para ello, evaluaron los cambios en la incapacidad funcional (HAQ) y en la calidad de vida SF-36 al año de tratamiento con FAME en pacientes AR con duración de la enfermedad igual o inferior a dos años, y que nunca habían tomado este tipo de fármacos. Los mayores predictores de la incapacidad funcional al año eran ser mujer y puntuaciones elevadas en el HAQ en la línea base. Aunque la mayoría de los pacientes experimentaron mejorías con los FAME y mejoraron las puntuaciones del HAQ y del SF-36, el 69% de la muestra seguía presentando limitación funcional y el 66% mantenía una salud mental justo por debajo del punto de corte. En la salud mental baja influía el nivel educativo y los mejores predictores fueron el dolor y HAQ en la línea base, así como el desempleo. El dolor era responsable de la limitación social y en las actividades, mostrándose fuertes correlaciones entre dolor, HAQ, vitalidad y funcionamiento social. Los pacientes de este estudio estaban en situación social desfavorecida que habrá influido probablemente en los resultados.

Entre pacientes coreanos con AR, Cho, Kim, Jun, Bae y Sung (2013) encontraron que la capacidad funcional (HAQ), el índice de actividad de la enfermedad (DAS28) y el dolor eran los factores que influían en la calidad de vida percibida de estos pacientes. Dentro de las dimensiones de calidad de vida, el dolor, la incapacidad funcional y la anemia

estaban relacionados con la actividad diaria; el dolor, la incapacidad funcional y DAS28 estaban relacionados con el dolor/malestar; y el dolor y la incapacidad funcional con ansiedad/depresión.

Con una finalidad parecida y debido al creciente número de pacientes con AR, Zhao, Chen y Chen (2015) trataron de establecer los factores sociodemográficos que influían en la incapacidad funcional en pacientes con AR chinos. Tomaron medidas a los pacientes AR en capacidad funcional (HAQ), apoyo social, dolor, fatiga y variables sociodemográficas. Entre los pacientes chinos, la peor dimensión del HAQ fue “alcanzar” y la mejor “comer”, lo que indicaba que el daño de grandes articulaciones podría estar presente antes que el de las pequeñas. Casi el 59% de la muestra mostraba incapacidad funcional, que era mayor entre los pacientes de zonas rurales, con menores ingresos y menor educación. El dolor también mostraba relación con la incapacidad. El único factor de protección encontrado en este estudio era el apoyo social. El género, el estado civil y el coste médico no mostraron relaciones significativas con la incapacidad funcional, al contrario que muchos estudios con otros pacientes con AR.

La **fatiga** es otra de las variables que va cobrando importancia en las investigaciones con pacientes con AR en relación a la discapacidad y la calidad de vida. Campbell et al. (2012) evaluaron los factores clínicos y los tratamientos antirreumáticos en el impacto de la fatiga en AR establecida. Los resultados indicaron que las puntuaciones DAS28, referentes al número de articulaciones dolorosas y dolor, y el HAQ eran las que mejor explicaban la variabilidad en la fatiga, mejor que el número de articulaciones inflamadas y la tasa de sedimentación de eritrocitos. No se encontraron diferencias en la fatiga en función de tratamiento con FAMES biológicos o sintéticos. Otros autores como Huyser et al. (1998) encontraron factores psicológicos predictores de la fatiga de pacientes con AR como mayor nivel depresión, mayor dolor y ser mujer.

Así mismo, un bajo apoyo social percibido, menor actividad de la enfermedad y mayor duración de la enfermedad, mostraron ser predictores adicionales.

La **incapacidad laboral** forma parte de las preocupaciones entre los pacientes con AR. Como ya hemos mencionado anteriormente, la capacidad laboral en ocasiones es planteada como un indicador de calidad de vida. A este respecto, van Vilsteren et al. (2015) concluyen en su estudio que la pérdida de productividad en el trabajo (medida en horas/bajas) estaba asociada a peor calidad de vida percibida en salud mental, capacidad física y dolor. De las medidas clínicas evaluadas sólo influyó el uso de fármacos biológicos. Los pacientes con AR con mayor pérdida de productividad tenían más limitaciones físicas, peor salud mental, peor satisfacción laboral, más inestabilidad laboral, dolor y no habían estado nunca en tratamiento con fármacos biológicos. Por tanto, la pérdida de productividad en el trabajo influía en la calidad de vida percibida y estaba determinada por factores tanto internos como externos (baja satisfacción laboral e inestabilidad) en pacientes con AR.

Un reciente estudio en argentina encontró asociaciones entre riesgo de inestabilidad laboral y puntuaciones superiores a 0,87 en el HAQ, y, en segundo lugar, con el daño radiográfico. Como factores de protección se encontraron la clase social alta y el mayor nivel económico. En alto riesgo de inestabilidad laboral estaban el 41% de los pacientes AR analizados. Los factores predictivos independientes de la discapacidad laboral eran la pobreza, la duración de la enfermedad, la mala capacidad laboral (en puntuación HAQ), tener nódulos reumatoides y la depresión. Los autores resaltaron la importancia de los tratamientos adecuados para reducir el riesgo de inestabilidad laboral y prevenir la incapacidad laboral (Tamborenea et al., 2015).

Por último, la **comorbilidad** de la AR con trastornos mentales influye en la capacidad funcional o discapacidad de estos pacientes. Mok, Lok y Cheung (2012)

analizando la comorbilidad de ansiedad y depresión con la AR, encontraron que los pacientes con trastornos psiquiátricos y AR tenían peores puntuaciones en calidad de vida SF-36. Controlando variables sociodemográficas y actividad de la enfermedad, presentar ambos diagnósticos psiquiátricos, fatiga, tener más edad y mayor nivel de dolor se asociaba a peor calidad de vida. Sin embargo, otros estudios como el de Klaassen, Nyklíček, Traa y de Nijs (2012) no encontraron relación entre variables psicológicas como la personalidad depresiva y la actividad de la enfermedad o la discapacidad, aunque sí la encontraron relacionada con el bienestar subjetivo y satisfacción con la vida de la calidad de vida. Por todo esto, se hacen necesarios mayores estudios para que se pueda comprender con más claridad las variables que influyen en la capacidad funcional de los pacientes con AR.

4.3.2. Relaciones entre discapacidad funcional y variables psicosociales en artritis reumatoide.

Aunque ya se mencionó en el apartado de la Artritis Reumatoide, hablando de la relación del nivel de funcionalidad con variables psicológicas, conviene resaltar de nuevo los estudios que demuestran que la satisfacción con la capacidad funcional se relaciona con el bienestar, y este bienestar depende de la adaptación psicológica (Blalock et al., 1988). Los pacientes con artritis reumatoide que presentan un mayor grado de satisfacción son aquellos que, en lugar de lamentarse, rumiar y sufrir por lo que han perdido en relación con unos años antes, se comparan con la capacidad funcional de otros pacientes con características parecidas. Investigaciones más recientes avalan los estudios anteriores, considerando que algunas características psicológicas del enfermo, en especial el nivel de percepción de desamparo, la capacidad de

afrontamiento y la capacidad de automanejo tienen un importante papel como factores pronósticos en relación con la discapacidad y al estado de salud (Scharloo et al., 1999).

Antes de continuar con los estudios entre capacidad funcional en AR y variables psicológicas, consideramos importante resaltar que significa sentirse bien para los pacientes con AR. En el estudio cualitativo de Sanderson et al. (2010), se identificaron, entre los pacientes con AR, 4 dominios fundamentales para que el paciente se sintiera bien: “Vivir en el cuerpo”, “estar en la mente”, “adaptarse a la enfermedad” y “estar en el mundo”. Considerando que los pacientes sienten buena salud cuando no sienten enfermedad, son capaces de realizar todas las funciones con normalidad, tienen un estilo de vida saludable y se encuentran bien, trataron de detallar al máximo que significaba exactamente para ellos el bienestar. “Vivir en el cuerpo” significaba tener la enfermedad bajo control, hacer cosas, tener un cuerpo saludable y no estar centrado en él. “Estar en la mente” era tener pensamientos positivos, una mente sana, una identidad general (más allá de la enfermedad) y sentir el apoyo de terceras personas. “Adaptarse a la enfermedad” era sentirse bien a pesar de la AR y seguir adelante. Por último, “estar en el mundo” era sentir un entorno positivo y continuar con las actitudes y actividades sociales. Los autores concluyen que sentirse bien es una experiencia compleja, con factores físicos, psíquicos, de adaptación y sociales, que interrelacionan de tal forma, que uno sólo no explica la percepción general, como en el caso de pacientes que aún con elevada actividad de la enfermedad e incapacidad funcional se sienten bien.

Por todo esto, en la actualidad, siguen siendo muchos los investigadores interesados en analizar aquellas **variables psicológicas** que puedan influir positiva y negativamente en la capacidad funcional de los pacientes con AR, debido a su estrecha relación con la calidad de vida percibida. A este respecto, Vinaccia, Cadena, Contreras, Londoño y Anaya (2005) con la finalidad de establecer las relaciones entre autoeficacia,

desesperanza aprendida, dolor e incapacidad funcional evaluaron a una muestra de pacientes con AR. Los resultados indicaron que el dolor y la desesperanza aprendida se relacionaban con la capacidad funcional de los pacientes con AR. Por otro lado, los pacientes que mostraban mayor autoeficacia tenían menos dolor y desesperanza aprendida, junto con mejor capacidad funcional. Los resultados de esta investigación son coincidentes con las de investigaciones previas como la de Keefe et al. (2002), que insisten en la respuesta diferencial de los pacientes con AR en función de variables psicológicas, como la desesperanza aprendida, el afrontamiento, la depresión, el estrés, la autoeficacia y el contexto social de los pacientes con artritis.

Del mismo modo, Carlisle et al. (2005), en su investigación de representaciones positivas y negativas de la enfermedad, dentro del modelo de autorregulación, encontraron en mujeres con AR que percibir la enfermedad de larga duración y con graves consecuencias correlacionaba positivamente con discapacidad (HAQ), así como, de entre todas las estrategias de afrontamiento, sólo el afrontamiento evitativo y resignado se relacionaba directamente con discapacidad y comorbilidad psiquiátrica. No encontraron relación entre los parámetros físicos de la enfermedad y las representaciones negativas de la enfermedad, lo que podría indicar que la percepción negativa de la enfermedad no se relacionaba directamente con la actividad biológica de la misma. Concluyen que aquellas mujeres con AR con peores percepciones de la enfermedad, presentaban más dolor, comorbilidad psiquiátrica y discapacidad, que aquellas que tenían representaciones positivas.

Las relaciones entre el dolor y el funcionamiento en pacientes con AR en función de la gravedad de la enfermedad y la autoeficacia, fue investigado por Somers et al. (2010). Evaluaron a pacientes en impacto de la artritis en dolor y funcionamiento (físico, afectivo y social) y la autoeficacia (en el dolor, el funcionamiento y otros

síntomas). La gravedad de la enfermedad fue valorada en función del médico, la proteína C reactiva y el número de articulaciones afectadas. La gravedad de la enfermedad estaba relacionada con el dolor, el funcionamiento físico y la autoeficacia, mientras que no mostraba relaciones con el funcionamiento emocional y social. La autoeficacia mostró un papel mediador entre la gravedad de la enfermedad, por un lado, y el dolor y el funcionamiento físico, por el otro. En el modelo de regresión, la varianza explicada por el funcionamiento afectivo y social era del 44%, por el dolor del 52% y por el funcionamiento físico un 53%. Tanto la autoeficacia como la gravedad de la enfermedad influían en el funcionamiento físico de los pacientes con AR.

Desde una perspectiva biopsicosocial, Nicassio et al. (2011), analizaron los factores físicos psíquicos y sociales, en pacientes con AR, relacionados con la calidad de vida relacionada con la salud y la incapacidad funcional. Los factores psicológicos y sociales evaluados fueron estrés percibido, afrontamiento del dolor, funcionamiento y red social, dominio personal, y creencias sobre la enfermedad; la calidad de vida a través del SF-36; y para la incapacidad y actividad de la enfermedad, el HAQ y el DAS28, respectivamente, junto con medidas de autoinforme (RADAR). El 50% de la varianza de la incapacidad (HAQ) estaba explicado por la medicación, la puntuación RADAR y estrategias de afrontamiento al dolor. Las puntuaciones del RADAR (actividad de la enfermedad autoinformada) correlacionaban significativamente con la calidad de vida física, la calidad de vida mental y la incapacidad, mientras que las puntuaciones DAS28 no lo hacían. Considerando como bloque el afrontamiento activo/pasivo y la impotencia, se explicaba parte de la calidad de vida física. Menores puntuaciones en actividad de la enfermedad autoinformada, en estrés percibido y mayores en dominio personal, se relacionaban con mayor calidad de vida mental. Por tanto, en esta investigación, las medidas de autoinforme y las variables psicosociales

explicaban más la calidad de vida relacionada con la salud y la discapacidad, que las medidas objetivas de la AR.

En el estudio longitudinal de apoyo social y malestar psicológico en pacientes AR temprana, de Benka et al. (2012) que ya comentamos en el capítulo de apoyo social, la tasa de sedimentación de eritrocitos, la incapacidad funcional (HAQ) y el dolor no mostraron diferencias significativas a lo largo de los cuatro años, mientras que la sensibilidad en las articulaciones mostró una ligera tendencia a disminuir. Al igual que en la investigación anterior, los parámetros objetivos de la investigación no aportaron ningún resultado.

Entre los factores que afectan al bienestar psicológico en pacientes con AR, Chico, Carballar, Estévez, García-Viniegras y Pernas (2012), con resultados parecidos a las investigaciones anteriores, encontraron que en el bienestar psicológico de los pacientes influía de manera considerable la capacidad funcional (HAQ). El factor reumatoide positivo y la actividad de la enfermedad (DAS28) no se relacionaron con el bienestar psicológico. Los pacientes con mayor discapacidad tenían peor malestar psicológico, tanto a nivel de afectividad como de satisfacción por la vida.

El estudio de los afectos positivos y negativos en las mediciones de dolor, discapacidad y actividad de la enfermedad, fue investigado recientemente por Luna et al. (2012). Los resultados indicaron que las peores puntuaciones de la escala analógica de dolor y de incapacidad (HAQ) se relacionaban con el afecto negativo, mientras que las altas puntuaciones en afecto positivo estaban relacionadas con mejor evolución de la actividad de la enfermedad evaluada a través del DAS28. En la valoración del dolor percibido, el factor que más influyó fue la actividad de la enfermedad (DAS28), seguido de los afectos negativos. En cuanto a la incapacidad funcional, en este estudio, las

variables que más influyeron en las puntuaciones HAQ fueron el dolor y la actividad de la enfermedad, seguido de los afectos negativos, sobre todo en pacientes de moderado a alto índice de actividad de la enfermedad. Este estudio longitudinal pone de manifiesto que las herramientas más comunes en la práctica clínica en pacientes con AR, pueden verse influidas por los afectos positivos o negativos de los pacientes.

Kwan, Koh, Leong, Wee y Tan Tock Seng (2014) analizaron, en pacientes asiáticos con AR, la influencia de la impotencia, la discapacidad y actividad de la enfermedad en la calidad de vida relacionada con la salud. Tomaron datos de variables sociodemográficas y clínicas, junto con los cuestionarios de capacidad funcional (HAQ), calidad de vida (SF-36), impotencia, impacto de la artritis y escala analógica de dolor. Encontraron que la impotencia estaba más asociada a calidad de vida mental que a la física. Las puntuaciones de la discapacidad, el impacto de la artritis y el DAS28 también estaban más asociadas a la calidad de vida mental que a la física. En esta investigación, en la calidad de vida relacionada con la salud, de los pacientes con AR de Singapur, influían significativamente la incapacidad funcional y el impacto de la artritis.

Benka, Nagyova, Rosenberger, Calfova et al. (2014) en su investigación longitudinal acerca de los efectos moderadores del apoyo social entre la discapacidad y los sentimientos depresivos, encontraron que la incapacidad funcional era un predictor significativo de los síntomas depresivos en pacientes con AR temprana.

Las representaciones positivas y negativas de la enfermedad en pacientes con AR y su relación con variables clínicas y psicosociales, fue investigado por Norton et al. (2014). En función de las representaciones que tenían los pacientes acerca de la enfermedad, los dividieron en dos grupos, la mayoría en el grupo de pacientes AR con representaciones positivas y un número más reducido de pacientes en el grupo con

representaciones negativas. Los resultados indicaron moderadas asociaciones directas entre dolor, incapacidad funcional (HAQ) y malestar psicológico con percepciones negativas, como síntomas y consecuencias de la enfermedad; mientras que se encontraban inversamente relacionados con percepciones positivas como control personal y del tratamiento de la enfermedad. Los pacientes con percepciones negativas acerca de la enfermedad, tenían más presentes la cronicidad, la recurrencia de los brotes, los síntomas, las consecuencias y creían tener menor control sobre la AR. Estos pacientes tenían más probabilidad de reportar dolor, incapacidad y malestar emocional a corto y medio plazo.

La interacción entre el carácter o características de personalidad y la incapacidad funcional en AR, ha sido investigada por Rezvani et al. (2014). Para la evaluación de los temperamentos afectivos o carácter utilizaron la versión turca del TEMPS-A, que evalúa 5 temperamentos: depresivo, ansioso, irritable, ciclotímico e hipertímico. La capacidad funcional fue evaluada con el HAQ. Comparados con controles sanos, el carácter depresivo y el carácter irritable eran más frecuentes entre los pacientes con AR. En esta investigación, los pacientes con AR tenían puntuaciones bajas en discapacidad y no se encontró ninguna asociación entre la capacidad funcional y los temperamentos ni con variables sociodemográficas y clínicas (como el género, la edad, la duración de la enfermedad o el índice de masa corporal).

Goulia et al. (2015) realizaron un estudio longitudinal de 5 años con pacientes con AR con la finalidad de establecer la capacidad predictiva del sentido de coherencia y el estilo de defensa abnegado en la calidad de vida relacionada con la salud y en el malestar psicológico. Se evaluaron en la línea base y a los 5 años, malestar psicológico/sintomatología psiquiátrica (SCL-90-R), sentido de coherencia (escala SOC), el estilo de defensa abnegado (Defense Style Questionnaire-88), la actividad de

la enfermedad (DAS28), el dolor (escala analógica), la incapacidad (HAQ) y la calidad de vida HRQoL (forma corta del instrumento de calidad de vida de la OMS). El malestar psicológico de los pacientes mejoró significativamente a los 5 años. Los aspectos de la calidad de vida relacionados con salud general y relaciones sociales y contexto también mostraron mejorías, mientras que la calidad de vida relacionada con el funcionamiento físico y la incapacidad funcional no mostraron cambios longitudinalmente, a pesar de las mejorías en la actividad de la enfermedad y en el dolor. El sentido de coherencia fue un predictor independiente constante de la mejoría en el malestar psicológico y en la calidad de vida relacionada con la salud general global y las relaciones sociales. El estilo de defensa abnegado moderaba la relación entre la mejoría en el dolor y la mejoría en la calidad de vida referida a salud general y a las relaciones sociales en pacientes con AR. Tanto el sentido de coherencia (la capacidad de integrar los acontecimientos negativos como predecibles y manejables) y el estilo de defensa abnegado (no sentimientos ni expresión de enfado y necesidad de sentirse útil para terceras personas) son conceptos de la psicología positiva y la resiliencia que son considerados protectores contra afectos negativos. En esta investigación, el estilo de defensa muestra ese efecto positivo, en contraposición a la creencia tradicional en pacientes con AR que resalta el efecto negativo de la represión de la hostilidad y del autosacrificio. Probablemente, este nuevo término de estilo de defensa abnegado o “self-sacrificing”, obedezca más bien a una disposición personal de facilidad para manejar afectos hostiles sin repercusión emocional negativa, junto con una entrega positiva hacia los demás, y no al concepto tradicional represivo con carácter pasivo-agresivo.

Por último, **comparados con controles sanos y pacientes con otras patologías reumáticas y enfermedades crónicas**, los pacientes con AR temprana y establecida

muestran claros deterioros en la capacidad funcional. En esta línea, Picchianti-Diamanti et al. (2010) comparando longitudinalmente pacientes con AR establecida, AR temprana y artritis psoriásica temprana en tratamiento con etanercept, concluyeron que comparados con controles sanos, la discapacidad (HAQ) y la calidad de vida (SF-36) era peor en los tres tipos de pacientes. En la línea base, la discapacidad era mayor en pacientes con AR establecida. Los pacientes con AR temprana tenían mayor deterioro que los pacientes con artritis psoriásica temprana en varios dominios de la capacidad funcional. En el componente físico de calidad de vida y en la discapacidad, los pacientes con AR establecida tenían peor calidad de vida comparados con las dos enfermedades tempranas. Con el tratamiento, mejoraron significativamente los tres tipos de pacientes. Si consideramos los resultados en conjunto, la artritis psoriásica temprana puede considerarse menos discapacitante que la AR temprana y establecida. Entre los dos tipos de AR, los pacientes con AR establecida tienen peor calidad de vida considerando los componentes de funcionamiento físico y social, mientras que la AR temprana está más comprometida en el dolor y la salud mental y emocional.

Lempp et al. (2011) estableciendo las diferencias entre pacientes con AR y pacientes deprimidos, encontraron que los componentes de salud mental (SF-36) eran más bajos para los pacientes con AR activa (en brote). En pacientes con AR temprana y establecida, el dolor correlacionó significativamente con vitalidad, funciones físicas y función social; a su vez, dolor, salud general, salud mental y función social estaban fuertemente relacionadas. La vitalidad y la función social se vieron deterioradas tanto en depresivos como en AR, siendo más relevante para la depresión el componente mental de salud general, mientras que para la AR lo era el físico. En los pacientes con AR, la salud mental se ve afectada por los cambios en la salud general, la función social y la vitalidad, y no sólo por la discapacidad física.

Ovayolu, Ovayolu y Karadag (2011) evaluaron la calidad de vida percibida en pacientes con AR, espondilitis anquilosante y fibromialgia comparados con controles sanos. Tanto el componente mental como el físico de la calidad de vida, estaban más deteriorados en los tres grupos de pacientes que en el grupo control. La calidad de vida referente a lo físico estaba más deteriorada en el grupo de pacientes con AR, mientras que el referente a salud mental lo estaba en grupo de pacientes con fibromialgia. Los resultados de la AR probablemente se deban a que es, de las tres enfermedades, la que tenga más dolor diario, rigidez, incapacidad y fatiga.

Las diferencias en percepciones de la enfermedad y malestar psicológico asociadas a la calidad de vida física en pacientes con síndrome de Sjögren's, comparados con pacientes con lupus sistémico y AR, fue realizado por Kotsis et al. (2014). Los resultados indicaron que en los tres grupos de pacientes, los síntomas depresivos y las percepciones de la enfermedad estaban relacionados de forma similar con la calidad de vida percibida física. Otros síntomas de malestar emocional también mostraban patrones parecidos entre los tres tipos de pacientes reumáticos, así como la calidad de vida percibida. Entre los pacientes de las distintas enfermedades diferían las percepciones/representaciones de la enfermedad, pero no el impacto global en la calidad de vida percibida.

Por todo lo mencionado a lo largo de este y otros capítulos, consideramos necesario mayor evidencia científica, que ayude a esclarecer las relaciones y direccionalidad de las variables psicológicas y sociales, para establecer su influencia en el curso y pronóstico de enfermedades como la artritis reumatoide.

Tabla 5. Estudios recientes artritis reumatoide y capacidad funcional (años 2009-2015)

Autor/es	Participantes y método	VARIABLES e Instrumentos	Resultados
Kojima et al. (2009)	AR N=120	<ul style="list-style-type: none"> - Variables relacionadas con la enfermedad. Reportadas por los reumatólogos. - Dolor y fatiga. Escalas analógico visuales. - Depresión. Beck Depression Inventory (BDI-II). - Apoyo social percibido. Social Support Questionnaire (SSQ6) - Salud general percibida. Short-Form 36 Health Survey (SF-36) 	<ul style="list-style-type: none"> - La calidad de vida mental correlacionó negativamente con ansiedad, depresión, número de articulaciones sensibles, dolor y fatiga, mientras que se observaron relaciones positivas con las dos subescalas de apoyo social percibido. - De los cuatro factores que identificó el análisis (actividad de la enfermedad, estado físico, sintomatología actual y nivel psicosocial), el factor psicosocial correlacionaba de forma significativa tanto con el estado físico como con la sintomatología actual, pero no con la actividad de la enfermedad. - La actividad de la enfermedad no mostró asociaciones ni con los factores psicosociales ni con la calidad de vida (física y mental).
Picchianti-Diamanti et al. (2010)	AR temprana n= 40 AR establecida n= 20 Artritis Psoriásica temprana n=20 Controles sanos n=20	<ul style="list-style-type: none"> - Medidas de la enfermedad: Índices de actividad de la enfermedad, marcadores biológicos. - Capacidad funcional. HAQ. - Salud general. SF-36. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comparados con controles sanos, la discapacidad y la calidad de vida era peor en los tres tipos de pacientes. Con el tratamiento, mejoraron significativamente los tres tipos de pacientes. - En la línea base, la discapacidad era mayor en pacientes con AR establecida. - Los pacientes con AR temprana tenían mayor deterioro que los pacientes con artritis psoriásica temprana en varios dominios de la capacidad funcional. - En el componente físico de calidad de vida y en la discapacidad, los pacientes con AR establecida tenían peor calidad de vida comparados con las dos enfermedades tempranas. - La artritis psoriásica temprana puede considerarse menos discapacitante que la AR temprana y establecida. - Los pacientes con AR establecida tienen peor calidad de vida considerando los componentes de funcionamiento físico y social, mientras que la AR temprana está más comprometida en el dolor y la salud mental y emocional.
Sanderson et al. (2010)	AR N=23	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista semiestructurada para determinar el significado de "sentirse bien". - Variables sociodemográficas y relacionadas con la enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se identificaron 4 dominios fundamentales para que el paciente se sintiera bien: "Vivir en el cuerpo", "estar en la mente", "adaptarse a la enfermedad" y "estar en el mundo". - Los pacientes sienten buena salud cuando no sienten enfermedad, son capaces de realizar todas las funciones con normalidad, tienen un estilo de vida saludable y se encuentran bien. - Sentirse bien es una experiencia compleja, con factores físicos, psíquicos, de adaptación y sociales, que interrelacionan de tal forma, que uno sólo no explica la percepción general.
	Longitudinal 2 años		
	Calitativo Descriptivo		

Tabla 5. (Continuación)

Autor/es	Participantes y método	Variables e Instrumentos	Resultados
Somers et al. (2010)	AR N=236	- Variables relacionadas con la enfermedad. Reportadas por los reumatólogos. - Dolor, funcionamiento físico, psicológico y social. Arthritis Impact Measurement Scales 2 (AIMS2). - Autoeficacia. Arthritis self-efficacy (ASES).	- La gravedad de la enfermedad estaba relacionada con el dolor, el funcionamiento físico y la autoeficacia, mientras que no mostraba relaciones con el funcionamiento emocional y social. - La autoeficacia mostró un papel mediador entre la gravedad de la enfermedad, por un lado, y el dolor y el funcionamiento físico, por el otro. - La varianza explicada por el funcionamiento afectivo y social era del 44%, por el dolor del 52% y por el funcionamiento físico un 53%.
Ide et al. (2011)	AR brasileños N=70 AR españoles N=127	- Dolor. Escala analógica visual. - Capacidad funcional. HAQ. - variables sociodemográficas y relacionadas con la enfermedad. Reportadas por los pacientes.	- Para los pacientes españoles, las peores puntuaciones en el HAQ estaban relacionadas con mayor edad, la duración de la enfermedad, el índice de masa corporal y el dolor. - Para los pacientes brasileños, sólo se encontraron asociaciones para la duración de la enfermedad y el dolor. - Los pacientes brasileños, en comparación a los españoles, eran más jóvenes, tenían más dolor e incapacidad funcional. - Los pacientes españoles tenían mucha más obesidad (29%) y sobrepeso (34,65%) y estaban en mejor tratamiento médico que los brasileños. - A pesar de que los pacientes españoles tenían mucho más controlada la enfermedad y mostraban menor incapacidad funcional, un porcentaje mucho mayor de ellos estaban jubilados anticipadamente.
Lempp et al. (2011)	AR N=913 Depresión N=220	- Calidad de vida relacionada con la salud. SF-36.	- Encontraron que los componentes de salud mental (SF-36) eran más bajos para los pacientes con AR activa. - En pacientes con AR temprana y establecida, el dolor correlacionó significativamente con vitalidad, funciones físicas y función social; a su vez, dolor, salud general, salud mental y función social estaban fuertemente relacionadas. - La vitalidad y la función social se vieron deterioradas tanto en depresivos como en AR, siendo más relevante para la depresión el componente mental de salud general, mientras que para la AR lo era el físico. - En los pacientes con AR, la salud mental se ve afectada por los cambios en la salud general, la función social y la vitalidad, y no sólo por la discapacidad física.

Tabla 5. (Continuación)

Autor/es	Participantes y método	Variables e Instrumentos	Resultados
Nicassio et al. (2011)	AR N=106	<ul style="list-style-type: none"> - Medicación. Reportada por los pacientes. - Percepciones acerca de la enfermedad. 5-item Helplessness y 7-item Internality Subscales of the Arthritis Helplessness Index (AHI). - Afrontamiento del dolor. Pain Management Inventory (PMI). - Estrés percibido. Perceived Stress Scale (PSS). - Recursos personales y sociales. Personal Mastery Scale (PMS) y Berkman and Syme Social Network Index (SNI). - Actividad de la enfermedad. DAS28 y RADAR (autoinformado). - Calidad de vida. SF-36. - Incapacidad. HAQ. - Variables sociodemográficas y relacionadas con la enfermedad. Cuestionario. - Calidad de vida relacionada con la salud. SF-36. 	<ul style="list-style-type: none"> - El 50% de la varianza de la incapacidad (HAQ) estaba explicado por la medicación, la puntuación RADAR y estrategias de afrontamiento al dolor. - Las puntuaciones del RADAR (actividad de la enfermedad autoinformada) correlacionaban significativamente con la calidad de vida física, la calidad de vida mental y la incapacidad, mientras que las puntuaciones DAS28 no lo hacían. - Considerando como bloque el afrontamiento activo/pasivo y la impotencia, se explicaba parte de la calidad de vida física. - Menores puntuaciones en actividad de la enfermedad autoinformada, en estrés percibido y mayores en dominio personal, se relacionaban con mayor calidad de vida mental. - Las medidas de autoinforme y las variables psicosociales explicaban más la calidad de vida relacionada con la salud y la discapacidad, que las medidas objetivas.
Ovayolu et al. (2011)	AR N=264 Espondilitis anquilosante N=117 Fibromialgia N=149 Controles N=315	<ul style="list-style-type: none"> - Incapacidad funcional y afrontamiento de las enfermedades musculoesqueléticas. Community Oriented Pro- gram for Control of Rheumatic Diseases (COPCORD) Core Questionnaire. - Variables relacionadas con la enfermedad. Reportadas por los pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tanto el componente mental como el físico de la calidad de vida, estaban más deteriorados en los tres grupos de pacientes que en el grupo control. - La calidad de vida referente a lo físico estaba más deteriorada en el grupo de pacientes con AR, mientras que el referente a salud mental lo estaba en grupo de pacientes con fibromialgia.
Slim et al. (2011)	Observacional Transversal Enfermedades musculoesqueléticas (incluida AR) N=200	<ul style="list-style-type: none"> - Incapacidad funcional y afrontamiento de las enfermedades musculoesqueléticas. Community Oriented Pro- gram for Control of Rheumatic Diseases (COPCORD) Core Questionnaire. - Variables relacionadas con la enfermedad. Reportadas por los pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> - De entre los pacientes con problemas musculoesqueléticos, más de la mitad de la muestra hacía buen afrontamiento de la enfermedad, y, entre aquellos que afrontaban mal había 2,35 veces de reportar incapacidad. - El afrontamiento tenía la misma significación que otras variables consideradas como el dolor, en la línea de investigaciones previas que afirman que el afrontamiento activo facilita el mantenimiento de actividades que previene la discapacidad. - Las personas trabajadoras reportaban mejor afrontamiento y menor incapacidad.

Tabla 5. (Continuación)

Autor/es	Participantes y método	Variables e Instrumentos	Resultados
Benka et al. (2012)	AR N=116	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilidad articular. Ritchie Articular Index (RAI). - Actividad de la enfermedad. Tasa de sedimentación de eritrocitos. - Dolor. Nottingham Health Profile (NHP). - Capacidad funcional. HAQ. - Apoyo social. Satisfaction with Social Support Questionnaire (SSQS). - Malestar emocional. General Health Questionnaire (GHQ-28). 	<ul style="list-style-type: none"> - La tasa de sedimentación de eritrocitos, la incapacidad funcional (HAQ) y el dolor no mostraron diferencias significativas a lo largo de los cuatro años, mientras que la sensibilidad en las articulaciones mostró una ligera tendencia a disminuir. - Los parámetros objetivos de la investigación no aportaron ningún resultado.
Campbell et al. (2012)	AR N=557	<ul style="list-style-type: none"> - Fatiga. Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT-F). - Variables relacionadas con la enfermedad y tratamiento farmacológico. Reportada por reumatólogos. - Dolor. Escala analógica visual. - Incapacidad. HAQ. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los resultados indicaron que las puntuaciones DAS28, referentes al número de articulaciones dolorosas y dolor, y el HAQ son las que mejor explican la variabilidad en la fatiga, mejor que el número de articulaciones inflamadas y la tasa de sedimentación de eritrocitos. - No se encontraron diferencias en la fatiga en función de tratamiento con FAMES biológicos o sintéticos.
Chico et al. (2012)	AR N=180	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad funcional. HAQ. - Bienestar psicológico y social. CAVIAR. - Actividad de la enfermedad. DAS28. 	<ul style="list-style-type: none"> - En el bienestar psicológico de los pacientes influyó de manera considerable la capacidad funcional (HAQ). - El factor reumatoide positivo y la actividad de la enfermedad (DAS28) no se relacionaron con el bienestar psicológico. - Los pacientes con mayor discapacidad tenían peor malestar psicológico tanto a nivel de afectividad como de satisfacción por la vida.
Hodkinson et al. (2012)	AR N=171	<ul style="list-style-type: none"> - Medicación. - Incapacidad. HAQ. - Calidad de vida relacionada con la salud. Short Form (SF-36). 	<ul style="list-style-type: none"> - Los mayores predictores de la incapacidad funcional al año eran ser mujer y puntuaciones elevadas en el HAQ en la línea base. - Aunque la mayoría de los pacientes experimentaron mejorías con los FAME y mejoraron las puntuaciones del HAQ y del SF-36, el 69% de la muestra seguía presentando limitación funcional y el 66% mantenía una salud mental justo por debajo del punto de corte. - En la salud mental baja influyó el nivel educativo y los mejores predictores fueron el dolor y HAQ en la línea base, y el desempleo. - El dolor era responsable de la limitación social y en las actividades, mostrándose fuertes correlaciones entre dolor, HAQ, vitalidad y funcionamiento social.
	Longitudinal 2 años		

Tabla 5. (Continuación)

Autor/es	Participantes y método	Variables e Instrumentos	Resultados
Klaassen et al. (2012)	AR N=147	<ul style="list-style-type: none"> - Datos clínicos. Reportados por reumatólogos. DAS28. - Personalidad tipo D. 14-item type D Scale (DS14). - Conciencia plena. Freiburg Mindfulness Inventory-short-form (FMI-s). - Capacidad funcional. HAQ. - Satisfacción con la vida. Satisfaction with Life Scale. - Ansiedad y depresión. Symptoms of Anxiety and Depression. 	<ul style="list-style-type: none"> - No encontraron relación entre variables psicológicas como la personalidad depresiva y la actividad de la enfermedad o la discapacidad, aunque sí la encontraron relacionada con el bienestar subjetivo y satisfacción con la vida de la calidad de vida.
Luna et al. (2012)	AR N=86	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad de la enfermedad DAS28. - Datos clínicos. Reportados por pacientes y reumatólogos. - Capacidad funcional. HAQ. - Afectos positivos y negativos. Cuestionario PANAS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los resultados indicaron que las peores puntuaciones de la escala analógica de dolor y de incapacidad (HAQ) se relacionaban con el afecto negativo, mientras que las altas puntuaciones en afecto positivo estaban relacionadas con mejor evolución de la actividad de la enfermedad evaluada a través del DAS28. - En la valoración del dolor percibido, el factor que más influyó fue la actividad de la enfermedad (DAS28), seguido de los afectos negativos. - En cuanto a la incapacidad funcional, las variables que más influyeron en las puntuaciones HAQ fueron el dolor y la actividad de la enfermedad, seguido de los afectos negativos, sobre todo en pacientes de moderado a alto índice de actividad de la enfermedad.
Mok et al. (2012)	AR N=200	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos mentales. Chinese Bilingual Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Patient version (CB-SCID-IP). - Calidad de vida relacionada con la salud. Short Form (SF-36). - Fatiga. Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Fatigue scale (FACIT-F). - Datos clínicos. DAS28. 	<ul style="list-style-type: none"> - Encontraron que los pacientes con trastornos psiquiátricos y AR tenían peores puntuaciones en calidad de vida SF-36. - Ansiedad y depresión, fatiga, tener más edad y mayor nivel de dolor se asociaba a peor calidad de vida.

Tabla 5. (Continuación)

Autor/es	Participantes y método	Variables e Instrumentos	Resultados
Pölluste et al. (2012)	AR N=1259 Observacional Transversal	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptación a la enfermedad y manejo diario. Ayuda externa. Cuestionario. - Calidad de vida relacionada con la salud. Short Form (SF-36). 	<ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes con AR tienen que recurrir a dispositivos asistenciales y ajustes en el hogar. - Existen determinados factores que explican la mayor dependencia de terceras personas como son ser mujer y estar soltero.
Yacoub et al. (2012)	AR N=255 Observacional Transversal	<ul style="list-style-type: none"> - Variables relacionadas con la enfermedad. Reportadas por los pacientes. - Dolor. Escala analógico visual. - Actividad de la enfermedad. DAS28. - Incapacidad. HAQ. - Calidad de vida relacionada con la salud. Short Form (SF-36). - Daño radiográfico. 	<ul style="list-style-type: none"> - La calidad de vida percibida, tanto en la salud física como en la mental, estaba significativamente deteriorada comparados con controles sanos. - Puntuaciones bajas en calidad de vida estaban relacionadas con el dolor articular, la duración de la enfermedad, la actividad de la enfermedad biológica y clínica, el daño radiológico y la incapacidad funcional. - Ser mujer y el bajo nivel económico también estaban asociados a peor calidad de vida percibida. - Los principales factores que influían en la calidad de vida deteriorada eran la discapacidad funcional, el dolor, la actividad de la enfermedad y la duración de la misma.
Baruth et al. (2013)	Artritis N=396 Observacional Transversal	<ul style="list-style-type: none"> - Variables relacionadas con la salud. Cuestionario. - Actividad física. 42-item Community Health Activities Model Program for Seniors (CHAMPS). - Alimentación. National Cancer Institute (NCI). - Síntomas depresivos. 10-item Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). - Dolor, fatiga y rigidez. Escalas numéricas 11 puntos. - Manejo de la artritis. Arthritis Self-Efficacy Scale. - Discapacidad. HAQ. 	<ul style="list-style-type: none"> - El diagnóstico de AR, mayor edad, mayor duración de la artritis, menor educación, el uso de corticoides y narcóticos, mayor dolor, mayor rigidez, mayor depresión y menor autoeficacia estaban relacionados con mayor discapacidad.

Tabla 5. (Continuación)

Autor/es	Participantes y método	Variables e Instrumentos	Resultados
Cho et al. (2013)	AR N=225 Observacional Transversal	- Actividad de la enfermedad DAS28. - Incapacidad. HAQ. - Calidad de vida. EuroQol 5 Dimension (EQ-5D).	- La capacidad funcional (HAQ), el índice de actividad de la enfermedad (DAS28) y el dolor eran los factores que influían en la calidad de vida percibida de los pacientes. - El dolor, la incapacidad funcional y la anemia estaban relacionadas con la actividad diaria. - El dolor, la incapacidad funcional y DAS28 estaban relacionados con el dolor/malestar. - El dolor y la incapacidad funcional estaban relacionados con ansiedad/depresión.
Öncü et al. (2013)	AR N=44 Fibromialgia N=45 Observacional Transversal	- Fatiga. Fatigue Impact Scale (FIS). - Calidad de vida. Medical Outcome Study Short Form 36 (SF-36). - Actividad de la enfermedad. DAS28 y widespread pain index (WPI) - Dolor. Escala analógica visual. - Alteraciones del sueño. Escala analógica visual. - Síntomas depresivos. Beck Depression Inventory (BDI).	- Los pacientes con AR muestran peor calidad de vida relacionada con la salud física comparados con otras enfermedades reumáticas. - La capacidad funcional y DAS28 estaban relacionados con la salud física comparados con otras enfermedades reumáticas. - Dolor. Escala analógica visual. - Alteraciones del sueño. Escala analógica visual. - Síntomas depresivos. Beck Depression Inventory (BDI).
Ottvall y Hakansson (2013)	Mujeres AR y artritis crónica juvenil N=9 Cualitativo Descriptivo	- Entrevista semiestructurada acerca de cómo seguir con las ocupaciones diarias.	- Las mujeres evaluadas consideraban extremadamente importante poder mantener sus actividades diarias (tanto familiares como sociales) como señal de buena salud. - Adaptaban sus limitaciones, mediante dispositivos de ayuda y priorización de tareas para mantener las energías, con la finalidad de tener una actividad cotidiana normalizada.
Benka et al. (2014)	AR establecida N=146 AR temprana N=102 Transversal Observacional	- Datos clínicos: marcadores biológicos y DAS28. - Incapacidad funcional. Groningen Activity Restriction Scale (GARS). - Personalidad: neuroticismo y extraversión. Eysenck's Personality Questionnaire revised short scale (EPQ-RSS). - Afrontamiento autoeficaz. Coping Self-Efficacy scale (CSE). - Ansiedad y estrés. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	- La incapacidad funcional era un predictor significativo de los síntomas depresivos en pacientes con AR temprana.

Tabla 5. (Continuación)

Autor/es	Participantes y método	Variables e Instrumentos	Resultados
Kotsis et al. (2014)	AR N=199 LES N=75 Síndrome de Sjögren's N=57	<ul style="list-style-type: none"> - Datos clínicos y actividad enfermedad. Reportado por reumatólogos. - Depresión. Patient Health Questionnaire (PHQ-9). - Síntomas psiquiátricos. Symptom Distress Checklist (SCL-90-R). - Percepciones de la enfermedad. Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ). - Calidad de vida. World Health Organization Quality of Life Instrument, Short-Form (WHOQOL-BREF) 	<ul style="list-style-type: none"> - Los resultados indicaron que en los tres grupos de pacientes, los síntomas depresivos y las percepciones de la enfermedad estaban relacionados de forma similar con la calidad de vida percibida física. - Otros síntomas de malestar emocional también mostraban patrones parecidos entre los tres tipos de pacientes reumáticos, así como la calidad de vida percibida. - Entre los pacientes de las distintas enfermedades diferían las percepciones/representaciones de la enfermedad, pero no el impacto global en la calidad de vida percibida.
Kwan et al. (2014)	AR N=473	<ul style="list-style-type: none"> - Datos clínicos y actividad enfermedad. Reportado por reumatólogos. - Incapacidad. HAQ. - Calidad de vida. SF-36. - Indefensión. Ral - Función física. SF-6D. 	<ul style="list-style-type: none"> - La impotencia estaba más asociada a calidad de vida mental que a la física. - Las puntuaciones de la discapacidad, el impacto de la artritis y el DAS28 también estaban más asociadas a la calidad de vida mental que a la física. - En la calidad de vida relacionada con la salud influían significativamente la incapacidad funcional y el impacto de la artritis.
Norton et al. (2014)	AR N=227	<ul style="list-style-type: none"> - Datos clínicos y actividad enfermedad. Reportado por reumatólogos. - Percepciones de la enfermedad. Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). - Bienestar emocional. Depression, Anxiety and Positive Outlook Scale (DAPOS). - Incapacidad. HAQ. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dividieron a los pacientes en función de las representaciones que tenían acerca de la enfermedad, la mayoría en el grupo con representaciones positivas y un número más reducido de pacientes en el grupo con representaciones negativas. - Los resultados indicaron moderadas asociaciones directas entre dolor, incapacidad funcional (HAQ) y malestar psicológico con percepciones negativas como síntomas y consecuencias de la enfermedad; mientras que se encontraban inversamente relacionados con percepciones positivas como control personal y del tratamiento de la enfermedad. - Los pacientes con percepciones negativas acerca de la enfermedad, tenían más presentes la cronicidad, la recurrencia de los brotes, los síntomas, las consecuencias y creían tener menor control sobre la AR. - Los pacientes con percepciones negativas tenían más probabilidad de reportar dolor, incapacidad y malestar emocional a corto y medio plazo.

Tabla 5. (Continuación)

Autor/es	Participantes y método	Variables e Instrumentos	Resultados
Rezvani et al. (2014)	AR N=88 Observacional Transversal	- Carácter y temperamentos. TEMPS-A - Discapacidad. HAQ.	- Comparados con controles sanos, el carácter depresivo y el carácter irritable eran más frecuentes entre los pacientes con AR. - Los pacientes con AR tenían puntuaciones bajas en discapacidad y no se encontró ninguna asociación entre la capacidad funcional y los temperamentos ni con variables sociodemográficas y clínicas.
Goulia et al. (2015)	AR N=74 Longitudinal 5 años	- Datos clínicos y actividad enfermedad. Reportado por reumatólogos. DAS28. - Discapacidad funcional. HAQ. - Malestar psicológico. Symptom Distress Checklist (SCL-90-R). - Calidad de vida. World Health Organization Quality of Life Instrument, Short Form (WHOQOL-BREF). - Sentido de coherencia. Antonovski's SOC scale (SOC-29). - Estilo de defensa. Defense Style Questionnaire (DSQ).	- El malestar psicológico de los pacientes mejoró significativamente a los 5 años. - Los aspectos de la calidad de vida relacionados con salud general y relaciones sociales y contexto también mostraron mejorías, mientras que la calidad de vida relacionada con el funcionamiento físico y la incapacidad funcional no mostraron cambios longitudinalmente, a pesar de las mejorías en la actividad de la enfermedad y en el dolor. - El sentido de coherencia fue un predictor independiente constante de la mejoría en el malestar psicológico y en la calidad de vida relacionada con la salud general global y las relaciones sociales. - El estilo de defensa abnegado moderaba la relación entre la mejoría en el dolor y la mejoría en la calidad de vida referida a salud general y a las relaciones sociales.
Tamborenea et al. (2015)	AR N=450 Observacional Transversal	- Inestabilidad laboral en artritis. RA work instability scale (RA-WIS). - Datos clínicos y actividad enfermedad. Reportado por reumatólogos. - Discapacidad funcional. HAQ.	- Se encontraron asociaciones entre riesgo de inestabilidad laboral y puntuaciones superiores a 0,87 en el HAQ, y, en segundo lugar, con el daño radiográfico. - Factores de protección: la clase social alta y el mayor nivel económico. - En alto riesgo de inestabilidad laboral estaban el 41% de los pacientes. - Los factores predictivos independientes de la discapacidad laboral eran la pobreza, la duración de la enfermedad, mala capacidad laboral (en puntuación HAQ), tener nódulos reumatoideos y la depresión.

Tabla 5. (Continuación)

Autor/es	Participantes y método	Variables e Instrumentos	Resultados
Van Vliesteren et al. (2015)	AR N=100	<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de productividad en el trabajo. 25-item Work Limitations Questionnaire (WLQ). - Calidad de vida. RAND 36. - Índice actividad de la enfermedad DAS28. - Capacidad funcional. HAQ. - Dolor y fatiga. Escala analógica visual. - Comorbilidad otras enfermedades. Preguntas dicotómicas. - Apoyo social en el trabajo y demandas físicas laborales. Job Content Questionnaire (JCQ). - Inestabilidad laboral. RA Work Instability Scale (RA WIS). - Baja laboral por enfermedad. Productivity and Disease Questionnaire (Prodisq). 	<ul style="list-style-type: none"> - La pérdida de productividad en el trabajo (medida en horas/bajas) estaba asociada a peor calidad de vida percibida en salud mental, capacidad física y dolor. - De las medidas clínicas evaluadas sólo influyó el uso de fármacos biológicos. - Los pacientes con AR con mayor pérdida de productividad tenían más limitaciones físicas, peor salud mental, peor satisfacción laboral, más inestabilidad laboral, dolor y no habían estado nunca en tratamiento con fármacos biológicos. - La pérdida de productividad en el trabajo influía en la calidad de vida percibida y estaba determinada por factores tanto internos como externos.
Zhao et al. (2015)	AR N=607	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo social. Social Support Rating Scale (SSRS). - Dolor y fatiga. Escala analógica visual. - Capacidad funcional. HAQ. 	<ul style="list-style-type: none"> - La peor dimensión del HAQ fue "alcanzar" y la mejor "comer", lo que indicaba que el daño de grandes articulaciones podría estar presente antes que el de las pequeñas. - Casi el 59% de la muestra mostraba incapacidad funcional, que era mayor entre los pacientes de zonas rurales, con menores ingresos y menor educación. - El dolor también mostraba relación con la incapacidad. - El único factor de protección encontrado en este estudio era el apoyo social. - El género, el estado civil y el coste médico no mostraron relaciones significativas con la incapacidad funcional.

5. DOLOR PERCIBIDO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL DOLOR EN ARTRITIS REUMATOIDE.

5.1. Definición de dolor y de estrategias de afrontamiento al dolor.

5.1.1. Dolor percibido y tipos de dolor. Evaluación del dolor percibido.

El estudio del dolor ha sido, desde siempre, objeto de interés científico. Podemos considerar un punto de inflexión alrededor de los años 50, que es cuando más cambios ha experimentado este constructo, tanto por ir aumentando paulatinamente el conocimiento acerca del dolor y su tipología, como a raíz del cambio general en el concepto de la salud, hacia una perspectiva más biopsicosocial. Trabajos pioneros como los de Bonica (1953), Melzack y Wall (1962), por citar algunos autores, han ido cambiando la concepción de dolor inicial, considerado como una variable estrictamente biológica/sensorial con utilidad para la persona, a una concepción integradora, en términos de experiencia subjetiva, en la que se ven también implicados factores personales y contextuales, en la que la persistencia del dolor no implica necesariamente que sea adaptativa.

La Asociación Internacional para el Estudio de Dolor define el dolor como “*una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con el daño actual o potencial o descrito en términos de tal daño*” (Merskey y Bogduk, 1994).

De la propia definición del dolor, podemos concluir que la experiencia de dolor, esto es, el dolor percibido, es siempre subjetivo. Las respuestas diferenciales al dolor, en presencia del mismo estímulo, son explicadas tanto por los elementos emocionales y cognitivos que entran en juego en la valoración e interpretación del estímulo doloroso,

diferente entre las personas, como por el umbral de dolor y la tolerancia al mismo, que también es tremendamente variable entre los individuos.

La Teoría del dolor, propuesta por Melzack y Casey en 1968, es un clásico que sigue de referente en nuestros días, que distingue entre la percepción del dolor y las reacciones al dolor, estableciendo los tres componentes clásicos de la experiencia dolorosa:

- *Componente sensorial o sensitivo*: Dimensión sensorial discriminativa del dolor.
- *Componente cognitivo*: Evaluación y consecuencias del estímulo doloroso.
- *Componente emocional*: Emociones y motivaciones suscitadas por el dolor.

En función de la duración del dolor, podemos diferenciar entre:

- *Dolor agudo*: generalmente en respuesta a un daño tisular específico, de corta duración. Funciona como reacción de alarma, generalmente adaptativo para la persona.

- *Dolor crónico*: dolor persistente de duración superior a tres meses o más allá del tiempo esperado de recuperación, en respuesta o no a daño tisular. Puede constituir una enfermedad en sí mismo, o como parte de otra enfermedad crónica que cursa con niveles variables en intensidad y duración de dolor, a lo largo de su progreso.

Aunque existen múltiples cuestionarios de dolor, el dolor percibido, en cuanto a su intensidad, es tradicional y habitualmente medido a través de escalas visuales (eg., caras) o numéricas. Las escalas numéricas, a su vez, pueden ser continuas (el sujeto marca un punto a lo largo de una línea) o discretas (el sujeto indica el número que hace

referencia a la intensidad de su dolor). Para facilitar la comprensión y validez externa de las escalas numéricas, se denominan los extremos, siendo la puntuación mínima “ningún dolor o ausencia completa de dolor” y la máxima “el peor dolor imaginable”. Son numerosos los estudios que demuestran que las medidas de dolor reportadas por los pacientes son fiables y válidas (Jamison y Edwards, 2012; Jensen, Karoly y Braver, 1986). Además, es imprescindible considerar que la intensidad del dolor percibido sólo puede ser realmente valorada por el que lo padece; los datos clínicos, la exploración médica y las pruebas complementarias sólo pueden proporcionarnos datos objetivos sobre la coherencia o no del dolor que plantea el paciente, pero lo que el paciente siente en ese momento, sólo él puede cuantificarlo. Los datos objetivos no siempre tienen un reflejo simétrico en la experiencia dolorosa, no sólo porque el paciente perciba más dolor del que indican las pruebas, sino también al revés, que es el que podemos observar, por ejemplo, en personas con daños e inflamación objetiva que no presentan dolor o sienten mínimas sensaciones molestas.

5.1.2. Estrategias de afrontamiento al dolor y su evaluación.

Las estrategias de afrontamiento al dolor se definen como los esfuerzos cognitivos y conductuales de las personas para manejar el malestar derivado del dolor. Al igual que ocurre en el afrontamiento al estrés general, no existen a priori estrategias mejores unas que otras, de hecho, la propia definición de afrontamiento implica la utilización de las estrategias de forma cambiante y en función de las circunstancias. En lo referente al dolor, la distinción más habitual es entre estrategias adaptativas y desadaptativas. Aunque los resultados varían mucho en función de los estudios, haciendo muy difícil tener un panorama claro de la adecuación o no de las mismas, parece haber cierto acuerdo a la hora de establecer que las estrategias activas predicen un mejor

funcionamiento y menor dolor que las estrategias pasivas. Para el dolor crónico parecen más útiles aquellas estrategias que eliminen la atención y concentración en el dolor, como la distracción, la relajación y la socialización. La distracción (no focalizar en dolor), el autocontrol mental (reducir el dolor cognitivamente), búsqueda de apoyo social instrumental (información y ayuda de terceros), autoafirmación (darse ánimos), y continuar con las actividades diarias, se han relacionado con menores niveles de dolor (Ersek, Turner y Kemp, 2006). Evitación, afrontamiento pasivo o con pensamientos negativos suelen estar asociadas a peor ajuste y disfunción. A medida que aumenta el nivel de dolor, los pacientes suelen utilizar menos estrategias más adaptativas y más la religión y la búsqueda de apoyo emocional, relacionadas ambas con menor sensación de control del dolor (Soriano y Monsalve, 2002; Monsalve, Soriano y de Andrés, 2006). En estudios que evalúan también estrategias relacionadas con el manejo médico del dolor, se ha encontrado que las estrategias más habituales eran el uso de fármacos, el ejercicio, el reposo, las actividades religiosas, la exposición al calor o al frío en las zonas dolorosas y las estrategias cognitivas como la distracción (Peres y Lucchetti, 2010).

El afrontamiento al dolor puede ser evaluado bien a través de cuestionarios generales de afrontamiento al estrés, considerando el dolor como un estresor más, o bien a través de cuestionarios específicos para dolor, donde las preguntas ya vienen diseñadas para este estresor en concreto. La investigación indica que las respuestas de los sujetos a afrontamiento, general versus específico, pueden variar en función de si consideran el dolor como estresor principal o no (Soriano y Monsalve, 2002).

Para la evaluación de las estrategias al dolor existen numerosos cuestionarios, la mayoría derivados del modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman. No obstante, actualmente existe cierta controversia acerca de la correcta aplicación de la teoría a las medidas concretas de evaluación existentes. Las medidas actuales abordan el

afrontamiento más como disposición personal que como interacción contexto/estrategia, originalmente planteada así por los autores del modelo, de ahí la proliferación de cuestionarios basados en el afrontamiento flexible, que, aunque se corresponde con otro modelo de afrontamiento, implícitamente puede que se parezca más a lo realmente propuesto por Lazarus y Folkman.

Al hilo de las estrategias de afrontamiento, tanto al estrés como al dolor crónico, han surgido conceptos relacionados como la catastrofización, la aceptación y la autoeficacia. La catastrofización se refiere a procesos cognitivos y emocionales negativos, con expectativas de futuro negativas también; la aceptación hace referencia a la integración del dolor sin esfuerzos por reducirlo, redefiniéndolo de forma positiva sin que interfiera en la vida cotidiana; y la autoeficacia, que indica la confianza en la persona de poder manejar adecuadamente las circunstancias negativas que se le presenten. Aunque en muchas investigaciones se consideren estrategias de afrontamiento, parecen referirse mucho más a disposiciones personales mantenidas con independencia de los estresores. Estos tres conceptos ya los hemos abordado en varias ocasiones a lo largo de los capítulos.

Por ejemplo, estudios con diversas patologías con dolor crónico, incluida la AR, indican que las personas con mayor aceptación del dolor, refieren menos dolor, discapacidad y malestar emocional, y mejor vida laboral y nivel de actividad, con independencia del nivel de dolor percibido (Campayo y Rodero, 2009). La aceptación de la enfermedad, en la que se incluye la aceptación del dolor y la acomodación del dolor ha demostrado en estudios estar relacionada con mejor calidad de vida, menor dolor, menor malestar y discapacidad (Vriezckolk, Geenen et al., 2012). Del mismo modo, se han encontrado resultados importantes de la autoeficacia en artritis, incluyendo mejorías en la

intensidad del dolor, severidad de la enfermedad, malestar psicológico y discapacidad relacionada con el dolor (Somers, Wren y Shelby, 2012).

Por último, otros conceptos que se encuentran relacionados en investigaciones de afrontamiento son el optimismo y el pesimismo. Estudios recientes en dolor crónico han encontrado que estos dos conceptos se relacionaban con el afrontamiento, mediando en su respuesta. El optimismo se ha asociado con estrategias de afrontamiento más activas mientras que el pesimismo con estrategias pasivas; las estrategias activas, a su vez, se han relacionado con menores niveles de dolor, de discapacidad y de malestar emocional, y con mayores niveles de funcionamiento general, al contrario que las estrategias pasivas (Ramírez-Maestre, Esteve y López, 2012). Otros autores mantienen que el optimismo está relacionado con mejor adaptación al dolor crónico y menor sensibilidad al dolor, también en pacientes con AR (Goodin y Bulls, 2013; Treharne et al. 2005), así como con mayor aceptación y, por ende, menor dolor en pacientes con AR (Evers et al., 2001).

5.2. Mecanismos biológicos del dolor y su relación con variables

psicológicas en la AR.

Para explicar los mecanismos neurológicos de la experiencia dolorosa, podemos distinguir dos sistemas perceptivos del dolor que actúan de forma paralela: el sistema de dolor lateral y sistema del dolor medial.

Las vías del *sistema de dolor lateral* van desde el haz espinotalámico de la medula espinal a los núcleos laterales del tálamo, y de ahí a la corteza somatosensorial primaria. Este sistema discrimina las características sensoriales del dolor (localización y descripción del dolor) y provoca reflejos automáticos de retirada/neutralización del

dolor (eg., quitar automáticamente la mano al entrar en contacto con una superficie que quema). No integra la experiencia dolorosa, sólo la percibe en términos descriptivos. En las lesiones del sistema lateral se generan déficit de la localización o descripción del dolor (discriminación), persistiendo la experiencia desagradable del dolor.

El *sistema de dolor medial* va desde el haz espinotalámico a los núcleos talámicos mediales antes de proyectar a la corteza cingulada anterior, con proyecciones subcorticales (al sistema límbico, amígdala, hipocampo), que es la base emocional del dolor. Este sistema se encarga de la integración e interpretación del dolor. El daño o lesiones en este sistema generan alivio del componente afectivo del dolor, sin pérdida de la discriminación sensorial.

Desde 1983, con los trabajos de Clifford Woolf, hasta la actualidad, varios autores consideran demostrado que la sensibilización central juega un papel importante en los pacientes con AR. La sensibilización central hace referencia al proceso de plasticidad neural por el que se produce una hiperalgesia o alodinia desde el sistema nervioso central, en ausencia o bajo estimulación mínima o inocua a nivel tisular. Por este proceso, las neuronas nociceptivas se activan facilitando o aumentando la percepción dolorosa. Así como en el dolor agudo, la nocicepción se adecúa a la intensidad o duración del estímulo doloroso, en la sensibilización central se produce hipersensibilidad al dolor y aumento de la nocicepción ante estímulos sensoriales normales o de baja intensidad. Se plantea que en enfermedades inflamatorias como la AR, después de tiempos prolongados de actividad de la enfermedad, la sensibilidad central se mantiene de forma autónoma en ausencia de patología periférica (Latremoliere y Woolf, 2009).

En el caso concreto de la AR, se sugiere la presencia de la sensibilización central en base a la manifestación simétrica de la enfermedad, la relación poco clara entre los síntomas y la actividad de la enfermedad, y la hiperalgesia generalizada, tanto a nivel articular como extraarticular de diferentes tipos de estímulos. Los posibles mecanismos de sensibilización central en pacientes con AR pueden deberse al efecto de repetición de estímulos nocivos, a la sensibilización cognitivo-emocional, a la inhibición nociocéptica endógena, a las citoquinas y a los neuropéptidos (Meeus et al., 2012).

Las interrelaciones entre el sistema nervioso central (lateral y medial del dolor), el sistema neuroendocrino y el sistema simpático, así como el propio dolor que influye directamente, tanto a nivel sensorial/emocional, como indirectamente, al ser considerado un estresor, podrían explicar las relaciones entre las variables psicológicas y la experiencia dolorosa. Dentro de la sensibilización central, se ha considerado también el concepto de sensibilización cognitivo-emocional, que hace referencia a las emociones y cogniciones que facilitan y perpetúan la experiencia dolorosa, como acabamos de mencionar en el párrafo anterior. El simple hecho de esperar el dolor o la expectativa de dolor genera ansiedad anticipatoria, aumentando la sensibilidad al dolor, que se ve reflejado en la activación de la corteza cingulada anterior y en la producción de colecistoquinina, del mismo modo, que puede reducirse con ansiolíticos como el diazepam (Benedetti, Lanotte, Lopiano y Colloca, 2007).

El dolor no es una experiencia independiente de la persona que lo padece, variables individuales como el genotipo, las experiencias y aprendizajes previos, variables sociodemográficas, factores cognitivos, emocionales y conductuales, así como enfermedades físicas influyen moderando y mediando la experiencia de dolor (Turk, Wilson y Cahana, 2011).

Determinados estados psicológicos como la ansiedad/estrés y la depresión, influyen en la percepción de la experiencia dolorosa a través de los mecanismos biológicos que comparten entre todos ellos, así como por los efectos indirectos, comportamentales, cognitivos, atencionales y motivacionales que pueden alterar la vivencia del dolor. Las posibles consecuencias del dolor crónico, como la incapacidad laboral, problemas familiares, etc., también pueden convertirse en fuente adicional de estrés y malestar psicológico. Del mismo modo, los mecanismos biológicos de la AR afectan y se ven afectados por determinados estados emocionales, todos ellos, redundando en última instancia, en el dolor percibido por los pacientes. La AR, por ejemplo, provoca con frecuencia problemas de sueño que, a su vez, afectan al estado de ánimo. Los pacientes con bajo estado de ánimo o con síntomas depresivos, a nivel cognitivo y conductual, tienen más facilidad para centrarse y sobredimensionar las percepciones negativas (incluidas las dolorosas), así como mayores dificultades para llevar a cabo hábitos de vida saludable (alimentación y peso, pautas de ejercicio, etc.), que, en enfermedades como la AR, dificultan las mejorías, empeoran el pronóstico y aumentan la percepción dolorosa en los pacientes. Las relaciones entre comorbilidad psiquiátrica y AR, especialmente de estados depresivos, como abordamos en el primer capítulo, influyen negativamente en la calidad de vida de los pacientes y en el dolor percibido. En la AR, la depresión juega un papel importante en la percepción del dolor, así, los estudios han demostrado que el mejor predictor del dolor a los 6 meses en la AR temprana, eran los síntomas depresivos en la línea base, encontrándose asociaciones bidireccionales a lo largo del tiempo entre dolor y depresión (Schieir et al., 2009), que la depresión en la AR iba asociada a mayores niveles de dolor (Conner et al., 2006) y que junto con el dolor, la depresión era mejor predictor, que el daño radiográfico y la actividad de la enfermedad, en la discapacidad y calidad de vida en los pacientes (Wolfe y Michaud, 2004; Wolfe,

Michaud, Li y Katz, 2010). Para algunos profesionales, en las enfermedades reumáticas el dolor, la depresión y la fatiga son señales de que la enfermedad no está bien controlada (Goldenberg, Clauw y Fitzcharles, 2011), así como de las relaciones neurobiológicas existentes entre dolor y depresión (Gerrits et al., 2014). Las relaciones entre dolor y depresión propuestas hasta ahora podrían deberse a factores genéticos, a las vías del estrés, a la activación inflamatoria e inmune, a la plasticidad neuronal y al aumento de la sensibilidad al dolor, y a la morfología cerebral (Goldenberg, 2010). Posibles factores de riesgo identificados para la depresión en AR son ser mujer, edad joven de comienzo de la enfermedad, depresión previa, baja autoestima, mala imagen corporal, afrontamiento pasivo, mayores deformidades, incapacidad funcional y mayores niveles de dolor (Goldenberg, 2010).

Respecto a la ansiedad y al estrés, el propio dolor se puede convertir en un estresor crónico que active la respuesta fisiológica al estrés, dando como resultado un umbral de dolor más bajo (Meeus et al., 2012), mediante la disfunción del cortisol que influye tanto en la inflamación como en el dolor (Hannibal y Bishop, 2014).

En estudios de neuroimagen funcional se pone de manifiesto la activación del circuito neural del dolor, modulada por componentes sensoriales, emocionales y cognitivos. El umbral del dolor puede modularse por el componente emocional, como se observa en determinados pacientes con dolor funcional crónico (como la fibromialgia), en los que comparados con controles sanos, el umbral es más bajo (Deus, 2009). En pacientes con dolor artrítico, también se ha encontrado activación en la amígdala, el tálamo y la corteza cingulada (Kulkarni et al., 2007).

En relación a variables de personalidad, revisiones en dolor crónico, encuentran como factores de protección para la discapacidad derivada del dolor a la resiliencia, el

optimismo, y la extroversión, mientras que como factores de riesgo se encuentran la personalidad ansiosa, la personalidad evitativa y el neuroticismo (Ramírez-Maestre y Esteve, 2013).

Por todo ello, sería fundamental valorar el estado emocional de los pacientes con enfermedades como la AR, de forma sistemática, con la finalidad de tratar y controlar cualquier variable que pueda influir en el pronóstico de la enfermedad, ya sea de forma directa a través de mecanismos biológicos implicados, o de forma indirecta, debido a la conducta apropiada o no del paciente.

5.3. El dolor en la artritis reumatoide.

Como ya hemos mencionado anteriormente, el dolor y la incapacidad funcional son las principales preocupaciones de los pacientes con AR (eg., Heiberg y Kvien, 2002; Taylor et al., 2012).

El dolor y el malestar emocional pueden tener un impacto significativo en la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud general. La calidad vida percibida es mejor entre aquellas personas que no presentan dolor. El dolor de larga duración está asociado a peor calidad de vida relacionada con la salud, y si está asociado con un mayor malestar emocional puede ser particularmente perjudicial.

A lo largo de toda la revisión teórica, y debido a que el dolor percibido suele ser evaluado en casi todas las investigaciones con pacientes con AR, hemos ofrecido datos acerca de dolor, e incluso del afrontamiento al mismo, en las diferentes investigaciones mencionadas tanto en el capítulo general de la AR, en el estrés, el apoyo social y el nivel de funcionalidad. Para no repetirlas, ya que de ellas hemos expuesto los resultados de dolor, en este capítulo nos centraremos en aquella información que no se

haya planteado anteriormente. Es lógico que, aunque el objeto de estudio sea cualquier otra variable, el dolor y la capacidad funcional se evalúen casi por protocolo en las investigaciones con pacientes con AR.

En algunos pacientes, el dolor en la AR parece ser tanto de tipo somático (inflamatorio y periférico) como de tipo neuropático (descrito en términos de *quemazón* o *punzante*) (Goldenberg et al., 2011; Walsh y McWilliams, 2012). A pesar del avance médico y de los tratamientos, el dolor sigue estando presente en la AR, tanto como consecuencia directa de la enfermedad, como agravando otros aspectos del funcionamiento del paciente, como el malestar psicológico y la discapacidad. Esto puede generar un círculo vicioso que hace necesario que se explore cualquier variable física o psíquica, que este generando interferencias. El manejo integral del dolor, tanto desde a nivel sintomático como de las variables psicológicas que puedan influir en su percepción, debería ser intervenido de forma rutinaria, y en especial en aquellos pacientes en los que los signos y síntomas propios de la enfermedad, junto con el correcto tratamiento, no justifiquen la interferencia del dolor percibido en la vida cotidiana del paciente con AR.

5.4. Impacto de las estrategias de afrontamiento en el dolor percibido en pacientes con artritis reumatoide.

5.4.1. Estrategias de afrontamiento al dolor en pacientes AR: evidencias e implicaciones.

Son múltiples las investigaciones que hacen referencia al afrontamiento del dolor en pacientes con AR para establecer sus relaciones, tanto con el dolor percibido como con otras variables psicológicas o relacionadas con la enfermedad, con la

finalidad última de conocer aquellas variables que minimicen el impacto del dolor en la vida cotidiana de los pacientes y redunden en mejor calidad de vida percibida. Sin embargo, los resultados no son consistentes a lo largo de las investigaciones, existiendo todavía la necesidad de desentrañar mejor el papel que cumplen las estrategias y los estilos de afrontamiento en los resultados de enfermedades como la AR.

Jamison y Edwards (2012) en su artículo de revisión acerca de la integración del tratamiento del dolor en la práctica clínica, hacen referencia a la importancia de considerar las variables psicológicas y sociales que pueden influir en el dolor crónico, ya que este es fuente de discapacidad y deterioros en la calidad de vida de los pacientes que lo padecen. Insisten en la importancia, en la experiencia dolorosa, de la percepción del dolor, las creencias y las estrategias de afrontamiento que influyen en los resultados de los tratamientos. Pensamientos negativos inapropiados y estrategias poco adaptativas, aumentan las percepciones de dolor, favorecen más el uso de medicación y empeoran el funcionamiento y el bienestar emocional. Por el contrario, los pacientes con adecuado funcionamiento psicológico muestran mayor tendencia a usar estrategias de afrontamiento al dolor adaptativas como ignorar su dolor, usar autoafirmaciones y permanecer activos para distraer la atención del dolor. Las intervenciones psicológicas destinadas a incrementar las estrategias de afrontamiento al dolor suelen estar centradas en estrategias específicas de solución de problemas, incluyendo la identificación de pensamientos negativos, poco adaptativos e irracionales, junto con entrenamiento en autoafirmaciones positivas, técnicas de distracción, prevención de la catastrofización y mejora del apoyo social.

Puesto que la evaluación del afrontamiento al dolor en pacientes con AR siempre se realiza una vez está diagnosticada la enfermedad, impidiendo que se pueda establecer si el paciente ya tenía ese estilo de afrontamiento al dolor previamente, o es la

enfermedad la que lo modifica, Ferrari y Russell (2010) realizaron un interesante estudio con estudiantes universitarios, sin conocimiento previo acerca de la AR, para establecer la relación entre expectativas de la enfermedad y estilos afrontamiento. El estudio fue diseñado en la línea de investigaciones previas como la de Graves et al. (2009), en la que la discapacidad de los pacientes con AR estaba más relacionada con sus creencias acerca de la enfermedad que con el estado de la misma, así como aquellas que resaltan que el afrontamiento del dolor influye en el dolor percibido (Covic et al., 2000). Para la evaluación se pasó un cuestionario de afrontamiento al dolor, el HAQ y se les dio a los sujetos situaciones hipotéticas en función a la intensidad del dolor. Dividieron en grupos a los pacientes en función del estrategias al dolor utilizadas activas o pasivas, el 32% estaban en el grupo alto activo/bajo pasivo, el 30% bajo activo/ alto pasivo, 20% bajo activo/ bajo pasivo, y el 18% alto activo/ alto pasivo. Los resultados indicaron que aquellos con altas puntuaciones en estrategias pasivas tenían mayores puntuaciones en el HAQ, por tanto, mayor expectativa de incapacidad. La correlación entre incapacidad y afrontamiento activo era negativa y significativa. Es interesante que, en este estudio, la puntuación media del HAQ fuera 1,5, que es superior a la de muchas investigaciones con pacientes que realmente tienen AR, lo que indica también que la expectativa de enfermedad junto con el afrontamiento al dolor, antes de padecerla, podría influir en las percepciones futuras.

Vriezolk et al. (2010) evaluaron una intervención multidisciplinar en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias (incluida AR) y artrosis, para determinar las diferencias pre y post tratamiento en malestar emocional, funcionamiento físico, percepciones de la enfermedad y afrontamiento al dolor. Los resultados indicaron que más de la mitad de los pacientes tenían malestar emocional, altos niveles de preocupación e impotencia y niveles moderados de funcionamiento físico. A pesar de la

intervención, muchos pacientes con malestar inicial seguían manteniéndolo, sugiriendo que este tipo de intervenciones son insuficientes para los pacientes con malestar acusado en la línea base. Las mejorías después del tratamiento, fueron en malestar emocional (ansiedad y depresión), percepciones de la enfermedad (impotencia y aceptación), distracción y dolor. Resultados similares son los de Parker et al. (1995), que realizaron una intervención con pacientes con AR en tres grupos aleatorios de tratamiento en manejo del estrés, educacional y control, y encontraron que en el grupo de intervención en manejo del estrés, los pacientes con AR mejoraron en afrontamiento cognitivo impotencia, autoeficacia, dolor y estado de salud, manteniéndose los resultados a los 15 meses de seguimiento.

En esta misma línea, Parlar, Fadiloglu, Argon, Tokem y Keser (2013), evaluando los efectos de la educación en el manejo del dolor en pacientes con AR y artrosis, encontraron efectos beneficiosos de los programas disminuyendo la intensidad del dolor y favoreciendo mayor uso de estrategias para aliviarlo. Ambos grupos de pacientes mejoraron por igual la intensidad del dolor en el post tratamiento, en comparación a la línea base, probablemente al verse aumentado su conocimiento del dolor y su afrontamiento. Antes del programa de educación, las estrategias de afrontamiento más utilizadas eran las religiosas, el descenso en la actividad y el reposo, junto con evitación de la actividad física, el apoyo social informacional y la distracción. Después del tratamiento, en los dos grupos aumentó la frecuencia del uso de masajes en la zona dolorosa, relajación para controlar el estrés y el ejercicio, considerados beneficiosos para el dolor artrítico.

Recientemente, una intervención on-line para manejar el dolor artrítico en adultos, fue realizada por Trudeau et al. (2015), que encontraron mejorías en la catastrofización, autoeficacia y comunicación con personal médico después del programa de

entrenamiento, en mayor medida en los pacientes con artrosis, comparados con AR y otras enfermedades reumáticas, pero todos ellos mayores en relación al grupo de control. Sin embargo, no se encontró mejorías en la intensidad del dolor en ningún tipo de paciente ni en la interferencia del dolor, la ansiedad o la depresión.

Perrot, Dieudé, Pérocheau y Allanore (2013) compararon a pacientes con esclerosis múltiple y AR en dolor, afrontamiento al dolor, interferencia del dolor en la vida cotidiana, actitudes y calidad de vida relacionada con la salud. Los resultados indicaron que la frecuencia del dolor era similar en ambos grupos, ambos mostraban mayores niveles de dolor asociados a dolor neuropático, problemas de sueño relacionados con el dolor y la depresión, y la misma influencia de la catastrofización en el dolor. En los pacientes con esclerosis, las medidas de actividad de la enfermedad no correlacionaban con el dolor, mientras que en el grupo de pacientes con AR sí lo hacían (relación dolor con DAS28 y proteína C reactiva). Los pacientes con AR tenían actividad de la enfermedad (DAS28) baja pero altas puntuaciones en discapacidad funcional (HAQ). El dolor y sus consecuencias en la vida cotidiana eran mayores entre los pacientes con AR, en dolor, actividad general, afecto, en el trabajo, en la capacidad para andar, en las relaciones interpersonales y en el disfrute de la vida.

Gong, Li, Li y Mao (2013), evaluaron en pacientes chinos, de mediana edad y mayores, diagnosticados de AR y artrosis, en experiencias de dolor, estrategias de manejo de la artritis y eficacia percibida, para posteriormente comparar las diferencias entre ambos grupos. La mayoría de los pacientes tenía interferencias en la vida cotidiana y dolor de moderadas a altas, y percibían la efectividad de los métodos de manejo del dolor como moderada. Los métodos más frecuentemente utilizados fueron los fármacos con prescripción médica, la distracción, el ejercicio, el calor, los masajes y el reposo. Los métodos percibidos como más beneficiosos fueron la medicación con prescripción

médica y medicación sin prescripción, el calor seco y los baños calientes. Comparados con pacientes con artrosis, los pacientes con AR mostraron mayor intensidad de dolor, más zonas dolorosas y mayor uso de métodos para aliviarlo.

Vadacca et al. (2014) analizaron longitudinalmente a pacientes con AR y lupus eritematoso sistémico en alexitimia (dificultad para identificar y describir las emociones), estado emocional y dolor. Tanto la intensidad del dolor como la alexitimia eran mayores en el grupo de pacientes con AR, aunque la alexitimia también se encontraba con frecuencia entre los pacientes con lupus. Los estados de ánimo y la alexitimia no mostraron relación en la AR, así como tampoco lo mostró la alexitimia con el dolor.

Davis, Zautra, Wolf, Tennen y Yeung (2015) compararon los efectos diferenciales de tres tratamientos en pacientes con AR. Los tratamientos eran terapia cognitivo conductual en estrategias de afrontamiento para el dolor, tratamiento en conciencia plena y aceptación (para mejorar el conocimiento y aceptación y fomentar afrontamiento de experiencias aversivas), y educación en artritis (centrada en el dolor y su manejo), para los cambios diarios en el dolor y el estrés relacionados con los pensamientos, síntomas y afectos en pacientes adultos con AR. Los pacientes rellenaron un diario durante un mes, antes y después de los tratamientos, en catastrofización del dolor y percepción de control, intensidad del dolor, fatiga, serenidad, ansiedad y discapacidad matutina. Antes del tratamiento, los grupos eran comparables entre sí, y en todos ellos el dolor y el estrés diario predecían los cambios en los síntomas físicos, las cogniciones y los afectos. El grupo de educación en artritis no mostró ningún cambio después del tratamiento, en relación al dolor y estrés con el resto de medidas. La terapia cognitivo conductual produjo mejorías más constantes en la percepción de control del dolor, que la conciencia plena o la educación. La terapia de conciencia plena se mostró

más efectiva, en comparación a las otras dos modalidades, en reducción del estrés y frecuencia del dolor, la ansiedad, la fatiga, la catastrofización del dolor y la discapacidad matutina. La intensidad del dolor, no se vio modificada por ninguna de las intervenciones, parece que estas intervenciones centradas en el afrontamiento del dolor mejoran el manejo diario pero no la percepción dolorosa. Se requiere más investigación sobre la efectividad de estos tratamientos también para percepción de la intensidad del dolor.

5.4.2. La catastrofización y su relación con el dolor percibido en pacientes con AR.

Aunque para muchos investigadores, la catastrofización no sea considerada una estrategia de afrontamiento en sí, la mencionaremos aquí específicamente en estudios de los últimos años que, o bien la conceptualizan dentro del afrontamiento en pacientes con AR, o bien tratan de demostrar que pertenece a otra categoría. Haremos breve referencia, pero consideramos importante hacer una mención especial, ya que la catastrofización del dolor la hemos expuesto en varias investigaciones a lo largo de la revisión teórica. Nuestra opinión al respecto, es que tampoco la consideramos una estrategia de afrontamiento ni al dolor ni al estrés como tal, al igual que otros investigadores (eg., Geisser, Robinson y Riley, 2000; Jensen, Turner, Romano y Lawler, 1994; Thorn, Rich y Boothby, 2000); la catastrofización parece entenderse mejor dentro de una disposición personal, cognitiva y emocional, con contenido negativo hacia el presente y el futuro, que magnifica las experiencias displacenteras. Los autores que la consideran una estrategia, lo hacen en parte en base a la propia explicación de Lazarus y Folkman, que decían que estrategia de afrontamiento podría ser cualquier esfuerzo para compensar una situación estresante. No obstante, la

catastrofización parece asimilarse más con una respuesta automática de la persona que tiene esa tendencia, que aparece en cualquier situación displacentera, más que a un esfuerzo por manejar el estrés derivado de la situación. En ese sentido, la aceptación, que también es considerada como estrategia de afrontamiento en algunas investigaciones, podría encajar más con la definición original, ya que sí supone un esfuerzo a la persona para integrar la situación negativa y redefinirla en términos más positivos, minimizando así su impacto. Sin embargo, la aceptación, al igual que la catastrofización, suele ser una constante en la interpretación de estímulos negativos, una disposición personal independiente de las circunstancias, que se aplica de forma generalizada en aquellas situaciones que generan malestar. Cuando se trata de estrategias de afrontamiento, se suele hablar de repertorios de conductas que son más o menos adaptativos en función del contexto y tipo de estresor, que cambian y se repiten en función de aprendizajes previos en situaciones parecidas. En este sentido, ninguno de los dos conceptos encajaría tampoco dentro de afrontamiento. Además, es importante considerar que, aunque las estrategias poco adaptativas no faciliten el correcto afrontamiento del estrés y del dolor, y los resultados no sean beneficiosos en última instancia, la persona cuando las lleva a cabo siente cierto alivio temporal del estrés/dolor o cree que está haciendo lo correcto para manejarlo, algo que no ocurre con la catastrofización, que siempre es vivida de forma negativa por la persona que tiene esos pensamientos y emociones, y el único efecto que se podría mencionar en alguna ocasión, es el desplazamiento del malestar provocado por el estrés/dolor al malestar provocado por los pensamientos catastrofistas.

Turner, Jensen y Romano (2000) evaluaron a pacientes con dolor crónico en creencias acerca de la enfermedad, catastrofización y estrategias de afrontamiento al dolor con la finalidad de establecer su relación con el ajuste general de los pacientes. El

afrontamiento al dolor se midió con dos cuestionarios diferentes. Los resultados indicaron que las creencias acerca de la enfermedad predecían tanto el malestar emocional (depresión) como la discapacidad física, especialmente las creencias referidas al papel de enfermo, la duración del dolor, la negación de la culpa y al sistema médico, para discapacidad, y las creencias acerca del papel de enfermo para depresión. Las estrategias de afrontamiento como bloque, por su parte, no predecían depresión, pero sí discapacidad funcional, con mayor peso de la estrategia limitación de las actividades. Las estrategias de afrontamiento al dolor con correlación directa con discapacidad fueron protección, búsqueda de asistencia y reposo, e inversamente, persistencia y continuidad en las tareas cotidianas e ignorar el dolor. Los dos cuestionarios de afrontamiento mostraban tendencias de respuesta diferentes, en uno de ellos la tendencia era más a ignorar el dolor persistiendo en las actividades, y, en el otro, se veía una tendencia mayor a esfuerzos cognitivos a través de comparaciones con otros, autoinstrucciones positivas y relativización del dolor. La catastrofización mostraba resultados inversos al afrontamiento, prediciendo la depresión pero no la discapacidad, más en la línea de que la catastrofización no es una estrategia de afrontamiento como tal. En el modelo de análisis final, mientras que las creencias, el afrontamiento y la catastrofización explicaban el 42% de la discapacidad y el 47% de la depresión, la edad, el género y la intensidad del dolor sólo explicaban un 8% de la discapacidad y un 9% de la depresión.

La catastrofización como rasgo versus estado ha sido recientemente estudiada por Sturgeon y Zautra (2013). Partiendo de investigaciones previas que apuntaban a que la catastrofización del dolor influía directamente en la adaptación al dolor y al bienestar emocional, analizaron la catastrofización al dolor como estado y como rasgo en relación a las fluctuaciones en el dolor cotidiano, síntomas depresivos, y afectos positivos y

negativos. Los resultados indicaron que la catastrofización como estado se relacionaba significativamente con el dolor diario, los afectos y los síntomas depresivos; mayor catastrofización estaba relacionada con los aumentos del dolor y del malestar (pensamientos negativos y síntomas depresivos). La alta catastrofización como estado, a lo largo de los 30 días de evaluación, aumentaba los efectos de la catastrofización del dolor como estado en la relación entre intensidad de dolor y los síntomas depresivos, considerándolo un mediador entre esas dos variables. En las personas con catastrofización como rasgo, era donde más efectos negativos tenía la catastrofización como estado, aumentando en respuesta a la intensidad del dolor, aumentando los síntomas depresivos y los afectos negativos, y disminuyendo los afectos positivos de forma transversal; a lo largo de la evaluación, la catastrofización como estado influía en la catastrofización como rasgo, la percepción del dolor y los síntomas depresivos (no en los afectos positivos y negativos).

En relación a la respuesta a los tratamientos con FAME biológico en pacientes con AR y espondiloartritis, Penhoat et al. (2014) evaluaron a los pacientes en catastrofización del dolor, apoyo social percibido, el conocimiento percibido acerca de la enfermedad que creían que tenían sus familiares y compañeros de trabajo, y actividad de la enfermedad (presente, pasada y expectativas de futuro). Los resultados indicaban relaciones moderadas entre la actividad de la enfermedad (AR y espondiloartritis) y catastrofización del dolor, y relaciones más fuertes entre intensidad del dolor y catastrofización. La catastrofización era más alta entre los pacientes con espondiloartritis, se relacionaba más con las percepciones de los pacientes que con la de los médicos, y correlacionaba más con la expectativa de actividad de la enfermedad que con la actividad pasada. En este estudio, el mejor predictor para la catastrofización era el bajo apoyo social percibido (de familia y amigos). A pesar del tratamiento médico, un

cuarto de los pacientes mostraba altas puntuaciones en catastrofización, que implicaba expectativas de futuro negativas.

Como conclusión, y en base a la revisión realizada a lo largo de este y otros capítulos, podemos considerar que, desde el punto de vista psicológico, el manejo del dolor también es un tema muy complejo. No obstante, parece que las intervenciones centradas en habilidades de afrontamiento del dolor, junto el control de la comorbilidad de trastornos mentales, así como favorecer disposiciones personales positivas relacionadas con la resiliencia, puede favorecer la disminución de la sensibilidad al dolor en los pacientes con AR, que redundará probablemente en un menor impacto del dolor en la vida cotidiana, mejoras en la capacidad funcional y en la calidad de vida percibida.

Tabla 6. Estudios recientes artritis reumatoide y dolor percibido (años 2010-2015)

Autor/es	Participantes y método	Variables e Instrumentos	Resultados
Vriezekolk et al. (2010)	Enfermedades reumáticas inflamatorias (incluida AR) y artrosis N=89	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor y funcionamiento físico. Symptom scale and Physical scale of the Dutch Arthritis Impact Measurement Scales Short version (AIMS2-SF). - Malestar emocional. Anxiety and Depressed Mood scales of the Impact of Rheumatic Diseases on General Health and Lifestyle questionnaire (IRGL). - Percepciones de la enfermedad. Illness Cognition Questionnaire (ICQ). - Afrontamiento del dolor. Pain Coping Inventory (PCI). 	<ul style="list-style-type: none"> - Los resultados indican que más de la mitad de los pacientes tenían malestar emocional, altos niveles de preocupación e impotencia y niveles moderados de funcionamiento físico. - Las mejoras después del tratamiento, fueron en malestar emocional (ansiedad y depresión), percepciones de la enfermedad (impotencia y aceptación), distracción y dolor. - A pesar de la intervención, muchos pacientes con malestar inicial seguían manteniéndolo.
Gong et al. (2013)	AR y artrosis N= 197	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor e interferencia del dolor. Brief Pain Inventory (BPI-C). - Manejo del dolor. Pain Management Inventory (PMI). 	<ul style="list-style-type: none"> - La mayoría de los pacientes tenía interferencias en la vida cotidiana y dolor de moderadas a altas, y percibían la efectividad de los métodos de manejo del dolor como moderada. - Los métodos más frecuentemente utilizados fueron los fármacos con prescripción médica, la distracción, el ejercicio, el calor, los masajes y el reposo. - Los métodos percibidos como más beneficiosos fueron la medicación con prescripción médica y medicación sin prescripción, el calor seco y los baños calientes. - Comparados con pacientes con artrosis, los pacientes con AR mostraron mayor intensidad de dolor, más zonas dolorosas y mayor uso de métodos para aliviarlo.
Orake et al. (2013)	AR Año 1987 N=30 Año 2002 N=30 Año 2009 N=137	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas estructuradas para aspectos psicológicos, físicos y sociales (dolor, malestar emocional, funcionamiento social, funcionamiento laboral, fortaleza mental, estrés psicosocial). - Actividad de la enfermedad. DAS28 y proteína C reactiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - El dolor era el mayor estresor en 1987, 2002 y 2009, pero el porcentaje de pacientes que lo refería como tal iba disminuyendo cada año. - El dolor crónico fue significativamente menor en 2009 en comparación a 2002, así como entre los pacientes con terapias biológicas en comparación a las terapias no biológicas. - En 2009 encontraron que la relación dolor crónico/índice de actividad de la enfermedad DAS28 era significativamente mayor entre aquellos pacientes que referían el dolor crónico como mayor estresor, en comparación a aquellos que su mayor estresor era otro.

Tabla 6. (Continuación)

Autor/es	Participantes y método	Variables e Instrumentos	Resultados
Pantjar et al. (2013)	AR N=30 Artritis N=30 Pre- post intervención educativa	- Dolor. McGill Pain Questionnaire. - Manejo del dolor. Pain Management Inventory (PMI)	- Encontraron efectos beneficiosos de los programas disminuyendo la intensidad del dolor y favoreciendo mayor uso de estrategias para aliviarlo, en los dos tipos de pacientes. - Antes del programa de educación, las estrategias de afrontamiento más utilizadas eran las religiosas, el descenso en la actividad y el reposo, junto con evitación de la actividad física, el apoyo social informacional y la distracción. - Después del tratamiento, en los dos grupos aumentó la frecuencia del uso de masajes en la zona dolorosa, relajación para controlar el estrés y el ejercicio, considerados beneficiosos para el dolor artrítico.
Perrot et al. (2013)	AR N=82 Esclerosis múltiple N=71 Observacional Transversal	- Actividad enfermedad. DAS28. - Dolor. Escala analógica visual. Short form of McGill Pain Questionnaire (MPQ). - Discapacidad funcional. HAQ. - Dolor neuropático. DN4 questionnaire. - Ansiedad y depresión. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) y Beck Depression Inventory. - Catastrofización y actitud ante el dolor. Pain Catastrophizing Scale y 30-item version of the Survey of Pain Attitude (SOPA). - Calidad de vida percibida. SF-12. - Problemas de sueño.	- Los resultados indicaron que la frecuencia del dolor era similar en ambos grupos, ambos mostraban mayores niveles de dolor asociados a dolor neuropático, problemas de sueño relacionados con el dolor y la depresión, y la misma influencia de la catastrofización en el dolor. - En los pacientes con esclerosis, las medidas de actividad de la enfermedad no correlacionaban con el dolor, mientras que en el grupo de pacientes con AR sí lo hacían (relación dolor con DAS28 y proteína C reactiva). - Los pacientes con AR tenían actividad de la enfermedad (DAS28) baja pero altas puntuaciones en discapacidad funcional (HAQ). - El dolor y sus consecuencias en la vida cotidiana eran mayores entre los pacientes con AR, en dolor, actividad general, afecto, en el trabajo, en la capacidad para andar, en las relaciones interpersonales y en el disfrute de la vida.
Sturgeon y Zautra (2013)	AR N=231 Observacional Longitudinal	- Dolor diario. Escala numérica de 11 puntos. - Afectos positivos y negativos. Positive and Negative Affect Schedule - Depresión. Hamilton Depression Inventory. - Dolor diario y catastrofización del dolor. Diarios. - Catastrofización. Pain catastrophizing subscale of the Vanderbilt Multi-dimensional Pain Coping Inventory (VMPCI) - Neuroticismo como rasgo. NEO Five Factor Inventory.	- Los resultados indicaron que la catastrofización como estado se relaciona significativamente con el dolor diario, los afectos y los síntomas depresivos; mayor catastrofización estaba relacionada con los aumentos del dolor y del malestar emocional. - La alta catastrofización como estado, a lo largo de los 30 días de evaluación, aumentaba los efectos de la catastrofización del dolor como estado en la relación entre intensidad de dolor y los síntomas depresivos, considerándolo un mediador entre esas dos variables. - En las personas con catastrofización como rasgo, era donde más efectos negativos tenía la catastrofización como estado, aumentando en respuesta a la intensidad del dolor, aumentando los síntomas depresivos y los afectos negativos, y disminuyendo los afectos positivos de forma transversal. - La catastrofización como estado influye en la catastrofización como rasgo, la percepción del dolor y los síntomas depresivos (no en los afectos positivos y negativos).

Tabla 6. (Continuación)

Autor/es	Participantes y método	Variables e Instrumentos	Resultados
Penhoat et al. (2014)	AR N=86 Espondiloartritis N=54 Observacional Longitudinal	- Catastrofización del dolor. Pain Catastrophizing Scale (PCS). - Actividad de la enfermedad presente, pasada y futura. Escalas analógico visuales. - Apoyo social percibido de familiares y compañeros. Conocimiento de los familiares y compañeros acerca de la enfermedad. Escalas analógico visuales.	- Los resultados indicaban relaciones moderadas entre la actividad de la enfermedad (AR y espondiloartritis) y catastrofización del dolor, y relaciones más fuertes entre intensidad del dolor y catastrofización. - La catastrofización era más alta entre los pacientes con espondiloartritis, se relacionaba más con las percepciones de los pacientes que con la de los médicos, y correlacionaba más con la expectativa de actividad de la enfermedad que con la actividad pasada. - El mejor predictor para la catastrofización era el bajo apoyo social percibido (de familia y amigos).
Vadacca et al. (2014)	AR y lupus sistémico (LES) N=49 Longitudinal Observacional	- Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS) - the Profile of Mood States (POMS) - Dolor. Escala analógico visual y Questionario Italiano sul Dolore. - Actividad de la enfermedad AR y LES. DAS28 y SLE Disease Activity Index (SLEDAD).	- Tanto la intensidad del dolor como la alexitimia eran mayores en el grupo de pacientes con AR, aunque la alexitimia también se encontraba con frecuencia entre los pacientes con lupus. - Los estados de ánimo y la alexitimia no mostraron relación en la AR, así como tampoco lo mostró la alexitimia con el dolor.
Davis et al. (2015)	AR N=143 Pre-post tratamientos	- Dolor y fatiga. Escalas numéricas. - Discapacidad matutina. Pregunta. - Estrés interpersonal percibido. Preguntas relacionadas con pareja, amigos, familia y trabajo. - Pensamientos relacionados con el dolor. Escalas numéricas de catastrofización y control del dolor. - Ansiedad y serenidad. Subscales of the Positive and Negative Affect Scale—Expanded Form.	- Compararon tres tratamientos: terapia cognitivo conductual en estrategias de afrontamiento para el dolor, tratamiento en conciencia plena y aceptación, y educación en artritis. - Antes del tratamiento, los grupos eran comparables entre sí, y en todos ellos el dolor y el estrés diario predecían los cambios en los síntomas físicos, las cogniciones y los afectos. - El grupo de educación en artritis no mostró ningún cambio después del tratamiento, en relación al dolor y estrés con el resto de medidas. - La terapia cognitivo conductual produjo mejoras más constantes en la percepción de control del dolor, que la conciencia plena o la educación. - La terapia de conciencia plena se mostró más efectiva, en comparación a las otras dos modalidades, en reducción del estrés y frecuencia del dolor, la ansiedad, la fatiga, la catastrofización del dolor y la discapacidad por la mañana. - La intensidad del dolor, no se vio modificada por ninguna de las intervenciones.

Tabla 6. (Continuación)

Autor/es	Participantes y método	Variables e Instrumentos	Resultados
Trudeau et al. (2015)	Adultos con artritis N=113 Grupo control N=115 Pre- post intervención	<ul style="list-style-type: none"> - Cogniciones. Arthritis Self-Efficacy Scale, Pain Catastrophizing Scale (PCS) y Pain Awareness Questionnaire. - Conductas de automanejo. Exercise Behavior, Cognitive Symptom Management y Communication with Physicians. - Dolor. Brief Pain Inventory—Short Form (BPI-SF). - Ansiedad y depresión. Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21). - Afrontamiento del dolor. Chronic Pain Coping Inventory (CPCI-42). - Impacto de la artritis. Arthritis Impact Measurement Scale-2-SF. - Respuesta al tratamiento. Patient Global Impression of Change Scale. 	<ul style="list-style-type: none"> - Encontraron mejoras en la catastrofización, autoeficacia y comunicación con personal médico después del programa de entrenamiento, en mayor medida en los pacientes con artrosis, comparados con AR y otras enfermedades reumáticas, pero todos ellos mayores en relación al grupo de control. - No se encontraron mejoras en la intensidad del dolor en ningún tipo de paciente ni en la interferencia del dolor, la ansiedad o la depresión.

II INVESTIGACIÓN

6. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.

6.1. Objetivos de la investigación.

Objetivo general:

El objetivo principal es analizar las relaciones existentes entre el nivel de funcionalidad y el dolor percibido en función del apoyo social y el tipo de estrategias de afrontamiento al estrés y al dolor en pacientes con artritis reumatoide comparados con un grupo de comparación de pacientes sin artritis reumatoide.

Objetivos específicos:

Establecer si existen diferencias entre los pacientes con AR y los pacientes sin AR en nivel de funcionalidad y dolor percibido (variables dependientes).

Establecer si existen correlaciones entre el apoyo social, afrontamiento al estrés y afrontamiento al dolor (variables independientes) en pacientes con AR y en pacientes sin AR.

Establecer si existen diferencias en las puntuaciones de apoyo social, afrontamiento al estrés y afrontamiento al dolor entre pacientes con AR y pacientes sin AR.

Establecer la influencia de las otras variables mediadoras consideradas en el estudio (edad, estado civil, etc.) en el nivel de funcionalidad y dolor percibido en pacientes con AR.

Establecer la influencia de las otras variables mediadoras consideradas en el estudio en pacientes con AR y en pacientes sin AR en apoyo social, afrontamiento al estrés y afrontamiento al dolor.

Establecer si existe relación entre nivel de funcionalidad y dolor percibido

(variables dependientes) y apoyo social, afrontamiento al estrés y afrontamiento al dolor (variables independientes) entre los pacientes con artritis reumatoide.

6.2. Hipótesis de la investigación.

1) Establecer las diferencias entre los pacientes con artritis reumatoide (grupo AR) y los pacientes sin artritis reumatoide (grupo comparación) en nivel de funcionalidad, dolor percibido, estrategias de afrontamiento al estrés, estrategias de afrontamiento al dolor y apoyo social percibido.

Hipótesis 1. El nivel de funcionalidad o capacidad funcional del grupo AR está más deteriorada y el dolor percibido es mayor que el del grupo de comparación, por tanto, las puntuaciones del HAQ y de la Escala de dolor del grupo AR son superiores a las del grupo de comparación.

Hipótesis 2. Las puntuaciones del grupo AR en las estrategias de afrontamiento al estrés activas dirigidas directamente al estresor (afrontamiento activo, planificación, búsqueda de apoyo instrumental, búsqueda de apoyo social, supresión de actividades distractoras, reinterpretación positiva y crecimiento personal, aceptación y humor) y las puntuaciones de las estrategias de afrontamiento al dolor más adaptativas (distracción, autoafirmación y búsqueda de información) son menores que las del grupo de comparación.

Hipótesis 3. Las puntuaciones del grupo AR en las estrategias de afrontamiento al estrés pasivas (religión, demora del afrontamiento, centrarse en las emociones y desahogarse, negación, desconexión mental y desconexión conductual) y las puntuaciones de las estrategias de afrontamiento al dolor de autocontrol mental, religión y búsqueda de apoyo emocional, son mayores que las del grupo de

comparación.

Hipótesis 4. La puntuación del grupo AR en el uso global de estrategias de afrontamiento al estrés y al dolor es menor que la puntuación global del grupo de comparación.

Hipótesis 5. Las puntuaciones del COPE y el CAD correlacionan en ambos grupos, siendo menores las correlaciones entre todas las variables en el grupo de comparación comparados con el grupo AR.

Hipótesis 6. El tamaño de la red social del grupo AR es menor que el del grupo de comparación.

Hipótesis 7. El contenido de la red social en el grupo AR referido a familiares es mayor que en el grupo de comparación y el referido a no familiares es menor que en el grupo de comparación.

Hipótesis 8. El grado de satisfacción con el apoyo social en el grupo AR es menor que en el grupo de comparación.

Hipótesis 9. Existen diferencias en cuanto al género en las estrategias de afrontamiento al estrés, estrategias de afrontamiento al dolor, grado de satisfacción con el apoyo social y dolor percibido, tanto en el grupo de comparación como en el grupo AR, siendo más altas las puntuaciones de las mujeres en comparación a las de los hombres.

2) Establecer si existe relación entre las variables sociodemográficas, el apoyo social percibido, las estrategias de afrontamiento al estrés, las estrategias de afrontamiento al dolor, y el nivel de funcionalidad y el dolor percibido entre los pacientes con artritis reumatoide (grupo AR).

Hipótesis 10. El grado de satisfacción con el apoyo social correlaciona negativamente con la puntuación obtenida en el HAQ y el dolor percibido, por tanto, a mayor grado de satisfacción con el apoyo social menor grado de incapacidad funcional y dolor percibido en el grupo AR.

Hipótesis 11. El tamaño de la red social en el grupo AR correlaciona negativamente con la puntuación obtenida en el HAQ y en la escala de dolor, por tanto, a mayor tamaño de la red social menor grado de incapacidad funcional y dolor percibido.

Hipótesis 12. Las estrategias de afrontamiento activas/directas (afrontamiento activo, planificación, búsqueda de apoyo instrumental, búsqueda de apoyo social, supresión de actividades distractoras, reinterpretación positiva y crecimiento personal, aceptación y humor) y las puntuaciones de las estrategias de afrontamiento al dolor más adaptativas (distracción, autoafirmación y búsqueda de información) correlacionan negativamente con la puntuación obtenida en el HAQ y en la escala de dolor en el grupo AR.

Hipótesis 13. Las estrategias de afrontamiento evitativas/indirectas (religión, demora del afrontamiento, centrarse en las emociones y desahogarse, negación, desconexión mental y desconexión conductual) y las puntuaciones de las estrategias de afrontamiento al dolor de autocontrol mental, religión y búsqueda de apoyo emocional correlacionan positivamente con la puntuación obtenida en el HAQ y en la escala de dolor en el grupo AR.

Hipótesis 14. La edad de los sujetos y los años de evolución de la enfermedad correlacionan positivamente con la puntuación obtenida en el HAQ y el dolor percibido en el grupo AR.

Hipótesis 15. En el grupo AR, el grado de satisfacción con el apoyo social y las estrategias de afrontamiento al estrés y al dolor estadísticamente significativas, consideradas conjuntamente, explican mejor la variabilidad en el nivel de funcionalidad y del dolor percibido (variables dependientes).

7. MÉTODO

7.1. Población objeto de estudio.

La población deseada de esta investigación, esto es aquella a la que se desearía poder hacer inferencias a partir de las conclusiones, es la población de pacientes de artritis reumatoide de España, pero la población objetivo son los pacientes de artritis reumatoide de la Comunidad de Madrid.

La población marco son todos los pacientes de artritis reumatoide del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (público), el Hospital Clínico San Carlos (público) y Sanitas Hospitales (Campus Hospital de la Zarzuela y Campus Hospital de la Moraleja), excepto aquellos pacientes que no cumplan los criterios de inclusión.

Debido a que los dos hospitales se han elegido por facilidad de acceso a los pacientes, no se trata de un muestreo aleatorio, sino de un muestreo incidental que puede ser fuente de sesgo para la validez externa de la investigación. Para intentar corregirlo, se tratarán de hacer comparaciones con las muestras de otros estudios españoles en función de variables como el género, estatus socioeconómico, edad, estado civil, etc.

Los participantes de esta investigación han sido clasificados en dos grupos: población pacientes AR y población pacientes sin AR.

7.1.1. Población pacientes con Artritis Reumatoide.

Los reumatólogos que han colaborado en el estudio, han solicitado la colaboración voluntaria a todos los pacientes con AR, considerando los criterios de inclusión/exclusión, el día que acudían a consulta.

Criterios de inclusión:

- Pacientes de Sanidad Pública del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Hospital Clínico San Carlos y de Sanidad Privada de centros de Sanitas Hospitales de Madrid Capital.
- Diagnóstico de Artritis Reumatoide realizado por un médico reumatólogo.
- Edad entre 30 y 66 años.

Criterios de exclusión válidos para la población de pacientes AR:

- Edad superior a 66 años o inferior a 30 años.
- Sujetos que el español no sea su lengua materna.
- Patología mental comórbida diagnosticada por algún profesional de Salud Mental (encontrarse en tratamiento psiquiátrico especializado en los últimos 12 meses).
- Discapacidades físicas que no hayan sido provocadas por la enfermedad (AR).
- Otras enfermedades del sistema músculo-esquelético con dolor o deterioro articular, enfermedades neurológicas que afecten al aparato locomotor o discapacidades físicas por traumatismos.

7.1.2. Población pacientes sin Artritis Reumatoide (grupo de comparación).

Pacientes que han acudido a consultas de revisión o análisis clínicos que cumplan los criterios de inclusión y que no presentaran ningún criterio de exclusión.

Criterios de inclusión:

- Pacientes de Sanidad Pública del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Hospital Clínico San Carlos y de centros de Sanitas Hospitales de Madrid Capital.
- Pacientes sin diagnóstico de AR.
- Edad entre 30 y 66 años.

Criterios de exclusión:

- Edad superior a 66 años o inferior a 30 años.
- Sujetos que el español no sea su lengua materna.
- Patología mental comórbida diagnosticada por algún profesional de Salud Mental (encontrarse en tratamiento psiquiátrico especializado en los últimos 12 meses).
- Diagnóstico de Artritis Reumatoide, o enfermedades del sistema músculo-esquelético con dolor o deterioro articular, o enfermedades neurológicas que afecten al aparato locomotor o discapacidades físicas por traumatismos.
- No haber tenido ningún tipo de dolor de cualquier intensidad y localización (excepto criterios de exclusión) en el último mes.

7.2. Participantes.

Los participantes finales en el estudio han sido un total de 230 pacientes, de los cuales, 110 pacientes para el grupo AR (47,8%) y 120 pacientes (52,2%) para el grupo

de comparación. La tasa de respuesta ha sido de aproximadamente el 60% para ambos grupos.

La descripción de los participantes es como figura en la Tablas 7 y 8:

Tabla 7. Descripción de los participantes en función del género/edad

		Total		Grupo AR		Grupo Comparación	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	45	19,6	15	13,6	30	25
	Mujer	185	80,4	95	86,4	90	75
Edad: Media /DT /rango		50,56 / 9,17 / 30 - 65		53,43 / 9,06 / 30 - 65		47,93 / 8,49 / 31 - 65	

Como se puede observar en la tabla 7, la media de edad de ambos grupos no es equivalente, siendo algo superior en el grupo AR, que en el grupo comparación. La proporción hombres/mujeres en el grupo de comparación es 3/1, al igual que la proporción clínica entre pacientes con AR, mientras que en el grupo AR es algo inferior (19,6%).

En función a variables sociodemográficas (ver tabla 8), existen proporciones diferentes en función al nivel de estudios, los estudios universitarios son superiores en el grupo de comparación, mientras que existe una mayor proporción de pacientes con graduado escolar o equivalente en el grupo AR.

En función al estado civil, la proporción de solteros es superior en el grupo comparación, y de viudos en el grupo AR (categoría inexistente en el grupo de comparación).

En relación a la situación laboral, el grupo AR tiene mayor proporción de personas que no trabajan y jubiladas en comparación al otro grupo, en el que hay mayor

proporción de personas en situación laboral activa.

Tabla 8. Descripción de los participantes variables sociodemográficas

		Total		Grupo AR		Grupo Comparación	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
N. Estudios	<i>Graduado</i>	85	37	56	50,9	29	24,2
	<i>Form. Prof.</i>	54	23,5	20	18,2	34	28,3
	<i>E. Univers.</i>	91	39,6	34	30,9	57	47,5
E. Civil	<i>Soltero/a</i>	55	23,9	19	17,3	36	30
	<i>Casado/a</i>	148	64,3	72	65,4	76	63,3
	<i>Viudo/a</i>	6	2,6	6	5,5	0	0
	<i>Divorciado/a</i>	21	9,1	13	11,8	8	6,7
S. Laboral	<i>Sin trabajo</i>	54	23,40	38	34,5	16	13,3
	<i>Trabajando</i>	149	64,8	54	49,1	95	79,2
	<i>Baja laboral</i>	9	3,9	5	4,5	4	3,3
	<i>Jubilados</i>	18	7,8	13	11,8	5	4,2
Centro Médico	<i>H. Clínico</i>	89	38,7	45	40,9	44	36,7
	<i>H. Gregorio</i>	52	22,6	45	40,9	44	36,7
	<i>H. Sanitas</i>	89	38,7	20	18,2	32	26,7

En el grupo AR, la media de años desde el diagnóstico de la enfermedad es de 10,82 (DT=8,1), cuyo rango oscila entre 1 y 39 años. No hay en la muestra ningún paciente con AR precoz cuyo comienzo de síntomas y/o diagnóstico sea inferior a 6 meses.

A pesar de existir ligeras diferencias entre ambos grupos de pacientes, los grupos son comparables en las variables analizadas en esta investigación, teniendo en cuenta que no existe total equivalencia entre ambos a la hora de generalizar los resultados.

7.3. Diseño y procedimiento.

Diseño caso-control transversal, dado que los grupos ya vienen separados por la variable artritis reumatoide, y porque se describe una población (adultos con/sin AR de hospitales públicos y privados de Madrid-Capital), en un momento concreto. Se plantea establecer diferencias y correlaciones entre los distintos grupos y sujetos en función de variables dependientes e independientes.

7.3.1. Procedimiento.

Para la parte teórica de la investigación, la revisión bibliográfica, se han consultado las bases de datos de PsycINFO, MEDLINE e INSPEC. Revisiones adicionales se han realizado en el metabuscador “Bucea” de la UCM. Las palabras clave utilizadas han sido: Rheumatoid Arthritis, social support, quality of life, disability, stress coping, chronic pain, pain coping, resilience, functional ability, rheumatic diseases y pain. Esta investigación, así mismo, incluye artículos de publicaciones de anteriores al 2010 por su relevancia clínica y/o científica en relación al objetivo de la investigación.

La recogida de los datos mediante la administración de los protocolos de evaluación ha sido realizada a partir de octubre de 2006.

Se ha recogido la muestra de pacientes con AR y del grupo de comparación del Hospital Clínico San Carlos, con la autorización expresa del responsable del servicio y del servicio de enfermería. Los pacientes del grupo de comparación han sido reclutados en las inmediaciones del hospital, en la salida exterior de análisis clínicos.

Los participantes del grupo de pacientes con AR y del grupo de comparación del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, se han reclutado con la colaboración

de los responsables de Servicio de Reumatología, y adicionalmente, para los pacientes del grupo de comparación, con la autorización expresa de Subgerencia y del Jefe de Psiquiatría.

Los participantes del grupo de pacientes con AR y del grupo de comparación de Sanitas Hospitales, se han reclutado con la colaboración de los responsables de Servicio de Reumatología, y adicionalmente, para los pacientes del grupo de comparación, con la autorización expresa de Gerencia y Dirección Médica de los centros de Sanitas Hospitales.

La investigación cuenta con la aprobación del Comité Ético para Investigación Clínica (CEIC) del Hospital General Universitario Puerta de Hierro y aprobado (pendiente de firma) por el CEIC del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Los participantes han tenido una información veraz sobre la investigación, pero teniendo especial cuidado de no desvelar los objetivos específicos del estudio para evitar el sesgo en las respuestas. La información se ha dado a los participantes por escrito mediante carta de presentación (Hospital Clínico San Carlos) y mediante un documento de consentimiento informado (resto de hospitales), informando, en ambos casos, de que la participación es voluntaria.

El protocolo de estudio se ha administrado a los participantes de ambos grupos coincidiendo con el día que acudían a la consulta. La recogida de los datos ha sido realizada por la investigadora principal y, por más investigadores, que han sido debidamente formados. Para facilitar que pudieran rellenarlos por completo, sin interferir con sus propias actividades ni con las del centro médico, en caso de que no pudieran o desearan acabarlas allí, se ha entregado toda la documentación en un sobre cumplimentado y sellado, para remitir la información por correo postal o entregarla en

la recepción de la consulta en otro momento que resultara más cómodo para el paciente. A parte de la información verbal, en el sobre donde se almacena toda la documentación y cuestionarios, se ha incluido una hoja de instrucciones.

En el caso de los pacientes con AR, han sido los propios profesionales encargados de su seguimiento los que han participado en la recogida de datos, solicitando la colaboración voluntaria a todos los pacientes que cumplieran con los criterios.

Para la población de pacientes sin AR, la investigadora principal (para el Hospital Clínico) junto con otra investigadora colaboradora (para los centros Hospital Gregorio Marañón y Sanitas Hospitales), se han encargado de la recogida de datos, solicitando la colaboración voluntaria a aquellos pacientes que, aparentemente, por edad y ausencia de limitación funcional visible, parecía que cumplieran con los criterios de inclusión, coincidiendo con el día que acudían al centro médico. Se han reclutado en salas de espera de análisis clínicos, ginecología, dermatología, en los accesos a los hospitales y en las zonas de cafetería y autobar de los centros. Una vez explicado el propósito de la investigación y con su consentimiento, se les ha realizado una pequeña encuesta para confirmar criterios inclusión y descartar criterios de exclusión (edad, si padecían AR, si tenían alguna enfermedad con dolor articular, si tenían alguna enfermedad neurológica que afectara al movimiento, si tenían limitaciones funcionales por algún traumatismo y si habían tenido algún tipo de dolor en el último mes). Se les ha entregado la documentación para el estudio a aquellos que, cumpliendo los criterios, hayan decidido voluntariamente participar en el mismo.

7.3.2. Aspectos éticos de la investigación.

En esta investigación se han seguido los procedimientos empleados, en investigación y la práctica clínica, en cuanto a la metodología, el procedimiento de recogida de datos y los instrumentos de evaluación. Los cuestionarios autoaplicados de la investigación han sido validados y son utilizados con frecuencia. Las preguntas a las que han de responder los participantes en el protocolo del estudio son similares, incluso más generales y menos “sensibles”, de las que plantean en consulta en la evaluación psicológica.

La investigación ha seguido las recomendaciones para estudios de investigación hecha en seres humanos y siguiendo las Normas de Buena Práctica Clínica y la Declaración de Helsinki Brasil 2013, y en la actual Legislación Española en materia de estudios observacionales.

Como aparece en la hoja de información al paciente, la información difundida y obtenida por el presente estudio es considerada confidencial y será tratada en todo momento como tal. Los sujetos del estudio se han identificado con un código alfanumérico, al que sólo la investigadora principal tendrá acceso.

El tratamiento de los datos se ha hecho con las medidas de seguridad establecidas en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal, y si además se transmiten datos a terceros se hará según lo establecido en la mencionada Normativa y el R.D. 1270/2007.

Tanto los investigadores responsables del estudio, como un representante del CEIC correspondiente tendrán acceso a la información registrada a lo largo del estudio. En caso de publicación de los resultados del estudio no se revelará la identidad de los participantes.

7.4. Variables de estudio e Instrumentos de evaluación.

Las variables dependientes de este estudio son el nivel de funcionalidad y el dolor percibido, y las variables independientes el apoyo social percibido, las estrategias de afrontamiento al estrés y las estrategias de afrontamiento al dolor. Se estudia el estrés indirectamente a través de sus variables moduladoras como los estilos de afrontamiento al estrés general y al específico (dolor), junto con el apoyo social percibido.

Las variables que se analizan en esta investigación y los instrumentos de medida son los que siguen a continuación.

7.4.1. Apoyo Social Percibido: definido como la percepción del apoyo instrumental, informacional y/o emocional en términos de disponibilidad percibida y grado de satisfacción con el mismo.

Evaluable a través de la Escala de apoyo social abreviada (SSQ- 6) de Sarason, Sarason, Shearin y Pierce (1987). Evalúa el apoyo social percibido en términos de su disponibilidad y de la satisfacción del paciente con el mismo. No recoge información acerca del tipo de apoyo social que recibe la persona.

Es un cuestionario autoadministrado de 6 ítems. En una primera parte, el evaluado debe anotar las personas que conoce y con las que podría contar en caso de necesitar ayuda, y el grado de parentesco con cada una de ellas. Esto lo hará en cada uno de los ítems donde se le requiera. Después, la persona evaluará el grado de satisfacción con cada una de estas personas según una escala de tipo Likert de 1 (Muy insatisfecho) a 6 (Muy satisfecho).

Las puntuaciones que se obtienen del cuestionario son las siguientes:

- Tamaño de la red social: Número total de personas diferentes que aparecen a lo largo del cuestionario (SSQNTP).
- Contenido de la red social/familiares: Número total de personas familiares (consanguíneos y políticos) que aparecen en el cuestionario (SSQNTPF).
- Contenido de la red social/no familiares: Número total de personas no familiares que aparecen en el cuestionario (SSQNTPNF).
- Grado de satisfacción con el apoyo (apoyo social percibido): Puntuación media del grado de satisfacción con el apoyo social (SSQGST).

Los criterios de calidad ofrecidos por los autores originales son:

- Fiabilidad: Consistencia interna: ,90 para la subescala de Disponibilidad, y ,83 para la subescala de Satisfacción.
- Validez: Correlaciones positivas con medidas de extraversión. Correlaciones negativas con medidas de depresión y ansiedad.

La adaptación de la versión española ha sido realizada por Martínez et al. (2010).

La fiabilidad, consistencia interna, es de ,90 para SSQ-6 disponibilidad y ,96 para SSQ-6 satisfacción. Los índices de homogeneidad de los ítems respecto a sus subescalas fueron $> ,60$ para disponibilidad y $> ,80$ para satisfacción.

La validez de la prueba se comprobó comparando con otras medidas de apoyo social percibido. Se observaron correlaciones más altas entre las subescalas que medían la

misma forma de apoyo, y correlaciones más bajas entre las subescalas que medían distinto apoyo. Comparada con la versión adaptada de la Escala de Aceptación Percibida (PAS) de Brock, Sarason, Sanghvi y Gurung (1998), las correlaciones más elevadas fueron entre PAS padre y SSQ6N padre ($r=,55$; $p<,01$) y PAS madre y SSQ6N madre ($r=,53$; $p<,01$). También se observó una relación positiva entre PAS familia y SSQ6N padre y madre ($r=,42$; $p<,01$ y $r=,48$; $p<,01$, respectivamente). En el SSQ-6, no hubo correlación entre familiares y amigos, mientras que se observaron correlaciones entre familiares. Las puntuaciones referidas a padre y madre correlacionan entre sí de forma elevada ($r=,53$; $p<,05$).

En nuestra investigación, la fiabilidad del cuestionario ha sido para la escala de satisfacción (SSQ- Satisfacción) un α de Cronbach= ,89, con un intervalo de confianza (IC - 95%) de ,86 - ,91.

La consistencia interna es muy similar a la de los autores originales y a la de la adaptación española. Todas las correlaciones de ítems total están por encima de ,60 (promedio= ,71).

7.4.2. Estrategias de afrontamiento al estrés: se definen como los procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se llevan a cabo para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes en relación a los recursos del individuo.

Evaluado a través del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (COPE) de Carver et al. (1989).

La adaptación española del cuestionario está realizada por Crespo y Cruzado (1997). Evalúa estrategias de afrontamiento ante el estrés. Está basado en el modelo de estrés de Lazarus y en el modelo de autorregulación propuesto por los propios autores de la escala. Está formado por 60 ítems que describen distintos modos de afrontamiento. Puede aplicarse de dos maneras: a) pidiéndoles a la persona que señale el modo en que habitualmente se enfrenta a las situaciones estresantes (versión disposicional), o b) referida a alguna situación concreta (versión específica). La escala evalúa 13 modos de afrontamiento: afrontamiento activo, planificación, búsqueda de apoyo social emocional, supresión de actividades distractoras, religión, reinterpretación positiva, demora del afrontamiento, aceptación, centrarse en las emociones y desahogarse, negación, desconexión mental y desconexión conductual. Asimismo incluye ítems que evalúan otros dos modos de afrontamiento (consumo de alcohol o drogas y humor), aunque no proporciona datos acerca de ellos. Para registrar las respuestas de las personas utiliza una escala tipo Likert de 4 puntos, donde 1 significa “habitualmente no hago esto en absoluto” y 4 “habitualmente hago esto mucho”. Se puede obtener una puntuación para cada uno de estos modos de afrontamiento o una puntuación total, cuyo rango varía entre 60 y 240. El tiempo de aplicación es de 15-20 minutos.

En esta investigación se va a utilizar en su vertiente disposicional utilizando para los análisis las puntuaciones de cada factor y la puntuación total de la prueba.

Este cuestionario ha sido elegido en gran parte por introducir la religión como estrategia de afrontamiento ya que es una de las más utilizadas en pacientes con artritis reumatoide (Keefe et al., 2001).

Las estrategias de afrontamiento que evalúa son:

F1: Afrontamiento activo (ítems 5, 25, 47, 58). Llevar a cabo acciones directas y hacer

esfuerzos para eliminar o reducir el estresor.

F2: Planificación (ítems 19, 39, 32, 56). Planificar el afrontamiento activo pensando cómo hacer frente al estresor.

F3: Búsqueda de Apoyo Instrumental (ítems 4, 14, 30, 45). Buscar ayuda, consejo o información acerca de qué se podría hacer con el estresor.

F4: Búsqueda de Apoyo Social (ítems 11, 23, 34, 52). Obtener simpatía, afecto o apoyo emocional de alguien.

F5: Supresión Actividades distractoras (ítems 15, 33, 42, 55). Quitar la atención de otras actividades en las que pueda estar implicado para concentrarse de forma más completa en el estresor.

F6: Religión (ítems 7, 18, 48, 60). Aumentar la implicación en actividades religiosas.

F7: Reinterpretación positiva y Crecimiento personal (Ítems 1, 29, 38, 59). Sacar lo mejor de la situación para desarrollarse como persona a partir de ella, o verla desde una perspectiva más favorable.

F8: Demora del afrontamiento (ítems 10, 22, 41, 49). Afrontar la situación pasivamente posponiendo cualquier tentativa de afrontamiento hasta que pueda ser útil, sin actuar de forma impulsiva.

F9: Aceptación (ítems 13, 21, 44, 54). Aceptar la realidad del hecho que ha ocurrido, sin connotación negativa.

F10: Centrarse en las emociones y desahogarse (ítems 3, 17, 28, 46). Incremento de la atención hacia el propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.

F11: Negación (ítems 6, 27, 40, 57). Intento de rechazar la realidad del estresor.

F12: Desconexión mental (ítems 2, 16, 31, 43). Desconectarse psicológicamente del objetivo con el que el estresor está interfiriendo mediante ensoñaciones, sueño o autodistracción.

F13: Desconexión conductual (ítems 9, 24, 37, 51). Renunciar a cualquier esfuerzo o abandonar cualquier tentativa de alcanzar el objetivo con el que el estresor está interfiriendo.

F14: Consumo de drogas (ítems 12, 26, 35, 53). Tomar alcohol u otras sustancias como mecanismo para hacer frente al estresor.

F15: Humor (ítems 8, 20, 36, 50). Hacer bromas sobre el estresor, desdramatizando la situación.

Los criterios de calidad de la adaptación española son los que siguen:

Fiabilidad: Consistencia interna: ,45 - ,92. Fiabilidad test-retest: ,46 - ,86 (8 semanas) y ,42 - ,89 (6 semanas). Correlación versión general y situacional: menor de ,40 (salvo escalas de consumo de alcohol o drogas y religión). La consistencia interna de Afrontamiento activo y planificación es α de Cronbach ,78. La consistencia interna de Búsqueda de Apoyo Instrumental y Búsqueda de Apoyo Social es α de Cronbach ,91. La consistencia interna de Supresión Actividades distractoras es α de Cronbach ,32. La consistencia interna de Religión es α de Cronbach ,93. La consistencia interna de Reinterpretación positiva es α de Cronbach ,64 y Crecimiento personal es α de Cronbach ,60. La consistencia interna de Demora del afrontamiento es α de Cronbach ,60. La consistencia interna de Aceptación es α de Cronbach ,66. La consistencia interna de Centrarse en las emociones y desahogarse es α de Cronbach ,80. La consistencia interna de Negación es α de Cronbach ,63. La consistencia interna de Desconexión mental es α de Cronbach ,79. La consistencia interna de Desconexión conductual es α de

Cronbach ,53. La consistencia interna de Consumo de drogas es α de Cronbach ,92. La consistencia interna de Humor es α de Cronbach ,92.

En nuestra investigación, la fiabilidad del cuestionario ha sido la que figura en la Tabla 9.

Tabla 9. Índices de fiabilidad cuestionario de afrontamiento al estrés (COPE)

Instrumento COPE	Nº de ítems	α de Cronbach	IC - 95%.
COPE Total	60	,88	,86 - ,90
Afrontamiento activo	4	,72	,66 - ,78
Planificación	4	,82	,78 - ,85
B.A.S. Instrumental	4	,86	,82 - ,89
B.A.S. Emocional	4	,89	,86 - ,91
Supresión act. distractoras	4	,21	,31 - ,37
Religión	4	,93	,91 - ,94
Reinterp. Positiva y crec. person	4	,76	,71 - ,81
Demora afrontamiento	4	,50	,39 - ,60
Aceptación	4	,51	,40 - ,60
Centrarse en emociones y des.	4	,76	,70 - ,80
Negación	4	,71	,65 - ,77
Desconexión mental	4	,51	,40 - ,61
Desconexión conductual	4	,68	,60 - ,74
Drogas y alcohol	4	,85	,82 - ,88
Humor	4	,88	,85 - ,90

La consistencia interna es similar a la de la adaptación española, con un α de Cronbach de ,88. Considerando la prueba en su conjunto, la mayor parte de las correlaciones de ítems total están cercanas a ,30 (promedio= ,31).

En Afrontamiento activo, todas las correlaciones de ítems total están por encima de ,30 (promedio= ,51).

En Planificación, todas las correlaciones de ítems total están por encima de ,55 (promedio= ,64).

En Búsqueda de Apoyo Instrumental, todas las correlaciones de ítems total están por encima de ,65 (promedio= ,70).

En Búsqueda de Apoyo Social, todas las correlaciones de ítems total están por encima de ,65 (promedio= ,75).

En Supresión Actividades distractoras, la mayor parte de las correlaciones de ítems total están por debajo de ,30 (promedio= ,12).

En Religión, todas las correlaciones de ítems total están por encima de ,80 (promedio= ,84).

En Reinterpretación positiva y Crecimiento personal, todas las correlaciones de ítems total están por encima de ,50 (promedio= ,56).

En Demora del afrontamiento, la mayor parte de las correlaciones de ítems total están cercanas a ,30 (promedio= ,30).

En Aceptación, la mayor parte de las correlaciones de ítems total están cercanas a ,30 (promedio= ,30).

En Centrarse en las emociones y desahogarse, todas las correlaciones de ítems total están por encima de ,45 (promedio= ,56).

En Negación, todas las correlaciones de ítems total están por encima de ,45 (promedio= ,50).

En Desconexión mental, la mayor parte de las correlaciones de ítems total están cercanas a ,30 (promedio= ,30).

En Desconexión conductual, todas las correlaciones de ítems total están por encima de ,30 (promedio= ,46).

En Consumo de drogas, todas las correlaciones de ítems total están por encima de ,50 (promedio= ,70).

En Humor, todas de las correlaciones de ítems total están por encima de ,40 (promedio= ,74).

7.4.3. Estrategias de afrontamiento al dolor: Las estrategias de afrontamiento al dolor han sido definidas como la forma en que el sujeto intenta manejar la fuente de estrés derivada de la sensación álgica.

Evaluated por el Cuestionario de afrontamiento al dolor (CAD) de Soriano y Monsalve (2002). Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 31 ítems distribuidos en 6 subescalas. Los autores no sugieren punto de corte. Este cuestionario sirve para explorar el afrontamiento del dolor crónico y sus áreas con las estrategias más destacadas para el control y manejo de la percepción álgica.

Explora seis estrategias de afrontamiento (religión, catarsis o búsqueda de apoyo emocional, distracción, autocontrol mental, autoafirmación y búsqueda de información o búsqueda de apoyo social instrumental). Cada estrategia está valorada por 5 ítems, excepto distracción que emplea 6. Se muestra la puntuación para cada estrategia, de forma total y de forma normalizada, donde cada una tiene un rango de 1 a 5 puntos.

Las puntuaciones normalizadas de las seis escalas tienen un rango de 1 a 5. Tal vez, ésta sea la más apropiada para establecer comparaciones, ya que consigue evitar el sesgo producido por el distinto número de ítems. La puntuación general oscila entre 31 y 155.

En el estudio original se ha observado que las estrategias de afrontamiento y las reacciones emocionales son independientes del tipo de dolor (neuropático o somático).

La consistencia interna de cada escala (alfa de Cronbach) es la siguiente: religión ,94,

catarsis ,88, distracción ,82, autocontrol mental ,81, autoafirmación ,79 y búsqueda de apoyo social instrumental ,77.

En esta investigación hemos decidido evaluar el afrontamiento al estrés general de forma independiente al afrontamiento del dolor, utilizando para ello el COPE en la versión disposicional para estrés general y el CAD para la evaluación del dolor. Hemos decidido usar este cuestionario porque está basado en investigaciones previas con cuestionarios derivados del modelo transaccional del estrés y de otros cuestionarios de dolor. Presenta buenas cualidades psicométricas, está realizado y validado con población española, es de fácil aplicación y comprensión, y presenta entre sus 6 factores de afrontamiento la búsqueda del apoyo social emocional e instrumental y la religión, por un lado comunes con estrategias de afrontamiento general al estrés en el COPE (facilitando su comparación), y, por otro, porque este cuestionario junto con el COPE enfatizan la búsqueda de apoyo social, que es otra de las variables independientes de la investigación. Según la investigación de los autores originales del CAD, los 6 factores que evalúa, por orden de frecuencia de utilización en pacientes con dolor crónico, son: autoafirmación, búsqueda de apoyo social dirigido al problema (informativo/instrumental), religión, distracción, búsqueda de apoyo social emocional y autocontrol mental.

En nuestra investigación, la fiabilidad del cuestionario ha sido la que figura en la Tabla 10.

Tabla 10. Índices de fiabilidad cuestionario de afrontamiento al dolor (CAD)

Instrumento CAD	Nº de ítems	α de Cronbach	IC - 95%.
CAD Total	31	,88	,85 - ,90
Religión	5	,95	,94 - ,96
B. Apoyo Emocional	5	,85	,82 - ,88
Distracción	6	,73	,68 - ,78
Autocontrol mental	5	,76	,71 - ,81
Autoafirmación	5	,63	,55 - ,70
B. Apoyo instrumental	5	,77	,72 - ,81

La consistencia interna es similar a la de la adaptación española, con un α de Cronbach de ,88. Considerando la prueba en su conjunto, la mayor parte de las correlaciones de ítems total están por encima de ,30 (promedio= ,40).

En Religión, todas las correlaciones de ítems total están por encima de ,80 (promedio= ,87).

En Búsqueda de Apoyo Emocional, todas las correlaciones de ítems total están por encima de ,50 (promedio= ,66).

En Distracción, todas las correlaciones de ítems total están por encima de ,30 (promedio= ,47).

En Autocontrol Mental, todas las correlaciones de ítems total están por encima de ,30 (promedio= ,53).

En Autoafirmación, la mayor parte de las correlaciones de ítems total están por encima de ,30 (promedio= ,40).

En Búsqueda de Apoyo Instrumental, todas las correlaciones de ítems total están por encima de ,40 (promedio= ,55).

7.4.4. Dolor percibido: una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial.

Evaluable a través de la Escala numérica de dolor (EN). Escala en la que el paciente valora el dolor de forma subjetiva de 0 (“nada de dolor o ausencia de dolor”) a 10 (“el peor dolor imaginable”) en el último mes. Instrumento extensamente utilizado en el contexto médico para valorar la percepción subjetiva de dolor del paciente.

7.4.5. Capacidad/Incapacidad funcional: El nivel de funcionalidad o capacidad funcional es uno de los componentes del constructo calidad de vida que hace referencia a la capacidad del enfermo para realizar las actividades de la vida diaria (higiene personal, presión, desplazamiento, etc.).

Evaluable a través del Cuestionario de la evaluación de la salud de Stanford (HAQ) de Fries et al. (1980). Es un cuestionario diseñado específicamente para enfermedades reumáticas que evalúa capacidad para desarrollar las actividades de la vida diaria divididas en ocho categorías: asearse y vestirse, levantarse, comer, caminar, higiene, logros, fuerza del golpe y actividades en el exterior. Consta de 20 ítems sobre incapacidad y una escala analógica visual (EAV) de dolor (que no se aplica en esta investigación por ser ya evaluado con la escala numérica). La puntuación de la escala de incapacidad puede oscilar entre 0 (capacidad funcional normal) y 3 (máxima incapacidad funcional). Evalúa el grado de incapacidad funcional que, junto con el dolor, es el aspecto que más preocupa a los enfermos de artritis reumatoide. Es uno de los cuestionarios más breves, con un tiempo de aplicación de 6 a 10 minutos, y ha sido diseñado para ser autoaplicado.

Del HAQ se obtiene una puntuación total del cuestionario y una puntuación individual de cada uno de los 8 factores que evalúa. En esta investigación se trabajará principalmente con la puntuación total del nivel de capacidad funcional de los sujetos, teniendo en cuenta que a menor puntuación en el cuestionario mayor capacidad funcional.

La adaptación española está realizada por Batlle, Esteve-Vives, Reig y Alonso-Caballero (1991). Los criterios de calidad de la adaptación son:

- Validez de criterio: Se estableció comparando las respuestas de los pacientes en consulta (HAQ consulta) con las puntuaciones asignadas por un médico evaluador a las actividades correspondientes a esos ítems en el domicilio de los pacientes (HAQ domicilio). Se consideró, por tanto, como patrón (o criterio) la evaluación por parte del médico de la verdadera capacidad funcional de los pacientes en su propio domicilio. El coeficiente de correlación entre el “HAQ consulta” y el “HAQ domicilio” fue $r = ,89$ (similar al publicado por los autores originales). Las puntuaciones en la consulta tendían a ser superiores a las de la condición domicilio.

- Validez de constructo:

- Validez convergente: Se estableció comparando las puntuaciones del HAQ con la de las variables clásicas más utilizadas en la evaluación de la artritis reumatoide.

Dolor (EAV) y HAQ: $r = ,60$ $p < ,01$.

Fuerza de prensión y HAQ: $r = ,56$ $p < ,01$.

Índice de Ritchie y HAQ: $r = ,54$ $p < ,01$.

VSG y HAQ: $r = ,29$ $p < ,01$.

- Validez discriminante: Para ello se siguieron a 101 pacientes durante un periodo

de 3 meses y se comparó la diferencia entre las puntuaciones final e inicial del HAQ (HAQd) con el “Pooled Index” (PI). Se combinaron las siguientes variables: rigidez matutina, evaluación global del enfermo, evaluación del enfermo del grado de mejoría o empeoramiento con respecto a la primera visita, clase funcional de la ARA, escala analógico visual de dolor, número de articulaciones dolorosas, número de articulaciones tumefactas, fuerza de prensión, VGS, hemoglobina y evaluación global por parte del médico.

PI < - ,5 (mejoría) → HAQd= -1,18 (n=10).

PI > - ,5 y < 0,5 (estabilización) → HAQd= - ,04 (n=65).

PI > ,5 (empeoramiento) → HAQd= ,30 (n=26).

Las diferencias fueron significativas aplicando un test de análisis de varianza ($F=39; p < ,0001$). Por tanto, concluyen que el HAQ puede ser útil en la detección de cambios significativos a lo largo de la evolución de la enfermedad.

- Fiabilidad test-retest: Mediante la comparación del HAQ aplicado en las mismas condiciones con un intervalo de una semana a 128 pacientes el coeficiente de correlación de Pearson $r = ,89$ $p < ,0001$.

La correlación lineal entre las puntuaciones del HAQ autoaplicado y heteroaplicado a un grupo de 65 pacientes fue $r = ,97$ $p < ,0001$.

En nuestra investigación, la fiabilidad del cuestionario ha sido un α de Cronbach= ,93, con un intervalo de confianza (IC - 95%) de ,92 – ,95.

La consistencia interna es similar a la de la adaptación española. Todas las correlaciones de ítems total están por encima de ,50 (promedio= ,66).

7.4.6. Otras variables consideradas:

-Estado civil: Se incluirá una pregunta en el cuestionario de datos personales para evaluar el estado civil puesto que en varios estudios parece como variable relevante en relación al apoyo social.

Se han computado los datos de la siguiente manera:

1. Casado/a.
2. Soltero/a.
3. Convivencia en pareja.
4. Viudo/a.
5. Separado/Divorciado/a.

- Género: Para la distribución de género del grupo de comparación se toma como marco de referencia la distribución en función del género que existe en la población de pacientes con artritis reumatoide, que es de 1/3 (Hombres/mujeres).

-Situación laboral: Se incluye la pregunta en el cuestionario de datos personales acerca de la situación laboral actual.

Se han computado los datos de la siguiente manera:

1. Trabaja.
2. No trabaja.
3. Baja o incapacidad laboral.
4. No trabaja-estudiante.
5. Jubilado/a.

- **Edad:** Se ha seleccionado la muestra en un rango de edad de 30 a 66 años. Incluir edades menores podría introducirnos el sesgo de mezclar pacientes de artritis reumatoide con artritis crónica juvenil; además de valorar que el nivel madurativo en cuanto a personalidad podría ser menos estable en pacientes de menor edad. Pacientes mayores de 66 años podrían incluir sesgos debido a problemas de salud, psicológicos, laborales y de apoyo social derivados de la tercera edad/jubilación. Debido al reciente cambio en la edad de jubilación, se incluyen pacientes de 65 años, puesto que muchos de ellos siguen trabajando con esa edad. Al igual que en la variable género, la proporción de cada grupo de edades ha tratado de equipararse a la proporción que existe en la población general de pacientes de artritis reumatoide, con el fin de evitar conclusiones sesgadas por una muestra que se ajuste poco a la población inferencial.

- **Años de evolución de la enfermedad** (exclusivo en el grupo de pacientes AR): Puesto que es una enfermedad crónica y generalmente progresiva, nos interesa también controlar los años de evolución que pueden afectar a todas las variables principales objeto de estudio. Para ello el paciente tiene un apartado en los datos personales para especificar los años que han transcurrido desde el diagnóstico de artritis reumatoide (exclusiva en el grupo de pacientes AR).

- **Enfermedades relevantes:** Para ello el paciente tiene un apartado en los datos personales para especificar si tienen alguna enfermedad relevante que pueda considerarse posteriormente criterio de exclusión.

- **Tratamiento psiquiátrico actual** (en los últimos 12 meses): Para ello el paciente tiene un apartado en los datos personales para especificar si se encuentra o se ha encontrado en los últimos 12 meses en dicho tratamiento. De ser afirmativo, será criterio de exclusión.

Todas estas variables han sido recogidas por el Cuestionario de Datos Sociodemográficos diseñado ad hoc.

8. ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS

El análisis de los datos se ha llevado a cabo con el programa estadístico SPSS versión V.22 y el Programa LISREL versión 9.1 de ecuaciones estructurales. Las comparaciones de los coeficientes de correlación se han realizado a través del programa online disponible en <http://www.vassarstats.net/rdiff.html>.

Para el tratamiento de los datos y examen de los resultados obtenidos se han llevado a cabo:

- Análisis descriptivos.
- Comparaciones entre población de pacientes con AR y de pacientes sin AR (t de Student, análisis de varianza, etc.).
- Regresión logística.
- Modelos de ecuaciones estructurales contemplando las variables mediadoras.

8.1. Resultados.

1) Establecer las diferencias entre los pacientes con artritis reumatoide (grupo AR) y los pacientes sin artritis reumatoide (grupo de comparación) en nivel de funcionalidad, dolor percibido, estrategias de afrontamiento al estrés, estrategias de afrontamiento al dolor y apoyo social percibido.

Hipótesis 1. La capacidad funcional del grupo AR está más deteriorada y el dolor percibido es mayor que en el grupo de comparación, por tanto, las puntuaciones del HAQ y de la Escala de dolor del grupo AR son superiores a las del grupo de comparación.

Tabla 11. Diferencia de medias en discapacidad y dolor percibido

	Tipo	Desviación		<i>t</i> (<i>gl</i>)	<i>Z</i> <i>U-MW</i>	<i>Eta</i> <i>cuadrada</i>
	paciente	Media	típica			
HAQ Total	AR	,37	,40	8,59*** (120,3)	8,96***	2,26
	comparación	,03	,09			
Escala de Dolor	AR	4,78	2,64	7,60*** (199,45)	7,03**	0,21
	comparación	2,43	1,95			

Grupo AR (n = 110), grupo comparación (n = 120), *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

Para analizar si existen diferencias entre los participantes de los grupos de pacientes AR y de comparación, se realizó la prueba *t* de muestras independientes paramétricas. Se analizaron las diferencias de medias entre el grupo AR y el grupo comparación en las puntuaciones del total de capacidad funcional (HAQ) y dolor percibido. Los resultados se presentan en la tabla 11. El estadístico de Levene mostró la no homogeneidad de las varianzas en los dos grupos ($p = ,00$). Se efectuó la Prueba U de Mann-Whitney para verificar los contrastes y *Eta* cuadrado para la medida del tamaño del efecto. Los resultados indican diferencias de medias estadísticamente significativas, entre los grupos de AR y comparación tanto en la puntuación total de capacidad funcional ($p < ,001$), como en la puntuación total de dolor percibido ($p < ,001$).

Hipótesis 2. Las puntuaciones del grupo AR en las estrategias de afrontamiento al estrés activas dirigidas directamente al estresor (afrontamiento activo, planificación, búsqueda de apoyo instrumental, búsqueda de apoyo social, supresión de actividades distractoras, reinterpretación positiva y crecimiento personal, aceptación y humor) y las puntuaciones de las estrategias de afrontamiento al dolor más adaptativas (distracción, autoafirmación y búsqueda de información) son menores que las del grupo de comparación.

Para analizar si existen diferencias entre los participantes de los grupos de pacientes AR y de comparación, se realizó la prueba t de muestras independientes paramétricas. Se analizaron las diferencias de medias entre el grupo AR y el grupo comparación en las puntuaciones de las estrategias de afrontamiento al estrés (COPE) de afrontamiento activo, planificación, búsqueda de apoyo instrumental, búsqueda de apoyo social, supresión de actividades distractoras, reinterpretación positiva y crecimiento personal, aceptación y humor, y de las estrategias de afrontamiento al dolor (CAD) de distracción, autoafirmación y búsqueda de información. Los resultados se presentan en la tabla 12. El estadístico de Levene mostró la homogeneidad de las varianzas en los dos grupos en todas las variables analizadas ($p > ,05$) a excepción de planificación ($p=,012$) y autoafirmación ($p= ,01$). Se efectuó la Prueba U de Mann-Whitney para verificar los contrastes y Eta cuadrado para la medida del tamaño del efecto. Los resultados indican diferencias de medias estadísticamente significativas, entre los grupos de AR y comparación, en la puntuación de los factores de afrontamiento al estrés (COPE) de afrontamiento activo ($p < ,001$), planificación ($p < ,001$), búsqueda de apoyo instrumental ($p < ,001$), búsqueda de apoyo emocional ($p < ,001$), reinterpretación positiva ($p < ,001$), y humor ($p < ,001$), y en la puntuación del factor de afrontamiento al dolor (CAD) de autoafirmación ($p < ,001$). Todas medias de las puntuaciones son mayores para el grupo de comparación, a excepción de autoafirmación (CAD) que es mayor en el grupo AR.

Tabla 12. Diferencia de medias en afrontamiento adaptativo al dolor y al estrés

	Tipo paciente	Media	Desviación típica	<i>t</i> (gl)	Z U-MW	Eta cuadrada
Afrontamiento activo COPE	AR	2,54	,62	3,07***	3,03***	,04
	Comparación	2,78	,58	(228)		
Planificación COPE	AR	2,30	,71	5,35***	5,17***	,11
	Comparación	2,76	,56	(206,96)		
BAS Instrumental COPE	AR	2,23	,72	4,23***	3,97***	,07
	Comparación	2,64	,76	(228)		
BAS Emocional COPE	AR	2,35	,79	3,09***	2,78***	,04
	Comparación	2,66	,73	(228)		
Supresión actividades distractoras COPE	AR	2,36	,50	1,56	1,93	,01
	Comparación	2,46	,46	(228)		
Reinterpretación positiva y crecim. Personal COPE	AR	2,63	,63	2,82***	2,83***	,03
	Comparación	2,85	,57	(228)		
Aceptación COPE	AR	2,64	,77	1,28	,64	,01
	Comparación	2,52	,60	(204,52)		
Humor COPE	AR	1,66	,67	2,80***	2,88***	,03
	Comparación	1,93	,74	(228)		
Distracción CAD	AR	3,12	,95	,032	,05	,00
	Comparación	3,12	,83	(228)		
Autoafirmación CAD	AR	4,01	,69	3,45***	3,23***	,05
	Comparación	3,65	,85	(224,82)		
BAS Instrumental CAD	AR	3,68	,99	,11	,29	,00
	comparación	3,69	1,04	(228)		

Grupo AR (n = 110), grupo comparación (n = 120), *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

Hipótesis 3. Las puntuaciones del grupo AR en las estrategias de afrontamiento al estrés pasivas (religión, demora del afrontamiento, centrarse en las emociones y desahogarse, negación, desconexión mental y desconexión conductual) y las

puntuaciones de las estrategias de afrontamiento al dolor de autocontrol mental, religión y búsqueda de apoyo emocional, son mayores que las del grupo de comparación.

Para analizar si existen diferencias entre los participantes de los grupos de pacientes AR y de comparación, se realizó la prueba t de muestras independientes paramétricas. Se analizaron las diferencias de medias entre el grupo AR y el grupo comparación en las puntuaciones de las estrategias de afrontamiento al estrés (COPE) de religión, demora del afrontamiento, centrarse en las emociones y desahogarse, negación, desconexión mental y desconexión conductual, y de las estrategias de afrontamiento al dolor (CAD) de autocontrol mental, religión y búsqueda de apoyo emocional. Los resultados se presentan en la tabla 13. El estadístico de Levene mostró la homogeneidad de las varianzas en los dos grupos en todas las variables analizadas ($p > ,05$) a excepción de demora de afrontamiento ($p=,01$) y autocontrol mental ($p= ,02$). Se efectuó la Prueba U de Mann-Whitney para verificar los contrastes y Eta cuadrado para la medida del tamaño del efecto. Los resultados indican diferencias de medias estadísticamente significativas, entre los grupos de AR y comparación, en la puntuación de los factores de afrontamiento al estrés (COPE) de religión ($p< ,05$), centrarse en las emociones ($p< ,05$), y en la puntuación del factor de afrontamiento al dolor (CAD) de autocontrol mental ($p< ,001$). Las medias de las puntuaciones son mayores para el grupo de comparación, a excepción de religión (COPE) que es mayor en el grupo AR.

Tabla 13. Diferencia de medias en afrontamiento poco adaptativo al dolor y al estrés

	Tipo paciente	Media	Desviación típica	<i>t</i> (gl)	<i>Z</i> <i>U-MW</i>	Eta cuadrada
Religión COPE	AR	1,97	,93	2,14*	2,22*	,02
	Comparación	1,72	,85	(228)		
Demora afrontamiento COPE	AR	2,27	,65	,88	1,51	,00
	Comparación	2,34	,48	(199,77)		
Centrarse emociones y desahogarse COPE	AR	2,18	,65	2,15*	1,96*	,02
	Comparación	2,36	,65	(228)		
Negación COPE	AR	1,57	,58	,02	,12	,00
	Comparación	1,57	,58	(228)		
Desconexión mental COPE	AR	2,18	,57	,91	,64	,00
	Comparación	2,25	,62	(228)		
Desconexión conductual COPE	AR	1,76	,59	1,54	1,36	,01
	Comparación	1,64	,52	(228)		
Autocontrol mental CAD	AR	2,40	1,03	2,90***	2,86***	,04
	Comparación	2,76	,88	(214,83)		
Religión CAD	AR	2,49	1,46	1,09	1,23	,01
	Comparación	2,29	1,43	(228)		
Búsqueda apoyo emocional CAD	AR	2,83	1,18	1,83	1,78	,01
	Comparación	3,10	1,11	(228)		

Grupo AR (n = 110), grupo comparación (n = 120), *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

Hipótesis 4. La puntuación del grupo AR en el uso global de estrategias de afrontamiento al estrés y al dolor es menor que la puntuación global del grupo de comparación.

Para analizar si existen diferencias entre los participantes de los grupos de pacientes AR y de comparación, se realizó la prueba *t* de muestras independientes paramétricas. Se analizaron las diferencias de medias entre el grupo AR y el grupo

comparación en las puntuaciones totales de uso de estrategias de afrontamiento al estrés (COPEtotal) y del uso global de las estrategias de afrontamiento al dolor (CADtotal). Los resultados se presentan en la tabla 14. El estadístico de Levene mostró la homogeneidad de las varianzas en los dos grupos en las dos variables analizadas ($p > ,05$). Se efectuó la Prueba U de Mann-Whitney para verificar los contrastes y Eta cuadrado para la medida del tamaño del efecto. Los resultados indican diferencias de medias estadísticamente significativas, entre los grupos de AR y comparación, en la puntuación total del uso de estrategias de afrontamiento al estrés ($p < ,001$), siendo mayor la puntuación para el grupo de comparación.

Tabla 14. Diferencia de medias en uso total de estrategias de afrontamiento al dolor y al estrés

	Tipo paciente	Media	Desviación típica	$t (gl)$	Z U-MW	Eta cuadrada
Afrontamiento estrés COPE Puntuación Total	AR	127,15	18,93	3,06***	3,15***	,04
	Comparación	134,40	17,08	(228)		
Afrontamiento dolor CAD Puntuación Total	AR	95,75	20,93	,20	,09	,00
	Comparación	96,28	19,15	(228)		

Grupo AR (n = 110), grupo comparación (n = 120), *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

Hipótesis 5. Las puntuaciones del COPE y el CAD correlacionan en ambos grupos, siendo menores las correlaciones entre todas las variables en el grupo de comparación comparados con el grupo AR.

Como puede observarse en las tablas 15 y 16, de las 90 interacciones posibles entre los 6 factores del afrontamiento al dolor (CAD) y los 15 factores de afrontamiento al estrés, en el grupo AR se observan 34 correlaciones significativas entre los factores de ambas pruebas, mientras que en el grupo de comparación se observan 25. Indicando

que existe mayor número de correlaciones entre las estrategias de afrontamiento al estrés y las estrategias de afrontamiento al dolor en el grupo AR en comparación al grupo de comparación.

Tabla 15. Correlaciones grupo AR entre CAD y COPE

	Religión CAD	BAS emocional CAD	Distracción CAD	Autocontr Mental CAD	Autoafirma- ción CAD	BAS Instrumen tal CAD
Afront. Activo COPE	,11	,12	,20*	,11	,43**	,33**
Planificación COPE	,05	,07	,24*	,01	,34**	,11
BAS Instrumen. COPE	,14	,26**	,17	,11	,20*	,42**
BAS Emocional COPE	,33**	,52**	,22*	,23*	,24*	,44**
S.A.Distractoras COPE	,10	,10	,16	,15	,25**	,31**
Religión COPE	,75**	,13	,08	,14	-,01	,24*
Reint. Positiva y Crecim. COPE	-,02	,00	,29**	,14	,50**	,18
Demora Afront. COPE	,03	,05	,08	-,03	,06	,16
Aceptación COPE	-,01	,03	,16	-,04	,07	,18
Cent. Emocion. y Desaho. COPE	,12	,33**	,21*	,05	,21*	,33**
Negación COPE	,33**	,17	,10	,32**	,02	,12
Desc. Mental COPE	,15	,08	,41**	,23*	,21*	,15
Desc. Conduct. COPE	,20*	,14	-,05	,08	-,06	,16
Drogas y alcohol. COPE	-,09	,04	,04	,02	-,22*	-,08
Humor COPE	-,16	,06	,25**	,25**	,22*	,10

Grupo AR (n = 110) ** $p < .01$, * $p < .05$

Tabla 16. Correlaciones grupo comparación entre CAD y COPE

	Religión CAD	BAS emocional CAD	Distracción CAD	Autocontr Mental CAD	Autoafirma- ción CAD	BAS Instrumen tal CAD
Afront. Activo COPE	-,00	,24**	,23*	,20*	,23*	,34**
Planificación COPE	,06	,18	,11	,25**	,20**	,29**
BAS Instrumen. COPE	,16	,49**	,23*	,10	,16	,31**
BAS Emocional COPE	,14	,56**	,17	,07	,19*	,39**
S.A.Distractoras COPE	,13	,17	,54	,26**	-,00	,19*
Religión COPE	,57**	,13	,02	,11	,20*	,12
Reint. Positiva y Crecim. COPE	-,09	,17	,24**	,08	,18	,24**
Demora Afront. COPE	-,04	,15	,03	,13	,04	,03
Aceptación COPE	-,04	,06	,19*	,03	,19*	,01
Cent. Emocion y Desaho. COPE	,12	,21*	-,09	,06	-,13	,00
Negación COPE	,04	,03	,10	-,00	,1	-,09
Desc. Mental COPE	,08	,12	,21*	,06	,12	,04
Desc. Conduct. COPE	-,01	,15	-,01	,11	-,08	-,08
Drogas y alcoh. COPE	,06	,09	-,08	-,07	-,21*	-,05
Humor COPE	-,07	-,14	,17	-,05	-,01	-,07

Grupo comparación (n = 120) ** $p < .01$, * $p < .05$

Para comprobar la hipótesis, se analizaron si existían diferencias significativas entre el grupo AR y el grupo comparación en los coeficientes de correlación. Respecto a las estrategias de afrontamiento al estrés (COPE) y las estrategias de afrontamiento al dolor (CAD), se hallaron diferencias significativas entre grupos de participantes, con mayor correlación en el grupo AR, en la relación entre religión CAD y COPE ($z = 2,43$, $p = ,001$), distracción (CAD) y desconexión mental (COPE) ($z = 1,66$, $p = ,005$) y autoafirmación (CAD) y afrontamiento activo (COPE) ($z = 1,69$, $p = ,005$).

Exclusivamente la relación entre búsqueda de apoyo emocional (CAD) y búsqueda de apoyo instrumental (COPE) ($z = -2.02$, $p = .002$), era superior en el grupo de comparación.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de pacientes en las correlaciones entre búsqueda de apoyo emocional del CAD y del COPE, búsqueda de apoyo emocional (CAD) y centrarse en las emociones y desahogarse (COPE), distracción (CAD) y afrontamiento activo (COPE), distracción (CAD) y reinterpretación positiva (COPE), autoafirmación (CAD) y planificación (COPE), autoafirmación (CAD) y búsqueda de apoyo emocional (COPE), autoafirmación (CAD) y consumo de drogas y/o alcohol (COPE), búsqueda de apoyo instrumental (CAD) y afrontamiento activo (COPE), búsqueda de apoyo instrumental (CAD) y búsqueda de apoyo instrumental (COPE), búsqueda de apoyo instrumental (CAD) y búsqueda de apoyo emocional (COPE), búsqueda de apoyo instrumental (CAD) y supresión de actividades distractoras (COPE), comunes tanto en el grupo de pacientes con AR como en el grupo de comparación.

Existen correlaciones significativas diferenciales entre ambos grupos, presentes exclusivamente en el grupo AR son: religión (CAD) y búsqueda de apoyo emocional (COPE), religión (CAD) y negación (COPE), religión (CAD) y desconexión conductual (COPE), distracción (CAD) y planificación (COPE), distracción (CAD) y búsqueda de apoyo emocional (COPE), distracción (CAD) y centrarse en las emociones (COPE), distracción (CAD) y humor (COPE), autocontrol mental (CAD) y búsqueda de apoyo emocional (COPE), autocontrol mental (CAD) y negación (COPE), autocontrol mental (CAD) y desconexión mental (COPE), autocontrol mental (CAD) y humor (COPE), autoafirmación (CAD) y búsqueda de apoyo instrumental (COPE), autoafirmación (CAD) y supresión de actividades distractoras (COPE), autoafirmación (CAD) y

reinterpretación positiva (COPE), autoafirmación (CAD) y centrarse en las emociones (COPE), autoafirmación (CAD) y desconexión mental (COPE), autoafirmación (CAD) y humor (COPE), búsqueda de apoyo instrumental (CAD) y religión (COPE), búsqueda de apoyo instrumental (CAD) y centrarse en las emociones (COPE).

Respecto al grupo de comparación, las correlaciones significativas que no comparte con el grupo AR son búsqueda de apoyo emocional (CAD) y afrontamiento activo (COPE), distracción (CAD) y búsqueda de apoyo instrumental (COPE), distracción (CAD) y aceptación (COPE), autocontrol mental (CAD) y afrontamiento activo (COPE), autocontrol mental (CAD) y planificación (COPE), autocontrol mental (CAD) y supresión de actividades distractoras (COPE), autoafirmación (CAD) y religión (COPE), autoafirmación (CAD) y aceptación (COPE), búsqueda de apoyo instrumental (CAD) y planificación (COPE), búsqueda de apoyo instrumental (CAD) y reinterpretación positiva (COPE).

Hipótesis 6, 7 y 8. El tamaño de la red social del grupo AR es menor que el del grupo de comparación. El contenido de la red social en el grupo AR referido a familiares es mayor que en el grupo de comparación y el referido a no familiares es menor que en el grupo de comparación. El grado de satisfacción con el apoyo social en el grupo AR es menor que en el grupo de comparación.

Para analizar si existen diferencias entre los participantes de los grupos de pacientes AR y de comparación, se realizó la prueba t de muestras independientes paramétricas. Se analizaron las diferencias de medias entre el grupo AR y el grupo comparación en las puntuaciones de grado de satisfacción con el apoyo social (SSQ-6S) y de la disponibilidad percibida (disponibilidad total (SSQNTP), disponibilidad referida

a familiares (SSQNTPF) y disponibilidad referida a no familiares (SSQNTPNF)). Los resultados se presentan en la tabla 17. El estadístico de Levene mostró la homogeneidad de las varianzas en los dos grupos en todas las variables analizadas ($p > ,05$), a excepción de grado de satisfacción con el apoyo social ($p = ,01$). Se efectuó la Prueba U de Mann-Whitney para verificar los contrastes y Eta cuadrado para la medida del tamaño del efecto. Los resultados indican diferencias de medias estadísticamente significativas, entre los grupos de AR y comparación, en las 3 variables referentes a disponibilidad percibida, esto es número total de personas ($p < ,001$), número total de familiares ($p < ,001$), y número total de personas no familiares ($p < ,01$), siendo todas mayores para el grupo de comparación.

Tabla 17. Diferencia de medias en apoyo social percibido: satisfacción y disponibilidad

	Tipo paciente	Media	Desviación típica	$t (gl)$	$Z U-MW$	Eta cuadrada
Grado satisfacción apoyo social SSQGS	AR	4,93	1,05	1,55	,49	,01
	Comparación	5,12	,73	(193,16)		
Número de personas total SSQNTP	AR	3,67	2,48	4,03***	4,00***	,070
	Comparación	4,95	2,32	(228)		
Número total de personas familiares SSQNTPF	AR	2,64	2,03	3,23***	3,66***	,05
	Comparación	3,45	1,71	(228)		
Número total de personas no familiares SSQNTPNF	AR	1,04	1,43	2,39**	3,17***	,02
	Comparación	1,50	1,45	(228)		

Grupo AR (n = 110), grupo comparación (n = 120), *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

Hipótesis 9. Existen diferencias en cuanto al género en las estrategias de afrontamiento al estrés, estrategias de afrontamiento al dolor, grado de satisfacción con el apoyo social, incapacidad funcional y dolor percibido, tanto en el grupo de

comparación como en el grupo AR, siendo más altas las puntuaciones de las mujeres en comparación a las de los hombres en todas las variables analizadas.

- En la tabla 18 se presentan los estadísticos descriptivos del análisis de varianza por grupo y género para el **grado de satisfacción con el apoyo social**.

TABLA 18. Diferencias por grupo y género SSQGST

Variable dependiente: Grado satisfacción total

Género	AR/comparación	Media	Desviación		N
			estándar		
varón	AR	4,57	1,67		15
	comparación	5,17	,75		30
	Total	4,97	1,16		45
mujer	AR	4,99	,914		95
	comparación	5,11	,73		90
	Total	5,05	,83		185
Total	AR	4,93	1,05		110
	comparación	5,12	,73		120
	Total	5,03	,90		230

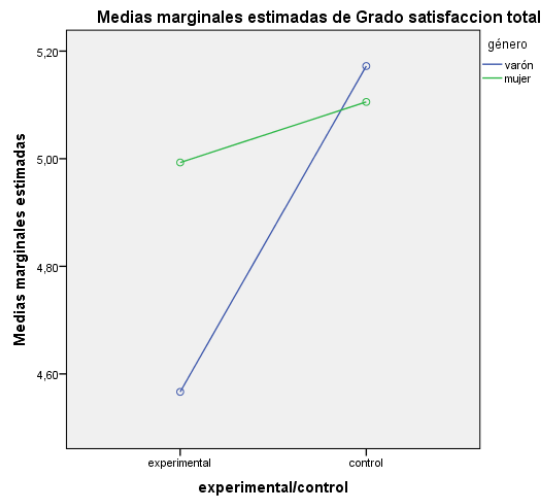


Figura 1 Diferencias por género y grupo en satisfacción apoyo social

En las puntuaciones del Grado de satisfacción total con el apoyo social, los contrastes de Levene para la homogeneidad de varianzas mostraron diferencias ($p = ,00$), por tanto, no se cumple el supuesto de igualdad de varianza. El efecto por tipo de

paciente resultó estadísticamente significativo ($F(1, 229) = 5,27, p < ,02$, eta parcial al cuadrado $,02$). No se encontraron efectos estadísticamente significativos de género ($F(1, 229) = 1,32, p = ,25$, eta parcial al cuadrado $= ,01$), ni del efecto de interacción género por tipo de paciente ($F(1, 229) = 2,48, p = ,17$, eta parcial al cuadrado $,01$). La diferencia por tipo paciente indica que puntuaciones en el grupo AR son más bajas que el grupo comparación. Ver figura 1.

- En la tabla 19 se presentan los estadísticos descriptivos del análisis de varianza por grupo y género para la **escala de dolor**.

Tabla 19. Diferencias por grupo y género en dolor percibido

Variable dependiente: Escala Digital Dolor

Género	AR/comparación	Media	Desviación		N
			estándar		
varón	AR	4,00	2,98		15
	comparación	1,87	1,22		30
	Total	2,58	2,20		45
mujer	AR	4,91	2,59		95
	comparación	2,62	2,11		90
	Total	3,79	2,62		185
Total	AR	4,78	2,65		110
	comparación	2,43	1,95		120
	Total	3,56	2,59		230

En las puntuaciones de la escala de dolor (dolor percibido), los contrastes de Levene para la homogeneidad de varianzas mostraron diferencias ($p = ,00$), por tanto, no se cumple el supuesto de igualdad de varianza. No se encontraron efectos estadísticamente significativos en el efecto de interacción género por tipo de paciente ($F(1, 229) = ,04, p = ,85$, eta parcial al cuadrado $= ,00$). Se encontraron efectos significativos por tipo de paciente ($F(1, 229) = 30,40, p = ,00$, eta parcial al cuadrado $= ,12$), y en el efecto de interacción de género ($F(1, 229) = 4,30, p = ,04$, eta

parcial al cuadrado = ,02). La diferencia por género indica que las mujeres puntúan más alto que los hombres en los dos grupos y, la diferencia por tipo paciente, indica que las puntuaciones en el grupo AR son más altas que el grupo comparación. Ver Figura 2.

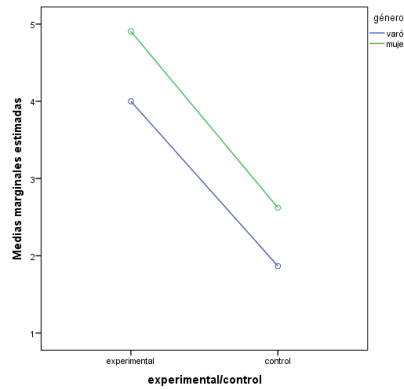


Figura 2 Diferencias por género y grupo Escala Dolor

- En la tabla 20 se presentan los estadísticos descriptivos del análisis de varianza por grupo y género para la **incapacidad funcional** (HAQ).

TABLA 20. Diferencias por grupo y género en capacidad funcional

Variable dependiente: HAQ TOTAL

Género	AR/comparación	Media	Desviación estándar	N
varón	AR	,29	,36	15
	comparación	,00	,01	30
	Total	,10	,25	45
mujer	AR	,38	,41	95
	comparación	,04	,11	90
	Total	,21	,35	185
Total	AR	,37	,40	110
	comparación	,03	,10	120
	Total	,19	,33	230

En las puntuaciones de la incapacidad funcional, los contrastes de Levene los contrastes de Levene para la homogeneidad de varianzas mostraron diferencias ($p = ,00$), por tanto, no se cumple el supuesto de igualdad de varianza. No se encontraron

efectos estadísticamente significativos en el efecto de interacción género por tipo de paciente ($F(1, 229) = ,23$, $p = ,66$, eta parcial al cuadrado $= ,00$), ni y en el efecto de interacción de género ($F(1, 229) = 1,44$, $p = ,23$, eta parcial al cuadrado $= ,01$). Se encontraron efectos significativos por tipo de paciente ($F(1, 229) = 40,04$, $p = ,00$, eta parcial al cuadrado $= ,15$). La diferencia por tipo paciente indica que las puntuaciones en el grupo AR son más altas que el grupo comparación. Ver Figura 3.

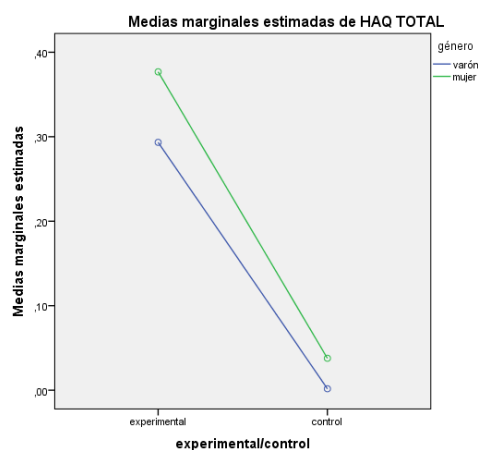


Figura 3 Diferencias por género y grupo capacidad funcional (HAQ)

- En la tabla 21 se presentan los estadísticos descriptivos del análisis de varianza por grupo y género para la estrategia de afrontamiento al dolor **religión (CAD)**.

En las puntuaciones de la estrategia de afrontamiento al dolor de Religión, los contrastes de Levene para la homogeneidad de varianzas mostraron diferencias ($p = ,01$), por tanto, no se cumple el supuesto de igualdad de varianzas. No se encontraron efectos estadísticamente significativos por tipo de paciente ($F(1, 229) = ,44$, ($p = ,51$, eta

parcial al cuadrado .02), ni en el efecto de interacción género por tipo de paciente ($F(1, 229) = 3,32$, ($p = ,07$, eta parcial al cuadrado ,01). El efecto de interacción de género fue significativo ($F(1, 229) = 11,88$, ($p = ,00$, eta parcial al cuadrado = ,05). La diferencia de género indica que las mujeres puntúan más alto que los hombres en los dos grupos. Ver gráfico 4.

TABLA 21. Diferencias por grupo y género en afrontamiento dolor religión

Variable dependiente: RELIGION

Género	AR/comparación	Media	Desviación		N
			estándar		
varón	AR	1,37	1,03		15
	comparación	1,99	1,54		30
	Total	1,78	1,41		45
mujer	AR	2,67	1,44		95
	comparación	2,39	1,39		90
	Total	2,53	1,42		185
Total	AR	2,49	1,46		110
	comparación	2,29	1,43		120
	Total	2,39	1,45		230

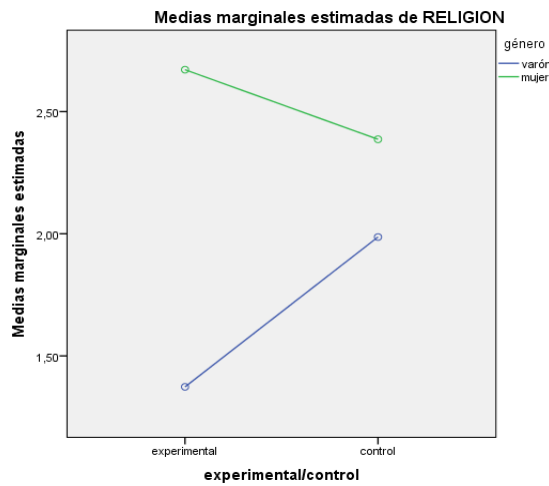


Figura 4 Diferencias por género y grupo religión CAD

- En la tabla 22 se presentan los estadísticos descriptivos del análisis de varianza por grupo y género para la estrategia de afrontamiento al dolor **búsqueda de apoyo emocional (CAD)**.

En las puntuaciones de la estrategia de afrontamiento al dolor de búsqueda de apoyo social emocional, los contrastes de Levene mostraron la homogeneidad de varianzas ($p = ,58$). No se encontraron efectos estadísticamente significativos en el efecto de interacción género por tipo de paciente ($F(1, 229) = 0,63, p = ,43$, eta parcial al cuadrado $.00$). Se encontraron efectos significativos por tipo de paciente ($F(1, 229) = 4,90, p = ,03$, eta parcial al cuadrado $,02$), y en el efecto de interacción de género ($F(1, 229) = 7,90, p = ,01$, eta parcial al cuadrado $= ,03$). La diferencia de género indica que las mujeres puntúan más alto que los hombres en los dos grupos y la diferencia por tipo de paciente, que las puntuaciones en el grupo de comparación son más altas que el grupo AR. Ver figura 5.

TABLA 22. Diferencias por grupo y género en afrontamiento dolor búsqueda apoyo social emocional (CAD)

Variable dependiente: Búsqueda apoyo social emocional.

Género	AR/comparación	Media	Desviación	
			estándar	N
varón	AR	2,21	1,02	15
	comparación	2,81	1,15	30
	Total	2,61	1,13	45
mujer	AR	2,92	1,18	95
	comparación	3,20	1,09	90
	Total	3,06	1,14	185
Total	AR	2,83	1,18	110
	comparación	3,10	1,16	120
	Total	2,97	1,15	230

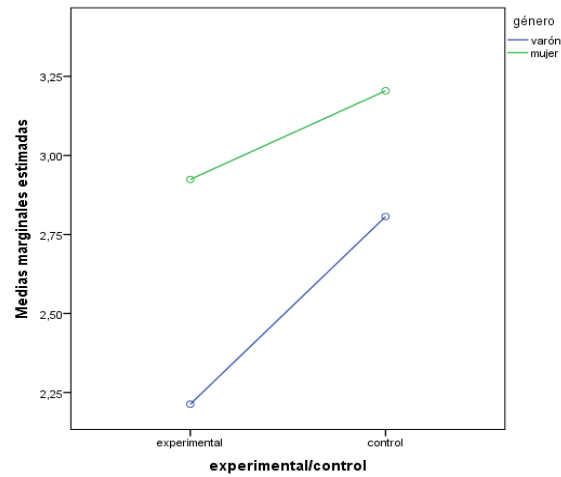


Figura 5 Diferencias por género y grupo búsqueda apoyo emocional CAD

- En la tabla 23 se presentan los estadísticos descriptivos del análisis de varianza por grupo y género para la estrategia de afrontamiento al dolor **autocontrol mental (CAD)**.

TABLA 23. Diferencias por grupo y género en autocontrol mental (CAD)

Variable dependiente: Autocontrol mental

Género	AR/comparación	Media	Desviación		N
			estándar		
varón	AR	2,39	1,12		15
	comparación	2,69	,10		30
	Total	2,59	1,04		45
mujer	AR	2,39	1,02		95
	comparación	2,78	,84		90
	Total	2,58	,96		185
Total	AR	2,39	1,03		110
	comparación	2,76	,88		120
	Total	2,58	,97		230

En las puntuaciones de la estrategia de afrontamiento al dolor de autocontrol mental, los contrastes de Levene mostraron la homogeneidad de varianzas ($p = ,06$). No

se encontraron efectos estadísticamente significativos en el efecto de interacción género por tipo de paciente ($F(1, 229) = ,60, p = ,81, \eta^2 \text{ parcial} = ,00$), ni en el efecto de interacción de género ($F(1, 229) = ,08, p = ,77, \eta^2 \text{ parcial} = ,00$). Se encontraron efectos significativos por tipo de paciente ($F(1, 229) = 4,33, p = ,04, \eta^2 \text{ parcial} = ,02$). La diferencia por tipo paciente indica que las puntuaciones en el grupo de comparación son más altas que en el grupo AR. Ver figura 6

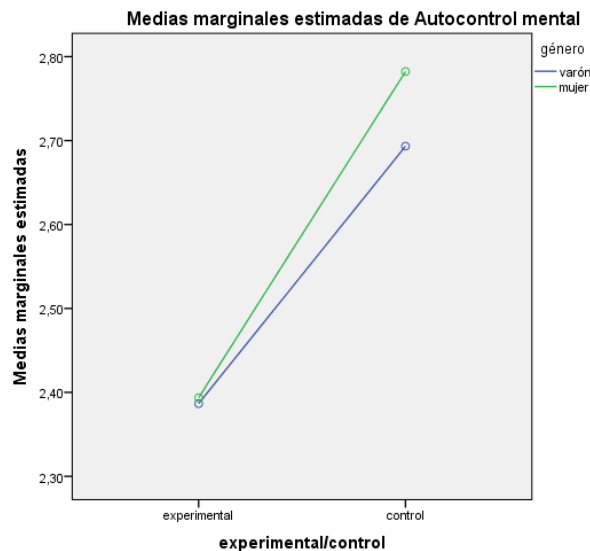


Figura 6 Diferencias por género y grupo autocontrol mental CAD

- En la tabla 24 se presentan los estadísticos descriptivos del análisis de varianza por grupo y género para la estrategia de afrontamiento al dolor **autoafirmación (CAD)**.

En las puntuaciones de la estrategia de afrontamiento al dolor de autoafirmación, los contrastes de Levene para la homogeneidad de varianzas mostraron diferencias ($p = ,01$), por tanto, no se cumple el supuesto de igualdad de varianzas. No se encontraron efectos estadísticamente significativos en el efecto de interacción género por tipo de paciente ($F(1, 229) = 1, p = ,32, \eta^2 \text{ parcial} = ,00$), ni en el efecto de

interacción de género ($F(1, 229) = 2,02$, $p = ,16$, eta parcial al cuadrado = ,01). Se encontraron efectos significativos por tipo de paciente ($F(1, 229) = 9,32$, $p = ,00$, eta parcial al cuadrado = ,04). La diferencia por tipo paciente indica que las puntuaciones en el grupo AR son más altas que en el grupo de comparación. Ver Figura 7.

TABLA 24. Diferencias por grupo y género en autoafirmación (CAD)

Variable dependiente: Autoafirmación

Género	AR/comparación	Media	Desviación	
			estándar	N
varón	AR	3,96	1,02	15
	comparación	3,41	,83	30
	Total	3,60	,92	45
mujer	AR	4,02	,63	95
	comparación	3,74	,84	90
	Total	3,88	,75	185
Total	AR	4,01	,69	110
	comparación	3,66	,85	120
	Total	3,83	,79	230

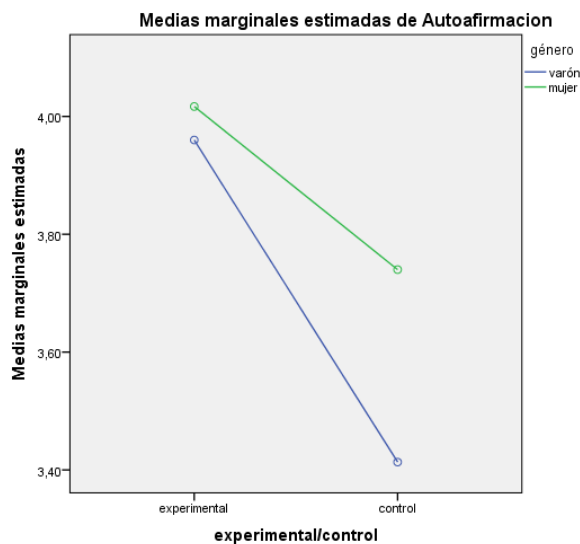


Figura 7 Diferencias por género y grupo autoafirmación CAD

- En la tabla 25 se presentan los estadísticos descriptivos del análisis de varianza por grupo y género para la estrategia de afrontamiento al estrés **afrontamiento activo (COPE)**.

En las puntuaciones de la estrategia de afrontamiento al estrés de afrontamiento activo, los contrastes de Levene mostraron la homogeneidad de varianzas ($p = ,67$). No se encontraron efectos estadísticamente significativos en el efecto de interacción género por tipo de paciente ($F(1, 229) = ,01, p = ,95$, eta parcial al cuadrado = ,00), ni en el efecto de interacción de género ($F(1, 229) = ,11, p = ,74$, eta parcial al cuadrado = ,00). Se encontraron efectos significativos por tipo de paciente ($F(1, 229) = 5,73, p = ,02$, eta parcial al cuadrado = ,03). La diferencia por tipo paciente indica que las puntuaciones en el grupo comparación son más altas que el grupo AR. Ver Figura 8.

TABLA 25. Diferencias por grupo y género en afrontamiento activo (COPE)

Variable dependiente: AFRONTAMIENTO ACTIVO

Género	AR/comparación	Media	Desviación estándar	N
varón	AR	2,50	,63	15
	comparación	2,76	,60	30
	Total	2,67	,61	45
mujer	AR	2,54	,62	95
	comparación	2,79	,58	90
	Total	2,66	,61	185
Total	AR	2,54	,62	110
	comparación	2,78	,58	120
	Total	2,66	,61	230

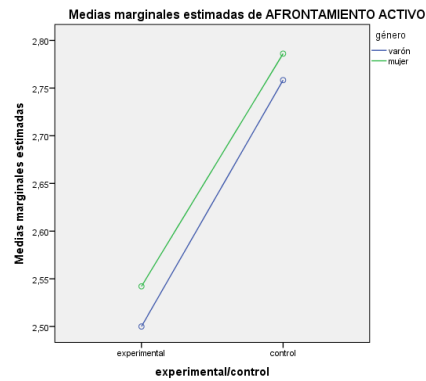


Figura 8 Diferencias por género y paciente en afrontamiento activo

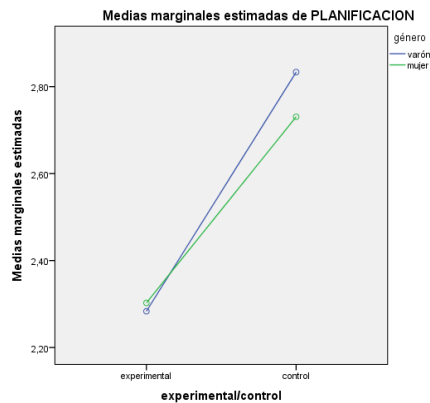
- En la tabla 26 se presentan los estadísticos descriptivos del análisis de varianza por grupo y género para la estrategia de afrontamiento al estrés **planificación** (COPE).

En las puntuaciones de la estrategia de afrontamiento al estrés de planificación, los contrastes de Levene mostraron la homogeneidad de varianzas ($p = ,11$). No se encontraron efectos estadísticamente significativos en el efecto de interacción género por tipo de paciente ($F(1, 229) = ,30, p = ,59, \eta^2 \text{ parcial al cuadrado} = ,00$), ni en el efecto de interacción de género ($F(1, 229) = ,14, p = ,71, \eta^2 \text{ parcial al cuadrado} = ,00$). Se encontraron efectos significativos por tipo de paciente ($F(1, 229) = 19,10, p = ,00, \eta^2 \text{ parcial al cuadrado} = ,01$). La diferencia por tipo paciente indica que las puntuaciones en el grupo comparación son más altas que el grupo AR. Ver Figura 9.

TABLA 26. Diferencias por grupo y género en planificación (COPE).

Variable dependiente: PLANIFICACION

Género	AR/comparación	Media	Desviación	
			estándar	N
varón	AR	2,28	,77	15
	comparación	2,83	,57	30
	Total	2,65	,68	45
mujer	AR	2,30	,71	95
	comparación	2,73	,56	90
	Total	2,51	,68	185
Total	AR	2,30	,71	110
	comparación	2,76	,56	120
	Total	2,54	,68	230

**Figura 9 Diferencias por género y paciente en planificación**

- En la tabla 27 se presentan los estadísticos descriptivos del análisis de varianza por grupo y género para la estrategia de afrontamiento al estrés **búsqueda de apoyo social instrumental (COPE).**

En las puntuaciones de la estrategia de afrontamiento al estrés de búsqueda de apoyo social instrumental, los contrastes de Levene mostraron la homogeneidad de varianzas ($p = ,07$). No se encontraron efectos estadísticamente significativos en el

efecto de interacción género por tipo de paciente ($F(1, 229) = 2,21, p = ,14$, eta parcial al cuadrado = ,01), ni en el efecto de interacción de género ($F(1, 229) = ,70, p = ,40$, eta parcial al cuadrado = ,00). Se encontraron efectos significativos por tipo de paciente ($F(1, 229) = 5,75, p = ,02$, eta parcial al cuadrado = ,03). La diferencia por tipo de paciente indica que las puntuaciones en el grupo AR son más bajas que el grupo comparación. Ver Figura 10.

TABLA 27. Diferencias por grupo y género en búsqueda de apoyo social instrumental (COPE).

Variable dependiente: BUSQUEDA APOYO INSTRUMENTAL

Género	AR/comparación	Media	Desviación		N
			estándar		
varón	AR	2,30	,98		15
	comparación	2,42	,79		30
	Total	2,38	,85		45
mujer	AR	2,22	,67		95
	comparación	2,71	,74		90
	Total	2,46	,75		185
Total	AR	2,23	,72		110
	comparación	2,64	,76		120
	Total	2,44	,77		230

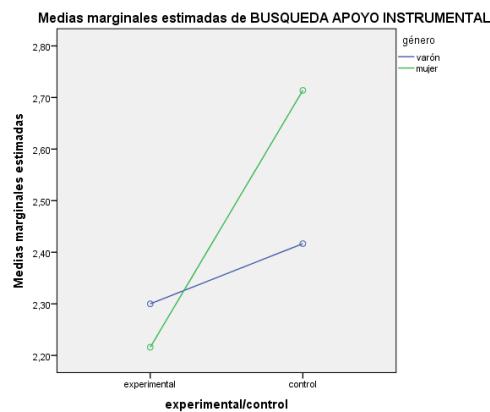


Figura 10 Diferencias por género y paciente en búsqueda apoyo social instrumental (COPE)

- En la tabla 28 se presentan los estadísticos descriptivos del análisis de varianza por grupo y género para la estrategia de afrontamiento al estrés **búsqueda de apoyo social emocional (COPE)**.

En las puntuaciones de la estrategia de afrontamiento al estrés de búsqueda de apoyo social emocional, los contrastes de Levene mostraron la homogeneidad de varianzas ($p = ,74$). No se encontraron efectos estadísticamente significativos en el efecto de interacción género por tipo de paciente ($F(1, 229) = 1,30, p = ,26$, eta parcial al cuadrado = ,01). Se encontraron efectos significativos por tipo de paciente ($F(1, 229) = 13,32, p = ,00$, eta parcial al cuadrado = ,06), y en el efecto de interacción de género ($F(1, 229) = 21,44, p = ,00$, eta parcial al cuadrado = ,09). La diferencia por género indica que las mujeres puntúan más alto que los hombres en los dos grupos, y la diferencia por tipo paciente, que las puntuaciones en el grupo AR son más bajas que el grupo comparación. Ver Figura 11.

TABLA 28. Diferencias por grupo y género en búsqueda de apoyo social emocional (COPE).

Variable dependiente: BUSQUEDA APOYO SOCIAL

Género	AR/comparación	Media	Desviación	
			estándar	N
varón	AR	1,72	,72	15
	comparación	2,33	,61	30
	Total	2,12	,70	45
mujer	AR	2,45	,76	95
	comparación	2,77	,74	90
	Total	2,61	,76	185
Total	AR	2,35	,79	110
	comparación	2,66	,73	120
	Total	2,51	,78	230

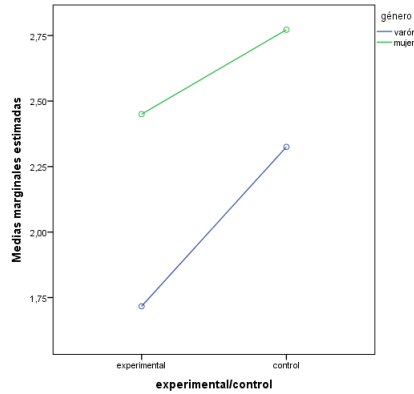


Figura 11 Diferencias por género y paciente en búsqueda de apoyo social emocional (COPE)

- En la tabla 29 se presentan los estadísticos descriptivos del análisis de varianza por grupo y género para la estrategia de afrontamiento al estrés **religión** (COPE).

TABLA 29. Diferencias por grupo y género en religión (COPE).

Variable dependiente: RELIGIÓN

Género	AR/comparación	Media	Desviación	
			estándar	N
varón	AR	1,43	,94	15
	comparación	1,28	,58	30
	Total	1,33	,71	45
mujer	AR	2,06	,90	95
	comparación	1,87	,88	90
	Total	1,97	,90	185
Total	AR	1,98	,93	110
	comparación	1,72	,85	120
	Total	1,84	,90	230

En las puntuaciones de la estrategia de afrontamiento al estrés de religión, los contrastes de Levene para la homogeneidad de varianzas mostraron diferencias ($p = ,01$), por tanto, no se cumple el supuesto de igualdad de varianzas. No se encontraron efectos estadísticamente significativos en el efecto de interacción género por tipo de paciente ($F(1, 229) = ,02, p = ,90, \eta^2 = ,00$), ni en el efecto de

interacción por tipo paciente ($F(1, 229) = 1,30$, $p = ,26$, eta parcial al cuadrado = ,01). Se encontraron efectos significativos por género ($F(1, 229) = 16,30$, $p = ,00$, eta parcial al cuadrado = ,07). La diferencia por género indica que las mujeres puntúan más alto que los hombres en los dos grupos. Ver Figura 12.

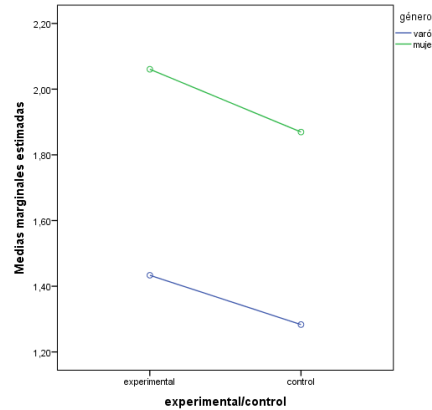


Figura 12 Diferencias por género y paciente en religión (COPE)

- En la tabla 30 se presentan los estadísticos descriptivos del análisis de varianza por grupo y género para la estrategia de afrontamiento al estrés **reinterpretación positiva y crecimiento personal (COPE)**.

TABLA 30. Diferencias por grupo y género en reinterpretación positiva y crecimiento personal (COPE)

Variable dependiente: REINTERPRETACION POSITIVA

Género	AR/comparación	Media	Desviación estándar	N
varón	AR	2,60	,92	15
	comparación	2,85	,50	30
	Total	2,77	,67	45
mujer	AR	2,63	,58	95
	comparación	2,85	,60	90
	Total	2,74	,60	185
Total	AR	2,63	,63	110
	comparación	2,85	,58	120
	Total	2,74	,61	230

En las puntuaciones de la estrategia de afrontamiento al estrés de reinterpretación positiva y crecimiento personal, los contrastes de Levene mostraron la homogeneidad de varianzas ($p = ,051$). No se encontraron efectos estadísticamente significativos en el efecto de interacción género por tipo de paciente ($F(1, 229) = ,02, p = ,90$, eta parcial al cuadrado = ,00), ni en el efecto de interacción de género ($F(1, 229) = ,03, p = ,87$, eta parcial al cuadrado = ,00). Se encontraron efectos significativos por tipo de paciente ($F(1, 229) = 4,98, p = ,03$, eta parcial al cuadrado = ,02). La diferencia por tipo de paciente indica que las puntuaciones en el grupo AR son más bajas que el grupo comparación. Ver Figura 13.

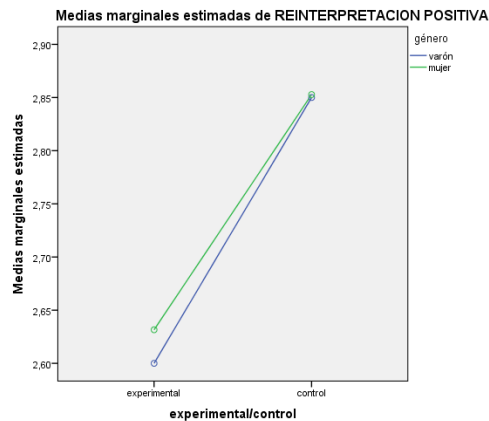


Figura 13 Diferencias por género y paciente en reinterpretación positiva y crecimiento personal

- En la tabla 31 se presentan los estadísticos descriptivos del análisis de varianza por grupo y género para la estrategia de afrontamiento al estrés **desconexión mental (COPE)**.

En las puntuaciones de la estrategia de afrontamiento al estrés de desconexión mental, los contrastes de Levene mostraron la homogeneidad de varianzas ($p = ,30$). No se encontraron efectos estadísticamente significativos en el efecto de interacción género

por tipo de paciente ($F(1, 229) = 2,70, p = ,10$, eta parcial al cuadrado = ,01), ni en el efecto de interacción por tipo paciente ($F(1, 229) = ,01, p = ,94$, eta parcial al cuadrado = ,00). Se encontraron efectos significativos por género ($F(1, 229) = 4,10, p = ,05$, eta parcial al cuadrado = ,02). La diferencia por género indica que las mujeres puntúan más alto que los hombres. Ver Figura 14.

TABLA 31. Diferencias por grupo y género en desconexión mental (COPE).

Variable dependiente: DESCONEXION MENTAL

Género	AR/comparación	Desviación		N
		Media	estándar	
varón	AR	2,15	,60	15
	comparación	1,98	,51	30
	Total	2,03	,54	45
mujer	AR	2,19	,57	95
	comparación	2,35	,63	90
	Total	2,27	,60	185
Total	AR	2,18	,57	110
	comparación	2,26	,62	120
	Total	2,22	,60	230

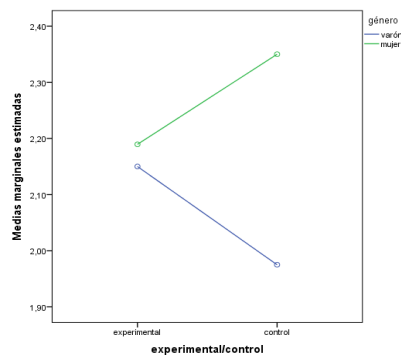


Figura 14 Diferencias por género y paciente en desconexión mental (COPE)

- En la tabla 32 se presentan los estadísticos descriptivos del análisis de varianza por grupo y género para la estrategia de afrontamiento al estrés **humor** (COPE).

En las puntuaciones de la estrategia de afrontamiento al estrés de humor, los contrastes de Levene mostraron la homogeneidad de varianzas ($p = ,51$). No se encontraron efectos estadísticamente significativos en el efecto de interacción género por tipo de paciente ($F(1, 229) = ,022, p = ,64, \eta^2 \text{ parcial} = ,00$), ni en el efecto de interacción de género ($F(1, 229) = ,10, p = ,76, \eta^2 \text{ parcial} = ,00$). Se encontraron efectos significativos por tipo de paciente ($F(1, 229) = 5,91, p = ,02, \eta^2 \text{ parcial} = ,03$). La diferencia por tipo paciente indica que las puntuaciones en el grupo AR son más bajas que el grupo comparación. Ver Figura 15.

TABLA 32. Diferencias por grupo y género en humor (COPE).

Variable dependiente: HUMOR

Género	AR/comparación	Media	Desviación	
			estándar	N
varón	AR	1,58	,72	15
	comparación	1,94	,78	30
	Total	1,82	,77	45
mujer	AR	1,68	,67	95
	comparación	1,92	,73	90
	Total	1,80	,71	185
Total	AR	1,67	,67	110
	comparación	1,93	,74	120
	Total	1,80	,72	230

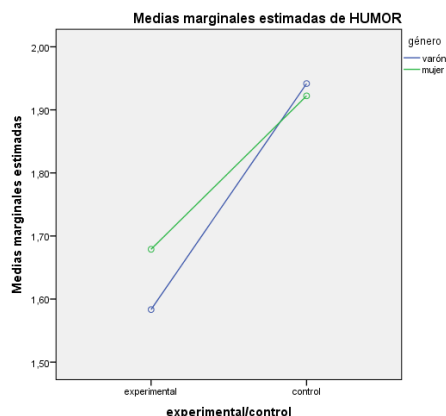


Figura 15 Diferencias por género y paciente en humor (COPE)

2) Establecer si existe relación entre las variables sociodemográficas, el apoyo social percibido, las estrategias de afrontamiento al estrés, las estrategias de afrontamiento al dolor, y el nivel de funcionalidad y el dolor percibido entre los pacientes con artritis reumatoide (grupo AR).

Hipótesis 10. El grado de satisfacción con el apoyo social correlaciona negativamente con la puntuación obtenida en el HAQ y el dolor percibido, por tanto, a mayor grado de satisfacción con el apoyo social menor grado de incapacidad funcional y dolor percibido en el grupo AR.

Del estudio de las correlaciones de Spearman que se muestra en la tabla 33, no se observan correlaciones significativas entre grado de satisfacción con el apoyo social y dolor percibido e incapacidad funcional (HAQ). Las puntuaciones entre dolor percibido e incapacidad correlacionan significativa y positivamente. Mayor puntuación de dolor se relaciona con mayores puntuaciones en incapacidad funcional.

Tabla 33. Correlaciones satisfacción apoyo social, incapacidad y dolor percibido en grupo AR.

	Grado Satisfacción A. Social	Dolor percibido	HAQ total
Grado Satisfacción A. Social	1		
Dolor percibido	-,09	1	
HAQ total	-,08	,38**	1
Grupo AR (n = 110),	** $p < .01$, * $p < .05$		

Se realizó análisis mediacional con el procedimiento PROCESS (Hayes, 2013), en su implementación para SPSS. La variable dependiente fue el dolor percibido, la independiente la incapacidad y, la mediadora la satisfacción con el apoyo social. No se incluyen los resultados al no encontrarse significación estadística para el efecto mediador.

Hipótesis 11. El tamaño de la red social en el grupo AR correlaciona negativamente con la puntuación obtenida en el HAQ y en la escala de dolor, por tanto, a mayor tamaño de la red social menor grado de incapacidad funcional y dolor percibido.

Del estudio de las correlaciones de Spearman que se muestra en la tabla 34, no se observan correlaciones significativas entre la disponibilidad percibida del apoyo social (número total de personas, número total de familiares y número total de no familiares) y dolor percibido e incapacidad funcional (HAQ). Las puntuaciones entre número total de personas disponibles (disponibilidad percibida total) y número total de familiares disponibles correlacionan significativa y positivamente de forma muy elevada. También existen correlaciones significativas entre número total de personas disponibles y número total de no familiares disponibles, aunque algo menores. Mayor puntuación en disponibilidad percibida total relaciona con mayores puntuaciones en

número total de familiares disponibles, y, en menor medida con mayor número total de no familiares disponible.

Tabla 34. Correlaciones disponibilidad percibida apoyo social, incapacidad y dolor percibido en grupo AR

	Dolor percibido	HAQ total	Número total personas disponibles	Número total familiares disponibles	Número total no familiares disponibles
Dolor percibido	1				
HAQ total	,38**	1			
Número total personas disponibles	,06	-,06	1		
Número total familiares disponibles	,02	-,06	,82**	1	
Número total no familiares disponibles	,06	-,04	,57**	-,01	1
Grupo AR (n=110)	** $p < .01$	* $p < .05$			

Hipótesis 12. Las estrategias de afrontamiento activas/directas (afrontamiento activo, planificación, búsqueda de apoyo instrumental, búsqueda de apoyo social, supresión de actividades distractoras, reinterpretación positiva y crecimiento personal, aceptación y humor) y las puntuaciones de las estrategias de afrontamiento al dolor más adaptativas (distracción, autoafirmación y búsqueda de información) correlacionan negativamente con la puntuación obtenida en el HAQ y en la escala de dolor en el grupo AR.

Del estudio de las correlaciones de Spearman que se muestra en la tabla 35, se observan correlaciones significativas entre estrategias de afrontamiento al dolor y al estrés adaptativas y dolor percibido e incapacidad funcional (HAQ). En cuanto al dolor, las puntuaciones entre búsqueda de apoyo instrumental (CAD) y dolor percibido correlacionan significativa y positivamente. En cuanto a la incapacidad funcional,

existen correlaciones significativas positivas entre búsqueda de apoyo social emocional (COPE) e incapacidad funcional, y correlaciones significativas negativas entre reinterpretación positiva e incapacidad funcional. Mayor puntuación en la estrategia de afrontamiento al dolor de búsqueda de ayuda instrumental se relaciona con mayores puntuaciones en dolor percibido, mayor puntuación en la estrategia de afrontamiento al estrés de búsqueda de apoyo social emocional se relaciona con mayores puntuaciones en incapacidad, así como mayores puntuaciones en la estrategia de afrontamiento al estrés de reinterpretación positiva y crecimiento personal se relacionan con menores puntuaciones en incapacidad funcional.

Tabla 35. Correlaciones estrategias adaptativas al estrés/dolor e incapacidad y dolor percibido en grupo AR

	Dolor percibido	Incapacidad (HAQ)
Distracción CAD	-,04	,00
Autoafirmación CAD	,07	-,01
BAS Instrumental CAD	,30**	,12
Afrontamiento Activo COPE	-,03	-,08
Planificación COPE	-,04	-,15
BAS Instrumental COPE	,06	,09
BAS Emocional COPE	,15	,20*
Supresión actividades distractoras COPE	,06	-,03
Reinterpretación Positiva y Crecimiento COPE	-,07	-,21*
Aceptación COPE	-,04	,04
Humor COPE	,03	-,12

Grupo AR (n = 110) ** $p < .01$, * $p < .05$

Hipótesis 13. Las estrategias de afrontamiento evitativas/indirectas (religión, demora del afrontamiento, centrarse en las emociones y desahogarse, negación, desconexión mental y desconexión conductual) y las puntuaciones de las estrategias de afrontamiento al dolor de autocontrol mental, religión y búsqueda de apoyo emocional correlacionan positivamente con la puntuación obtenida en el HAQ y en la escala de dolor en el grupo AR.

Tabla 36. Correlaciones estrategias poco adaptativas al estrés/dolor e incapacidad y dolor percibido en grupo AR

	Dolor percibido	Incapacidad (HAQ)
Religión CAD	,14	,12
Autocontrol mental CAD	,10	,13
BAS Emocional CAD	,12	,31**
Religión COPE	,05	,14
Demora afrontamiento COPE	,03	,10
Centrase emociones y desahogarse COPE	,19*	,19
Negación COPE	,14	,16
Desconexión mental COPE	,03	-,03
Desconexión conductual COPE	,21*	,32**

Grupo AR (n = 110) ** $p < .01$, * $p < .05$

Del estudio de las correlaciones de Spearman que se muestra en la tabla 36, se observan correlaciones significativas entre estrategias de afrontamiento al dolor y al estrés poco adaptativas y dolor percibido e incapacidad funcional (HAQ). En cuanto al dolor, las puntuaciones entre centrarse en las emociones y desahogarse (COPE) y

desconexión conductual, correlacionan significativa y positivamente con dolor percibido. En cuanto a la incapacidad funcional, existen correlaciones significativas positivas entre búsqueda de apoyo social emocional (CAD) y desconexión conductual (COPE) con incapacidad funcional. Mayores puntuaciones en las estrategias de afrontamiento al estrés de centrarse en las emociones y desconexión conductual se relacionan con mayores puntuaciones en dolor percibido, así como, mayores puntuaciones en la estrategia de afrontamiento al dolor de búsqueda de apoyo social emocional y de la estrategia de afrontamiento al estrés desconexión conductual se relacionan con mayores puntuaciones en incapacidad funcional.

Hipótesis 14. La edad de los sujetos y los años de evolución de la enfermedad correlacionan positivamente con la puntuación obtenida en el HAQ y el dolor percibido en el grupo AR.

Tabla 37. Correlaciones años evolución de la enfermedad, edad, incapacidad y dolor percibido en grupo AR

	Dolor percibido	HAQ total
Edad	,05	,16
Años desde el diagnóstico de AR	-,04	,11

Grupo AR (n = 110), ** $p < .01$, * $p < .05$

Del estudio de las correlaciones de Spearman que se muestra en la tabla 37, no se observan correlaciones significativas entre la edad de los sujetos ni los años de evolución de la enfermedad con dolor percibido e incapacidad funcional (HAQ).

Hipótesis 15. En el grupo AR, el grado de satisfacción con el apoyo social y las estrategias de afrontamiento al estrés y al dolor estadísticamente significativas, consideradas conjuntamente, explican mejor la variabilidad en el nivel de funcionalidad y del dolor percibido (variables dependientes).

Para la comprobación de la hipótesis se realizaron análisis de regresión lineal múltiple explicativos de las variables dependientes de esta investigación, esto es, incapacidad funcional y dolor percibido.

Se realizaron los diagnósticos de colinealidad de las variables, en ningún caso se supera el nivel crítico que indique colinealidad.

Para *incapacidad funcional en el grupo AR*, en el modelo de partida se introdujeron en la ecuación aquellas variables que fueron significativas en el análisis univariado y las que se consideraron psicológicamente relevantes (búsqueda de apoyo social emocional e instrumental tanto del afrontamiento al dolor como al estrés, dolor percibido, reinterpretación positiva, desconexión mental, desconexión conductual y grado de satisfacción con el apoyo social).

Tabla 38. Modelo de regresión lineal para incapacidad grupo AR

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Estadísticas de cambios	
					Cambio de cuadrado de R	Cambio en F
1	,311 ^b	,097	,080	,38430	,097	5,726
2	,317 ^c	,101	,066	,38710	,004	,229
3	,483 ^d	,234	,197	,35905	,133	18,049
4	,521 ^e	,272	,229	,35171	,038	5,381
5	,577 ^f	,332	,280	,34004	,061	4,596
6	,579 ^g	,335	,276	,34096	,003	,454

La estrategia de afrontamiento al dolor búsqueda de apoyo social emocional se mantuvo significativa a lo largo de los modelos, hasta el modelo final ($p=,025$); el dolor percibido se introdujo en el modelo 3 y mantuvo significación hasta el modelo final ($p=,001$);

reinterpretación positiva fue introducida en el modelo 4, mostrándose significativa ($p=,022$) y perdiendo la significación en el modelo 5; y, desconexión conductual fue introducida en el 5 modelo y se mantuvo significativa hasta el último modelo ($p=,004$).

El modelo 5 es el modelo final, puesto que la inclusión de variables en el modelo 6 no influye significativamente en el cambio (ver tabla 39).

En el modelo final, los resultados de la regresión indican que el dolor percibido, la estrategia de afrontamiento al estrés desconexión conductual y la estrategia de afrontamiento al dolor búsqueda de apoyo social emocional, explican el 28% de la incapacidad funcional en el grupo AR (ver tabla 38).

Tabla 39. Coeficientes modelo final de regresión con incapacidad en el grupo AR

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados			95,0% intervalo de confianza para B	
		B	Error estándar	Beta	t	Sig.	Límite inferior	Límite superior
5	(Constante)	-,011	,211		-,051	,959	-,429	,408
	Búsqueda apoyo social instrumental	-,078	,042	-,191	-1,842	,068	-,161	,006
	Búsqueda apoyo soc. emocional.	,079	,036	,233	2,215	,029	,008	,150
	BUSQUEDA APOYO INSTRUMENTAL	,067	,064	,119	1,041	,300	-,060	,194
	BUSQUEDA APOYO SOCIAL	,070	,064	,138	1,087	,280	-,058	,197
	Escala Digital Dolor	,047	,013	,313	3,567	,001	,021	,074
	REINTERPRETACION POSITIVA	-,101	,060	-,158	-1,677	,097	-,219	,018
	DESCONEXION MENTAL	-,080	,065	-,114	-1,231	,221	-,208	,049
	DESCONEXION CONDUCTUAL	,192	,063	,281	3,028	,003	,066	,318

Para el *dolor percibido en el grupo AR*, en el modelo de partida se introdujeron en la ecuación aquellas variables que fueron significativas en el análisis univariado y las que se consideraron psicológicamente relevantes (como constantes el género y la edad, y resto variables: HAQ total, búsqueda de apoyo social emocional e instrumental del afrontamiento al dolor, reinterpretación positiva, desconexión conductual, puntuación total de COPE y puntuación total del CAD).

La incapacidad (puntuación total HAQ) se mantuvo significativa desde que se introdujo en el modelo 2, hasta el modelo final ($p=,000$); la búsqueda de apoyo social instrumental se introdujo en el modelo 3 y mantuvo su significación hasta el modelo final ($p=,001$); la inclusión de las variables en los modelos 4 y 5, no influyen significativamente en el cambio, siendo el modelo final el 3 (ver tabla 41).

En el modelo final, los resultados de la regresión indican que el la incapacidad y la estrategia de afrontamiento al dolor búsqueda de apoyo social instrumental, explican el 19,7% del dolor percibido en el grupo AR (ver tabla 40).

Tabla 40. Modelo de regresión lineal para dolor percibido grupo AR

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Estadísticas de cambios	
					Cambio de cuadrado de R	Cambio en F
1	,137 ^a	,019	,000	2,645	,019	1,021
2	,388 ^b	,151	,127	2,472	,132	16,503
3	,483 ^c	,234	,197	2,371	,083	5,604
4	,493 ^d	,243	,192	2,378	,010	,673
5	,506 ^e	,256	,189	2,382	,012	,832

Tabla 41. Coeficientes modelo final de regresión con dolor percibido en el grupo AR

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		Sig.	95,0% intervalo de confianza para B
	B	Error estándar	Beta	t		Límite inferior
3 (Constante)	-,831	2,294		-,362	,718	-5,380
edad	,017	,026	,059	,658	,512	-,035
género	,886	,686	,115	1,292	,199	-,474
HAQ TOTAL	2,480	,606	,376	4,090	,000	1,278
Búsqueda apoyo social instrumental	,886	,265	,331	3,340	,001	,360
Búsqueda apoyo soc. emocional.	-,401	,233	-,178	1,723	,088	-,862

Para comparar al grupo AR con el grupo comparación, se realizaron ecuaciones de regresión lineal en incapacidad y dolor percibido, para establecer si había diferencias en la variabilidad de las puntuaciones de las dos variables dependientes.

En *incapacidad funcional en el grupo comparación*, en el modelo de partida se introdujeron en la ecuación aquellas variables que fueron significativas en el análisis univariado y las que se consideraron psicológicamente relevantes (búsqueda de apoyo social emocional e instrumental tanto del afrontamiento al dolor como al estrés, dolor percibido, reinterpretación positiva, desconexión mental, desconexión conductual y grado de satisfacción con el apoyo social).

Tabla 42. Modelo de regresión lineal para incapacidad grupo comparación

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Estadísticas de cambios	
					Cambio de cuadrado de R	Cambio en F
1	,158 ^b	,025	,008	,09502	,025	1,492
2	,190 ^c	,036	,003	,09528	,011	,678
3	,442 ^d	,196	,160	,08743	,159	22,576
4	,455 ^e	,207	,165	,08720	,011	1,606
5	,461 ^f	,212	,156	,08767	,006	,397
6	,507 ^g	,257	,196	,08555	,044	6,574

El dolor percibido se introdujo en el modelo 3 y mantuvo significación hasta el modelo final ($p=,000$), y el grado de satisfacción con el apoyo social fue introducido en el modelo 6, mostrándose significativo ($p=,012$) (ver tabla 43).

En el modelo final, los resultados de la regresión indican que en la incapacidad, el dolor percibido y el grado de satisfacción con el apoyo social, explican el 19,6% de la incapacidad funcional (ver tabla 42) en el grupo de comparación.

Tabla 43. Coeficientes modelo final de regresión con incapacidad en el grupo comparación

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados			95,0% intervalo de confianza para B	
	B	Error estándar	Beta	t	Sig.	Límite inferior	Límite superior
6 (Constante)	,141	,078		1,803	,074	-,014	,296
Búsqueda apoyo social instrumental	7,879E-5	,009	,001	,009	,993	-,018	,018
Búsqueda apoyo soc. emocional.	,001	,010	,010	,086	,932	-,019	,021
BUSQUEDA APOYO INSTRUMENTAL	-,007	,019	-,055	-,364	,716	-,045	,031
BUSQUEDA APOYO SOCIAL	,028	,019	,218	1,457	,148	-,010	,067
Escala Digital Dolor	,021	,004	,424	4,828	,000	,012	,029
REINTERPRETACION POSITIVA	-,016	,016	-,095	-,977	,331	-,048	,016
DESCONEXION MENTAL	-,007	,014	-,048	-,518	,606	-,036	,021
DESCONEXION CONDUCTUAL	-,010	,016	-,053	-,581	,562	-,042	,023
Grado satisfacción total	-,028	,011	-,219	-2,564	,012	-,050	-,006

Para el dolor percibido en el grupo comparación, en el modelo de partida se introdujeron en la ecuación aquellas variables que fueron significativas en el análisis univariado y las que se consideraron psicológicamente relevantes (como constantes el género y la edad, y resto variables: HAQ total, búsqueda de apoyo social emocional e

instrumental del afrontamiento al dolor, reinterpretación positiva, desconexión conductual, puntuación total de COPE y puntuación total del CAD).

La incapacidad (puntuación total HAQ) se mantuvo significativa desde que se introdujo en el modelo 2, hasta el modelo final ($p=,000$); la edad (constante) mostró significación en el modelo 1 ($p=,009$) y perdió su significación desde el modelo 2. La inclusión de las variables en los modelos 4 y 5, no influyen significativamente en el cambio, siendo el modelo final el 3 (ver tabla 45).

En el modelo final, los resultados de la regresión indican que el la incapacidad explica el 17,8% del dolor percibido en el grupo de comparación (ver tabla 44).

Tabla 44. Modelo de regresión lineal para dolor percibido grupo comparación

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Estadísticas de cambios	
					Cambio de cuadrado de R	Cambio en F
1	,289 ^a	,083	,068	1,885	,083	5,312
2	,443 ^b	,197	,176	1,772	,113	16,379
3	,461 ^c	,213	,178	1,770	,016	1,155
4	,466 ^d	,218	,169	1,780	,005	,350
5	,475 ^e	,226	,162	1,787	,008	,576

Tabla 45. Coeficientes modelo final de regresión con dolor percibido en el grupo comparación

Modelo	B	Error estándar	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		95,0% intervalo de confianza para B
			Beta	t	Sig.	Límite inferior	
3 (Constante)	-,316	1,470		-,215	,830	-3,228	
edad	,033	,020	,142	1,600	,112	-,008	
género	,552	,387	,123	1,425	,157	-,215	
HAQ TOTAL	6,886	1,818	,337	3,787	,000	3,284	
Búsqueda apoyo social instrumental	-,204	,182	-,109	-1,122	,264	-,564	
Búsqueda apoyo soc. emocional.	,247	,172	,141	1,441	,152	-,093	

9. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

9.1. Discusión.

Tras la proliferación de las investigaciones iniciales que centraban el objeto de estudio en la personalidad del artrítico y en síntomas ansiosos-depresivos, parece que el campo de la AR recibe menos atención desde un enfoque biopsicosocial, en nuestro país, que el que reciben otros trastornos como puede ser la fibromialgia. En nuestra decisión de preferir centrar la investigación sobre pacientes con AR primó la posibilidad de estudiar la relación de variables psicosociales en una enfermedad con marcadores biológicos sólidos, como pueden ser los que ofrece la artritis reumatoide (presencia de sinovitis, factor reumatoide, erosiones y deterioro articular potencial, etc.). Además, a la AR le acompaña un amplio bagaje de investigaciones que evidencian que en el proceso de la enfermedad (tanto en el comienzo como en el curso de la misma) se produce la interferencia de variables psicológicas que pueden influir tanto positiva como negativamente.

En este capítulo detallaremos los resultados en función de la confirmación o no de las hipótesis planteadas en el estudio, relacionándolos con los resultados de investigaciones previas en este campo.

Nuestros resultados implican confirmación total de las hipótesis 1 y 6. Confirmaciones parciales de las hipótesis 2, 3, 4, 5, 7, 9, 12, 13 y 15. Y rechazo de las hipótesis 8, 10, 11 y 14.

- ***Respecto a las hipótesis que hacen referencia a las diferencias entre los dos grupos de pacientes (AR y comparación):***

Efectivamente, los resultados confirman que la **capacidad funcional** del grupo AR está más deteriorada y el dolor percibido es mayor que el del grupo de comparación. En cuanto a la capacidad funcional, el resultado era esperable puesto que en los criterios de exclusión para los pacientes del grupo de comparación, era requisito indispensable no tener ninguna patología que limitara su capacidad funcional, bien fuera debida a trastorno musculoesquelético, neurológico o secundaria a traumatismos (temporales o permanentes). No obstante, el planteamiento de las diferencias era necesario debido a la mayor proporción de mujeres que hay entre los participantes, junto con los rangos de edad, ya que no era descartable que hubiera personas con ligeras limitaciones debido a la edad, como de hecho ocurre (las puntuaciones en el HAQ oscilan entre 0 y ,7 en el grupo de comparación), así como porque todos los pacientes del estudio del grupo AR se encuentran en tratamiento médico especializado, y es esperable que tengan una capacidad funcional relativamente preservada. La media de la incapacidad de los pacientes AR de este estudio es ,37 (el rango de nuestras puntuaciones oscila entre 0 y 1,55), indicando que la capacidad funcional general es muy buena y que no hay ningún paciente con graves limitaciones. Teniendo en cuenta la media de años de evolución de la enfermedad, que es superior a 10, y que el deterioro funcional progresa a medida que avanza la enfermedad, parece evidente que estos pacientes responden bastante bien a los tratamientos farmacológicos, en relación a no hace tantos años, ya que el progreso incapacitante de la enfermedad parece estar bastante más controlado. Pese a todo ello, la capacidad funcional de los pacientes AR está más deteriorada que en los pacientes de comparación, lo que indica que esta enfermedad, sigue afectando al desempeño en las

actividades de la vida cotidiana de los pacientes, que puede redundar en malestar emocional y mayores fuentes de estrés. Nuestros resultados van en la línea de las investigaciones EPISER en nuestro país o estudios como el de Picchianti-Diamanti et al. (2010) que resaltan que existen diferencias en capacidad funcional entre pacientes AR comparados con pacientes sin patología que afecte a la capacidad funcional.

En cuanto al **dolor percibido**, es importante resaltar, que al contrario que en el caso de la incapacidad, en el grupo de comparación era requisito indispensable haber tenido algún dolor, de cualquier tipo, localización e intensidad (salvo criterios de exclusión) durante el último mes. Pese a considerar que todas las personas padecemos algún tipo de dolor con relativa frecuencia, para asegurarnos el recuerdo de las estrategias que utilizan cuando les duele algo, consideramos imprescindible acotar en el tiempo la última experiencia dolorosa. De hecho, el rango de puntuaciones en el grupo AR oscila entre 0 y 10, mientras que en el grupo comparación oscila entre 1 y 10 (por criterios de inclusión). A pesar de no haber restringido los criterios del grupo de comparación a no padecer ninguna enfermedad que curse con dolor crónico, sólo se han restringido enfermedades musculoesqueléticas, neurológicas con afectación motora y cáncer, lo que implica que en el grupo comparación puede haber personas con migrañas u otro tipo de dolor crónico, los pacientes con AR de este estudio muestran diferencias significativas en dolor percibido, respecto al grupo de comparación, siendo mayor el dolor percibido en el grupo AR. Aunque la media de dolor es moderada, en torno a 5 (en escala de 0 a 10), es un dolor considerable como para plantearse que puede generar malestar e interferencia en la vida de los pacientes, haciéndose necesario mecanismos para manejarlo de la forma que genere el menor impacto. Al igual que la discapacidad, va en la línea de todos los estudios que se han mencionado a lo largo de parte teórica,

que inciden en la presencia del dolor, pese a los tratamientos médicos, en los pacientes con AR.

Respecto al **apoyo social percibido**, no se confirma la hipótesis de diferencias en el grado de satisfacción con el apoyo social en función del grupo, mostrando ambos tipos de pacientes una satisfacción general muy buena, así como, que tampoco la red social referida a familiares es mayor en el grupo AR. Se confirma que el tamaño de la red social o la disponibilidad percibida del grupo AR es menor que la del grupo de comparación, tanto en lo referido a personas familiares como a no familiares. Las mayores correlaciones existentes entre número total de personas disponibles y número total de familiares, indican que la composición de la red está principalmente compuesta por familiares directos y políticos en el grupo AR. La disponibilidad percibida del grupo comparación es mayor.

Debido a las características de la enfermedad, que puede influir negativamente en la vida social de los pacientes, nos habíamos planteado que tendrían una red social más pequeña, pero que tendrían más familiares disponibles, que el grupo comparación, puesto que los familiares son las personas de más fácil acceso aunque se limiten las actividades. Que tengan una red social más pequeña que personas sin esta enfermedad, podría ser un problema en un futuro, por la tendencia que tienen a depender en mayor medida que otras personas de terceros, y eso se facilita cuando las redes son más grandes. No obstante, el grado de satisfacción con el apoyo percibido no difiere en ambos grupos, lo que implica que el menor tamaño de la red no impacta negativamente en la satisfacción con el mismo, en este estudio.

De hecho, varios autores investigando el apoyo social en pacientes de artritis reumatoide y en otras patologías, han encontrado resultados parecidos, es decir, que la

satisfacción con el apoyo social era mucho mayor que lo que esperaban y que no había diferencias con grupos control de comparación (eg., Minnock et al., 2003; Bermas, Tucker, Winkelman y Katz, 2001).

En cuanto a las **diferencias de género**, lo primero a considerar en estos resultados es la baja proporción de hombres (n=45), en relación a mujeres (n=185), de entre todos los participantes (n=230). La proporción desigual en el género es equivalente a la proporción hombres/mujeres con AR (en población clínica), en el grupo comparación (25%), mientras que en el grupo control es algo inferior (13,6%). No obstante, el número de hombres es suficiente para hacer los análisis estadísticos.

Coherente tanto con investigaciones previas, como la de Chatters et al. (2008), Niu et al. (2011), Kristofferzon et al. (2011), entre otras, como con aspectos culturales en nuestra sociedad, las mujeres tienen mayores puntuaciones en las estrategias, tanto de afrontamiento al estrés como al dolor, referentes tanto a búsqueda de apoyo social emocional como al uso de la religión. La estrategia desconexión mental y el dolor percibo también son más elevados entre las mujeres. Esto también encajaría con cuestiones culturales o de rol. En cuanto a desconexión mental (desconectarse psicológicamente del objetivo con el que el estresor está interfiriendo mediante ensoñaciones, sueño o autodistracción), tradicionalmente se ha asociado a las mujeres estas respuestas más fantasiosas y evitativas, junto con mayor necesidad social, mientras que el pragmatismo asociado al papel cultural de hombre, apunta a que su estilo de afrontamiento es más centrado en el problema que en la emoción, coherente con este resultado. Sin embargo, no se observa el efecto contrario, es decir, que los hombres puntúen más alto en aquellas estrategias más activas. De hecho, si observamos los gráficos, sólo se ven puntuaciones ligeramente mayores sin significación estadística, en

la estrategia de planificación, esto nos hace pensar que si aumentaran los hombres en la muestra, es posible que sí encontráramos diferencias en esta estrategia centrada en el problema, pero, probablemente, no en el resto. Resultados similares son los de aquellos estudios que concluyen que las mujeres usan más recursos de afrontamiento que los hombres (Englbrecht et al., 2012), o también podrían indicar, que los hombres se ven algo más afectados que las mujeres cuando padecen este tipo de enfermedades crónicas. En general, teniendo en cuenta las diferencias estadísticas y las no diferencias en el resto, se podría considerar que las mujeres utilizan más estrategias de afrontamiento que los hombres, coherente con los resultados de otros estudios que sugieren que es posible que la mujer se vea más influenciada por el impacto de la enfermedad y tenga que recurrir a mayores recursos de afrontamiento, o bien, en base a aquellas que resaltan que los hombres se ven más afectados emocionalmente con la AR y tengan más restringido el repertorio de estrategias de afrontamiento (Tillmann et al., 2013).

El dolor percibido, también mayor en el grupo de mujeres, puede ser debido a factores relacionados con la enfermedad, biológicos independientes a la enfermedad (como efectos postmenopáusicos, mayor tendencia a retención de líquidos que agrave la inflamación, mayor comorbilidad, etc.), en la línea de la literatura existente, que señala que calidad de vida de las mujeres es peor que la de los hombres, siendo el dolor uno de los principales factores que deteriora este constructo (Ballina, 2014); aunque también podría ser debido a cuestiones culturales, ya que algunos estudios han puesto de manifiesto la tendencia masculina a minimizar la incapacidad y el malestar asociado a la enfermedad.

Por último, en estas diferencias de género, los resultados obtenidos en las mujeres podrían responder a lo que lo sugieren los resultados de otras investigaciones, que encuentran asociación entre mayor dolor percibido, con la consiguiente sensación de

baja controlabilidad del dolor, y búsqueda de apoyo social emocional (Cho, Zunin, Chao, Heiby y McKoy, 2012), así como, con los que resaltan que las personas que recurren más a la búsqueda de apoyo instrumental o informacional son las que tienen mayor malestar físico.

Los resultados acerca de las **estrategias de afrontamiento al estrés** (COPE) y las **estrategias de afrontamiento al dolor** (CAD), nos ofrecen confirmación parcial de todas las hipótesis planteadas.

Antes de continuar detallando los resultados del estudio, es importante recalcar que tanto el CAD como el COPE, consideran todas las estrategias que miden como activas, ya que son consideradas esfuerzos que hacen los sujetos para manejar las fuentes de dolor y estrés respectivamente, actuando de alguna forma sobre el estresor. El CAD se considera basado en estrategias centradas en la emoción, ya que no buscan solucionar el dolor directamente, sino manejarlo para reducir su impacto, a excepción de búsqueda de ayuda social instrumental, principalmente informacional, que parece más orientada al problema. Nosotros hemos considerado como más adaptativas, en base a la literatura y a nuestros conocimientos en el terreno clínico, *distracción*, *autoafirmación* y *búsqueda de apoyo social instrumental/informacional*, debido a que *distracción* implica no focalizar en el dolor y continuar con otras actividades pese al malestar, *autoafirmación* implica pensamientos positivos esperanzadores y poco catastrofistas, y *búsqueda de apoyo social instrumental* porque implica contacto social con intención de resolver el problema. Como estrategias al dolor poco adaptativas, hemos considerado *búsqueda de apoyo social emocional*, porque puede favorecer incrementar la parte emocional negativa con la compasión o la minimización por parte de terceros, *autocontrol mental*, precisamente por focalizar en la fuente de dolor, localización e

intensidad, aunque con la finalidad de reducirlo, pero dirigiendo selectivamente la atención a la zona dolorosa (puede que esta estrategia sea más eficaz en dolor agudo), y la *religión*, esta última en base a parte de la literatura más que a una creencia por nuestra parte, que no tenemos claro que no sea adaptativa en función de cómo se interprete.

En el COPE, que tampoco incluye ninguna estrategia pasiva, podemos considerar estrategias que son más adaptativas unas que otras. Aunque todas ellas puedan tener su utilidad, en un momento determinado, nosotros hemos considerado como adaptativas, para nuestra investigación, *afrentamiento activo*, que implica pensar directamente en cómo hacer frente al estresor, *planificación*, que implica organizar el afrontamiento activo, *búsqueda de apoyo instrumental*, que implica consejo y orientación de terceras personas para ver cómo resolver el problema, *búsqueda de apoyo social emocional*, que implica buscar el afecto y comprensión de alguien, *supresión de actividades distractoras*, que implica centrar todos los esfuerzos en solucionar el problema sin permitir interferencias, *reinterpretación positiva y crecimiento personal*, que significa revalorar el estresor de forma positiva aprendiendo de la experiencia, *aceptación*, que significa vivir la fuente de estrés de forma coherente integrándola biográficamente, y *humor*, que implica saber aceptar buen ánimo, desdramatizando la situación. Como estrategias poco adaptativas se incluye la *religión*, por el mismo motivo que en dolor, *demora del afrontamiento*, porque aunque la definición original implica no actuar de forma impulsiva, los ítems que la componen son muy ambiguos, *centrase en las emociones y desahogarse*, por resaltar la parte de descontrol negativo de la emoción, *negación*, por su incapacidad resolutive al negar el estresor, *desconexión mental*, por evadirse mentalmente del problema haciendo imposible que se solucione y *desconexión conductual*, por desvincularse del estresor dirigiendo los esfuerzos hacia actividades no relacionadas con el problema.

En cuanto al **uso global** de estrategias de afrontamiento al estrés y al dolor, los dos grupos difieren entre sí en el uso total de estrategias de afrontamiento al estrés, confirmando la hipótesis planteada. El grupo de comparación utiliza mayor repertorio de estrategias que el grupo AR. Aunque los pacientes con AR, sólo por el hecho de la enfermedad, ya conviven con un estresor crónico potencial, nuestra hipótesis fue planteada en base a los estudios que recalcan que, entre los pacientes con enfermedades crónicas como esta, se produce un efecto a largo plazo de pérdida de recursos de afrontamiento (Dirik y Karanci, 2010). Nuestra investigación confirma este resultado, que puede indicar problemas potenciales a los pacientes, ya que, aunque la AR esté controlada, implica cambios en las dinámicas personales, familiares y laborales, que sin una buena base de recursos pueden llegar a generar malestar emocional.

En relación a las estrategias de afrontamiento al dolor, no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en su uso global. Este resultado es sorprendente considerando la mayor presencia de dolor en el grupo AR. En esta investigación sólo evaluamos afrontamiento al dolor desde el punto de vista psicológico, con estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, excepto búsqueda de ayuda instrumental/informacional que se considera orientada al problema. Es muy probable que estos pacientes utilicen principalmente fármacos, reposo o calor para combatir el dolor artrítico, junto con mayor frecuencia de la estrategia de autoafirmación que es la única que utiliza en mayor medida este colectivo. Como hemos visto a lo largo de otros capítulos, es probable que estos pacientes pudieran beneficiarse de un repertorio mayor de estrategias de afrontamiento al dolor centradas en aspectos psicológicos, como demuestran los estudios respecto a los beneficios de estrategias como la distracción, la

autoafirmación, etc. (Ersek et al., 2006; Jamison y Edwards, 2012) que deberían ser más utilizadas en pacientes con enfermedades que cursen con dolor crónico.

Si tenemos en cuenta que no existen diferencias entre ambos grupos en el uso total de estrategias de afrontamiento al dolor, entonces podemos concluir que el único punto de diferencia entre ambos la estrategia de Autoafirmación (darse ánimos), presente en mayor medida en el grupo AR, mientras que la estrategia de Autocontrol mental (esfuerzos cognitivos por intentar reducir el dolor mentalmente), está más presente en el grupo de comparación, este último resultado, podría ir en la línea de lo sugerido anteriormente, pudiendo indicar que esta estrategia puede ser más apropiada para el dolor agudo. No habiendo diferencias en el resto de estrategias, no podemos hablar de patrón diferencial propiamente dicho.

Estos resultados también pueden deberse a que la media del dolor no es excesiva, que podría indicar que no sienten la necesidad de aumentar el repertorio de estrategias de afrontamiento en comparación al otro grupo. Sería interesante valorar el estudio de casos de aquellos pacientes con mayor dolor y compararlos diferencialmente con el resto de pacientes. No obstante, con un dolor de media de aproximadamente 5, podemos plantearnos que la intensidad es considerable.

Las **estrategias adaptativas versus desadaptativas** que planteábamos en las hipótesis, indican que existen diferencias en algunas estrategias de afrontamiento, al estrés y al dolor, siendo el grupo de comparación el que tiene las puntuaciones más altas en casi todas ellas.

Respecto a las *estrategias adaptativas* planteadas, el grupo de comparación utiliza más las estrategias de afrontamiento al estrés de afrontamiento activo, planificación, búsqueda de apoyo social tanto instrumental como emocional,

reinterpretación positiva y crecimiento personal, y humor. Por su parte, el grupo AR sólo utiliza más la estrategia de afrontamiento al dolor de autoafirmación, que ha demostrado, según la literatura, tener un carácter adaptativo (Jamison y Edwards, 2012). Supresión de actividades distractoras, aceptación, distracción y búsqueda de apoyo social instrumental en dolor, son utilizadas en igual medida por ambos grupos. Estos resultados indican que los pacientes del grupo comparación tienen un patrón de afrontamiento al estrés más activo que el grupo de AR, mientras que el grupo con AR utiliza más la autoafirmación en el afrontamiento al dolor.

Respecto a las *estrategias poco adaptativas* planteadas, existen menos diferencias entre ambos grupos, siendo mayor la frecuencia de utilización en el grupo de comparación de la estrategia de afrontamiento al estrés centrarse en las emociones y la estrategia de afrontamiento al dolor de autocontrol mental, mientras que en grupo AR es más frecuente la estrategia religión como afrontamiento al estrés. Demora del afrontamiento, negación, desconexión mental, religión con estrategia al dolor y búsqueda de apoyo emocional en dolor, no muestran diferencias significativas entre ambos grupos.

Considerando los resultados en su conjunto, el grupo de comparación utiliza más estrategias adaptativas que el grupo AR, especialmente en relación con estrés, aunque es importante considerar que, en el grupo AR, el dolor podría ser su estresor principal, en base a las relaciones existentes entre ambas pruebas.

Estos resultados también podrían interpretarse como plantean otros autores, que sugieren que las estrategias más activas de afrontamiento al estrés podrían no ser válidas en contextos de enfermedad crónica, donde la situación por definición es irresoluble (Soriano y Monsalve, 2002). No obstante, el grupo AR en ese sentido, y considerando este mecanismo de elección diferencial de estrategias centradas en la emoción como

algo adaptativo, debería mostrar mayores puntuaciones que el grupo comparación en aquellas estrategias activas dirigidas a la emoción como aceptación, reinterpretación positiva, humor, búsqueda de apoyo social emocional e instrumental (tanto al dolor como al estrés) o distracción. En este estudio, no se observa ese cambio de elección de recurso, ya que en esas estrategias, o bien no muestran diferencias con el grupo de comparación, o incluso muestran puntuaciones más bajas. Estos resultados, parecen indicar más bien, que entre nuestros participantes AR, existe un patrón ligeramente deficitario en el uso de estrategias de afrontamiento. Hubiera sido interesante completar con medidas generales de calidad de vida percibida, que incluyen malestar psicológico, para determinar si existía algún impacto de los estilos de afrontamiento en el bienestar emocional de los pacientes con AR.

En cuanto a las **relaciones entre las estrategias de afrontamiento al estrés y al dolor**, existe un patrón diferencial entre ambos grupos en función de los resultados.

Por un lado, existe mayor número de correlaciones en grupo AR, y, por otro, en las coincidentes, las correlaciones son más potentes entre el CAD y COPE en el grupo de pacientes con AR, que en el grupo de comparación. En el grupo AR se observan 34 correlaciones significativas entre los factores de ambas pruebas, mientras que en el grupo de comparación se observan 25. De entre las relaciones coincidentes en ambos grupos, en el grupo AR son mayores las relaciones entre religión CAD y COPE, distracción (CAD) y desconexión mental (COPE), y entre autoafirmación (CAD) y afrontamiento activo (COPE), mientras que exclusivamente la relación entre búsqueda de apoyo emocional (CAD) y búsqueda de apoyo instrumental (COPE) es superior en el grupo de comparación.

Estos resultados son coincidentes con aquellos autores que afirman que las relaciones entre afrontamiento al estrés y afrontamiento al dolor sólo muestran mucha correlación cuando el principal estresor del sujeto es el dolor (Soriano y Monsalve, 2002). Podríamos decir, entonces, que entre nuestros pacientes con AR el dolor podría ser su estresor principal, resultado incoherente con el hecho de que utilicen, por un lado, menos estrategias de afrontamiento al estrés, y por otro, el mismo número de estrategias para el dolor que pacientes con bastante menor intensidad en dolor percibido. Por otro lado, que los pacientes AR respondan con patrones de respuesta similares a dos cuestionarios, que claramente miden variables diferentes, podría indicarnos también, que, o bien usan el mismo tipo de estrategias con independencia del estresor, o que al considerar el dolor como la fuente principal de preocupación, no estén atendiendo a otras situaciones conflictivas o estresantes que requieran intervención por su parte para resolverlas, manteniendo así mayores fuentes de malestar.

Como puede observarse en la tabla 46, si atendemos a las correlaciones, podemos observar un patrón de relaciones diferenciales. Las relaciones entre las estrategias de afrontamiento al dolor, en el grupo AR, correlacionan más con estrategias poco adaptativas como negación, desconexión mental, centrarse en las emociones y desconexión conductual. La estrategia de afrontamiento al estrés, supresión de actividades distractoras, que también muestra relación con estrategias de afrontamiento al dolor en este grupo, aunque, como afrontamiento activo suele estar considerada como adaptativa, ya que la persona atiende selectivamente a la fuente de estrés para reducirla, en el caso concreto del dolor o del dolor crónico, centrarse exclusivamente en él probablemente no sea lo más adaptativo, puesto que focalizar la atención de forma selectiva en el dolor, suele aumentar la percepción de su intensidad.

En el grupo de comparación, por el contrario, en las relaciones diferenciales, se observa mayor asociación entre las estrategias de afrontamiento al dolor y estrategias de afrontamiento al estrés más adaptativas, como aceptación, afrontamiento activo, planificación, reinterpretación positiva y crecimiento personal, y búsqueda de apoyo social instrumental.

Tabla 46. Correlaciones Diferenciales CAD y COPE en función del grupo

	GRUPO AR	GRUPO COMPARACIÓN
RELIGIÓN CAD	<ul style="list-style-type: none"> - B.A.S. Emocional COPE - Negación COPE - Desconexión conductual COPE 	
B.A.S. EMOCIONAL CAD		- Afrontamiento activo COPE
DISTRACCIÓN CAD	<ul style="list-style-type: none"> - Planificación COPE - B.A.S. Emocional COPE - Centrarse en las emociones COPE - Humor COPE 	<ul style="list-style-type: none"> - B.A.S. Instrumental COPE - Aceptación
AUTOCONTROL MENTAL CAD	<ul style="list-style-type: none"> - B.A.S. Emocional COPE - Negación COPE - Desconexión mental COPE - Humor COPE 	<ul style="list-style-type: none"> - Afrontamiento activo COPE - Planificación COPE -Supresión actividades distractoras COPE
AUTOAFIRMACIÓN CAD	<ul style="list-style-type: none"> - B.A.S. Instrumental COPE - Supresión actividades distractoras COPE - Reinterpretación positiva y crecimiento personal COPE - Centrarse en las emociones COPE - Desconexión mental COPE - Humor COPE 	<ul style="list-style-type: none"> - Religión COPE -Aceptación COPE
B.A.S. INSTRUMENTAL CAD	<ul style="list-style-type: none"> - Religión COPE - Centrarse en las emociones COPE 	<ul style="list-style-type: none"> - Planificación COPE - Reinterpretación positiva y crecimiento personal COPE

Podríamos concluir, por tanto, que, en nuestro estudio, en las relaciones entre estrategias de afrontamiento al estrés y al dolor, los pacientes con AR muestran un patrón diferencial en cuanto a utilización de recursos contra el estrés, menor que en el grupo de comparación, mayor relación entre ambas variables, indicando que el dolor podría ser su

estresor principal, no utilizando más recursos que el grupo de comparación para reducirlo, junto con un patrón más generalizado de respuestas relacionadas con estrategias menos adaptativas.

Por último, nos gustaría hacer mención al papel de la estrategia de afrontamiento al estrés y al dolor de **religión**. Parece no existir suficiente investigación concluyente como para determinar si el uso de la religión como estrategia de afrontamiento resulta o no beneficioso para los pacientes diagnosticados de artritis reumatoide, en gran parte debido a que la religión puede considerarse desde una perspectiva positiva y desde otra negativa, como hemos mencionado en la parte teórica, y los cuestionarios generales no discriminan la implicación real de este constructo. De lo que sí que hay evidencias, es de su uso común como estrategia por este tipo de pacientes, y en mayor medida entre las mujeres.

En nuestra investigación, se confirma que es más utilizada entre las mujeres que entre los hombres, pero, lo más significativo, es que parece comportarse de forma diferente en función de si es utilizada como estrategia de afrontamiento al estrés, o lo es ante el dolor. Como estrategia de afrontamiento al dolor, no hay diferencias entre ambos grupos en la frecuencia de utilización, mientras que como estrategia de afrontamiento al estrés, es el grupo de pacientes con AR el que la utiliza en mayor proporción. Estos resultados podrían indicar que en dolor, recurrir a la religión, pudiera considerarse una estrategia más adaptativa o “normalizada”, probablemente debido a que el dolor es una variable sólo relativamente controlable, mientras que en estrés, su uso no es tan generalizado, probablemente debido a que se considere menos resolutiva que intentar actuar directamente sobre el estresor.

- ***Respecto a las hipótesis que hacen referencia a las relaciones existentes entre las variables analizadas dentro del grupo AR:***

El **apoyo social percibido**, tanto referente a la satisfacción como a disponibilidad percibida, la edad y los años de evolución de la enfermedad no se relacionan significativamente ni con la incapacidad funcional ni con el dolor percibido de los pacientes con AR. En este estudio, no se ha podido demostrar ni el efecto directo ni moderador del apoyo social en ninguna de las variables dependientes.

Estos resultados del apoyo son coherentes con los de otros estudios, como el de Doeglas et al. (2004) y Strating et al. (2006), y probablemente sea debido a que la mayoría de los pacientes muestra unos niveles de satisfacción elevados con el apoyo social. Estos resultados, a nivel clínico, son alentadores puesto que nos lleva a plantearnos que el hecho de tener una enfermedad no es motivo suficiente como para no poder disponer de apoyo social satisfactorio. Es probable, además, que para encontrar este tipo de efectos se requieran estudios longitudinales como el de Costa y Pinto (2013), Gåfvels et al. (2012, 2014), etc.

Otro punto importante a considerar, respecto al apoyo social, es que puesto que la participación en la investigación es voluntaria, sería lógico considerar que los resultados obtenidos provienen de personas con un repertorio de conductas más saludable, incluido, muy probablemente, la relación social. Esta posible fuente de error afecta a ambos grupos por igual y podría explicar, en parte, los elevados niveles de satisfacción con el apoyo social generalizados en los dos tipos de pacientes. A este respecto, Reisine, Fifield y Winkelman (2000) evaluaron a los pacientes con artritis reumatoide para precisar las características de los sujetos con mayor permanencia en las investigaciones y concluyeron que la mayor permanencia es la de los pacientes con mayor nivel

educativo, mujeres, con niveles de apoyo social de moderados a altos, menor deterioro físico y con trabajo. Sería interesante hacer estudios de los casos concretos con bajos niveles de satisfacción con el apoyo social, en el grupo AR, para establecer su influencia en la incapacidad funcional y el dolor percibido de esos pacientes.

En consonancia con aquellos estudios que no encuentran relaciones sólidas y unívocas entre marcadores biológicos de la enfermedad como el índice de actividad de la enfermedad DAS28 (eg., Kojimaa et al., 2009), o variables como la **edad y los años de evolución de la AR** (Rezvani et al., 2014), nosotros tampoco hemos encontrado relación de estas dos últimas variables con la incapacidad y el dolor percibido. Aunque muchos estudios indican que el dolor disminuye con el tiempo y la discapacidad aumenta, en nuestra investigación hemos encontrado mínimas correlaciones positivas con edad tanto en dolor ($r = ,05$) como en discapacidad ($r = ,16$), pero estas no fueron significativas. Así mismo, los años de evolución de la AR mostraron pequeñas relaciones positivas con incapacidad ($r = ,11$) y negativas con dolor percibido ($r = -,04$), pero, una vez más, estas tampoco fueron significativas. Estos resultados podrían indicar que en los pacientes que se encuentran en adecuado tratamiento médico, otras variables podrían ser las responsables de explicar la incapacidad funcional y el dolor percibido, aunque no podemos olvidar que el relativamente pequeño tamaño de la muestra no puede ofrecer datos lo suficientemente generalizables. Estos resultados son contradictorios con muchas investigaciones ya mencionadas anteriormente, como la de Baruth et al. (2013), donde la discapacidad evaluada a través del HAQ, sí estaba relacionada con la edad y los años de evolución de la enfermedad, aunque en su caso, la población de pacientes no era exclusiva de AR. Y van en la línea del estudio de Benka et al. (2012), que no encontraron diferencias significativas en dolor e incapacidad a lo

largo de los 4 años de la investigación con pacientes AR. Al igual que en la investigación de Turner et al. (2000), en pacientes con dolor crónico, donde encontraron que la edad, el género y la intensidad del dolor sólo explicaban el 8% de la discapacidad. Posibles explicaciones de nuestros resultados podrían ser la edad relativamente joven de los participantes, que nos hemos asegurado la no comorbilidad con otras enfermedades discapacitantes, que todos se encuentran en tratamiento médico especializado, probablemente con FAMES, o a que la capacidad funcional de nuestros pacientes AR esté tan preservada. En comparación a otros estudios internacionales, nuestros resultados pueden ser diferentes debido a que en otros países el acceso a los recursos sanitarios y a la medicación no es tan accesible y económicamente viable como el nuestro. Probablemente los pacientes españoles AR muestren un progreso en la enfermedad menos discapacitante debido al adecuado tratamiento médico, que los pacientes de otras investigaciones con mayores dificultades de acceso a servicios sanitarios o gasto económico excesivo de los fármacos (eg., Brekke et al., 1999; Ide et al., 2011; Martin et al., 2012).

Respecto a los marcadores biológicos, en esta investigación aquí presentada, no se han tomado en consideración por no estar presentes en todos los pacientes. Esta investigación sigue en curso, con nuevos pacientes y con los pacientes de los que se disponen los datos de variables relacionadas con la enfermedad, como el índice de actividad de la enfermedad (DAS28), el factor reumatoide (positivo o negativo), la presencia o ausencia de deterioro articular y el tipo de tratamiento (FAME biológico, FAME sintético, combinación de ambos o sin tratamiento FAME). Aunque las investigaciones sugieren que hay dudosa relación entre los marcadores objetivos y la percepción de los pacientes, resaltando la importancia de las medidas reportadas por los pacientes (Sanderson y Kirwan, 2009) en contraposición a variables más clínicas, nos

resulta interesante comprobar el papel que juegan en las relaciones con la incapacidad y el dolor percibido, sobre todo para ofrecer datos en población española. Nuestro interés como psicólogos es, sin duda, identificar las variables psicológicas que más influyan tanto positiva como negativamente en la condición médica, pero sin olvidar, que en el curso y pronóstico de estas enfermedades existen muchas variables implicadas, entre ellas las directamente relacionadas con la enfermedad. Cuantas más variables consideremos, más sólidos serán nuestros resultados. Además, en este caso concreto, al paciente no le supone un esfuerzo adicional, algo importante a considerar, puesto que la información es proporcionada por los reumatólogos.

En el grupo AR, algunas **estrategias de afrontamiento al estrés y al dolor** muestran relaciones significativas con la incapacidad funcional y el dolor percibido. En cuanto a las estrategias **adaptativas**, tanto al dolor como al estrés, para la incapacidad, se encuentra que mayores puntuaciones de incapacidad están relacionadas con mayores puntuaciones de búsqueda de ayuda social emocional como estrategia ante estrés, mientras que mayores puntuaciones en reinterpretación positiva y crecimiento personal están asociadas a menor incapacidad. En cuanto al dolor, mayor nivel de dolor percibido está relacionado con búsqueda de ayuda social instrumental como estrategia ante el dolor. Estos resultados podrían indicar que las personas con mayor incapacidad, y debido a ella, utilizan más la estrategia ante el estrés de búsqueda emocional y, con poca frecuencia la reinterpretación positiva o, que estas dos estrategias influyan en el deterioro funcional. Debido al carácter transversal del estudio, no se puede concretar la dirección de las relaciones.

En lo referente a las estrategias **desadaptativas**, tanto al dolor como al estrés, mayor frecuencia de utilización de las estrategias de búsqueda de apoyo emocional ante el dolor y desconexión conductual ante el estrés, se relacionan con mayor incapacidad; mientras que para el dolor, mayor utilización de las estrategias ante el estrés de centrarse en las emociones y desahogarse, junto con desconexión conductual, se relacionan con mayor intensidad del dolor percibido. Estos resultados podrían estar indicando que los pacientes con mayor dolor e incapacidad recurren en mayor medida a estrategias de afrontamiento poco resolutivas, muy entradas en la descarga emocional y en la evitación de la fuente de conflicto. O, por el contrario, que estas estrategias maladaptativas podrían influir en mayor intensidad del dolor o aumento de la discapacidad.

En conclusión, algunas estrategias consideradas como adaptativas y otras consideradas desadaptativas tienen relación directa con la incapacidad y con el dolor, pudiendo sugerir que los pacientes con AR con mayor deterioro funcional e intensidad del dolor son más proclives a utilizar este tipo de afrontamiento, o que estas estrategias de alguna manera pudieran influir en el malestar físico de los pacientes. Sólo la estrategia de reinterpretación positiva muestra relaciones negativas con incapacidad, no existiendo ninguna relación negativa con dolor, lo que implica que en nuestro estudio, ninguno de los recursos de afrontamiento evaluados se relaciona con menor intensidad del dolor percibido. Nos gustaría resaltar que, aunque la estrategia de desconexión conductual sea considerada activa por actuar de alguna medida sobre el estresor, nosotros además de considerarla poco adaptativa, consideramos que quizá encajaría más en el concepto de afrontamiento pasivo o evitativo, ya que la persona consciente o inconscientemente, pospone o evita enfrentarse al estresor mediante su implicación en

otra actividad o tarea. De ahí probablemente su relación tanto con mayor incapacidad como con mayor dolor percibido. En esta misma línea, Covic et al. (2002) encontraron que el afrontamiento pasivo se relacionaba con la incapacidad.

El bajo impacto de las estrategias adaptativas de afrontamiento al dolor, en el dolor percibido, podrían ser coherentes con los resultados de la investigación de Trudeau et al. (2015), en la que a pesar de que la intervención psicológica con pacientes artríticos (AR y artrosis), mejoró sus recursos, no se vio reflejado en la intensidad el dolor percibido de los pacientes, al igual que la de Davis et al. (2015), que tampoco encontró mejoras en la intensidad del dolor en los pacientes con AR a pesar de mejorar el afrontamiento con intervenciones.

La variabilidad de las puntuaciones de incapacidad y dolor muestra relación en función de algunas variables relevantes del estudio.

En relación a la incapacidad, el dolor percibido, la estrategia de afrontamiento al dolor búsqueda de ayuda social emocional, y la estrategia ante el estrés de desconexión conductual, explican el 28% de la variabilidad en las puntuaciones. Estos resultados indican que estas tres estrategias influyen de forma significativa en la discapacidad física de los pacientes. Aunque el porcentaje de varianza explicada no es excesivo, teniendo en cuenta todas las variables biológicas y no biológicas que influyen en este proceso de deterioro físico, este resultado es considerable, sobre todo, teniendo en cuenta que la edad y años de evolución de la enfermedad, las dos variables más objetivas consideradas, no resultan significativas en ninguno de los modelos propuestos. En relación al dolor percibido, la incapacidad y la estrategia de afrontamiento al dolor búsqueda de apoyo social instrumental explican el 19,7% del dolor percibido en el grupo AR.

Para confirmar la variabilidad diferencial en función de los grupos, realizamos análisis de regresión para incapacidad y dolor en el grupo de comparación. Para incapacidad la varianza explicada por grado de satisfacción con el apoyo social y dolor era del 19,6%, mientras que para dolor percibido, la incapacidad explicaba el 17,8% de la varianza.

Hay clara diferencia en la variabilidad de las puntuaciones de incapacidad y dolor percibido (variables dependientes) entre el grupo AR y el grupo de comparación. Ninguna estrategia de afrontamiento se muestra significativa en el grupo comparación, dolor explica discapacidad funcional y viceversa, con aportación del grado de satisfacción con el apoyo social para incapacidad, mientras que en el grupo AR, determinadas estrategias de afrontamiento influyen en las dos variables dependientes, pudiendo resaltar la importancia de las mismas para este colectivo de pacientes con AR.

A este respecto, Escalante y Rincón (1999) en su investigación cuyo objetivo era cuantificar la proporción de discapacidad en la artritis reumatoide era explicada por las manifestaciones de la enfermedad y por factores no directamente relacionados con ella, encontraron en los resultados de su ecuación de regresión, que el estado psicológico del paciente explicaba el 17% de la discapacidad.

El estudio con población española que más se asemeja a nuestra investigación es el realizado por Redondo, Miguel y Cano (2005) en el que exploran el papel que juegan las estrategias de afrontamiento en pacientes con artritis reumatoide (N=89). Ofrecen entre sus resultados una ecuación de regresión cuya variable dependiente es la discapacidad (medida mediante el cuestionario HAQ) y las independientes o predictoras las estrategias de afrontamiento (afrontamiento pasivo, evitativo, cognitivo dirigido a la situación, cognitivo dirigido a la emoción, motor dirigido a la situación y motor dirigido a la emoción). En sus resultados, para la discapacidad, las distintas formas de afrontamiento explican el 24% de este síntoma, siendo el afrontamiento pasivo y el

evitativo los que se muestran significativos en el modelo. Aunque en este caso la varianza explicada, comparativamente es mayor que la nuestra, en este estudio el rango de edad de los participantes es de 22 a 80 años, pudiendo influir la edad avanzada de muchos de ellos en estos resultados.

En la investigación de Nicassio et al. (2011) en la discapacidad de los pacientes AR el 50% de varianza era explicada por la actividad de la enfermedad percibida por los pacientes, la medicación y el afrontamiento como bloque (pasivo e impotencia). En comparación a nuestro estudio, este resultado bastante más elevado pueda deberse a la a que la medicación es considerada en el modelo.

Para finalizar, como **puntos fuertes de la investigación** podemos señalar que, aunque no valoremos directamente el estado mental de los sujetos, el hecho de estar o haber estado en tratamiento psiquiátrico en los últimos 12 meses, es un criterio de exclusión para los dos grupos de pacientes. De hecho, varios participantes han sido descartados por este motivo, y en varias investigaciones que hemos mencionado, uno de las limitaciones es no disponer de ningún dato sobre la salud mental previa de los sujetos antes del estudio. Por otro lado, la mayor parte de los estudios que tienen en consideración la salud mental de los participantes, se basan también en preguntas reportadas por los pacientes acerca de si están o no en tratamiento psiquiátrico, antecedentes de patología mental, etc.

Otra de las diferencias con muchos de los estudios mencionados, es que nuestra muestra está compuesta tanto por mujeres como por hombres. La proporción desigual ya viene marcada por la propia enfermedad, cuya proporción mujeres/hombres es 3 a 1 respectivamente, y aunque entre nuestros participantes la proporción es inferior a la de

la población clínica en el grupo AR, el número de hombres ha sido suficiente como para establecer respuestas diferenciales en función del género, aunque estas sean menos generalizables. Consideramos oportuno incluir hombres en la muestra, aún conscientes de su menor proporción, debido al escaso conocimiento que hay entre la población masculina con AR (Flurey et al., 2015).

El diagnóstico de AR en los participantes de nuestro estudio está realizado por reumatólogos, basado en criterios clínicos. Varios estudios, principalmente los que cuentan con mayor número de participantes, están basados en información exclusiva de los pacientes, sin contraste médico. Aunque las medidas de reporte de los pacientes en los diagnósticos suelen coincidir con las de los profesionales, en el caso concreto de la artritis, que puede ser reumatoide o de otros tipos (psoriásica, etc.), junto con la confusión de muchos pacientes entre artritis y artrosis, hace que puedan existir más sesgos en la información. En nuestro caso, tenemos garantizado el diagnóstico de AR. Este requisito de colaboración con servicios de reumatología, junto con asegurarnos que no hay entre la muestra ningún paciente con artritis de otras características, disminuye el tamaño de los participantes, pero nos garantiza que estamos evaluando al colectivo deseado.

En esta misma línea, y otro punto diferencial con otras investigaciones, es que muchas analizan simultáneamente pacientes de AR y de artrosis, sin diferenciar entre ambos tipos de pacientes en los resultados. Las dos enfermedades tienen síntomas coincidentes, pero también características diferenciales, que deberían tenerse en cuenta, puesto que no son dos colectivos equivalentes. El tipo de dolor de la AR, la autoinmunidad y el tipo de inflamación, que son tres de las características que nos han hecho decantarnos por esta enfermedad, por su relación biológica con variables

psicológicas, o no existen o son muy diferentes en la artrosis, al igual que la edad de aparición, mucho más tardía en artrosis también.

Continuando con la edad, y siendo conscientes de que estábamos limitando los participantes, hemos decidido optar por un rango de edad entre 30 y 66. Personas menores de 30 años, actualmente en nuestra sociedad, todavía pueden encontrarse en periodo madurativo en cuanto a personalidad, bastantes personas con menos de 30 años, siguen estudiando, no se han independizado, ni formado familia, etc. Para excluir perfiles menos maduros, en contraposición a la mayor parte de los participantes más mayores, aunque la mayor parte de las investigaciones incluyen pacientes a partir de 18 años, nosotros hemos considerado que no serían poblaciones equivalentes en cuanto a estructura mental. En nuestro caso, el rango superior de edad es hasta 65 años (incluidos). Esta elección la hemos hecho fundamentalmente por dos motivos, el primero, es que queríamos que toda la muestra pudiera estar en edad de trabajo potencial (ligeramente aumentado en la actualidad), debido a que variables analizadas como el apoyo social, pueden verse negativamente influidas por la jubilación, y segundo, porque a partir de 65 años puede haber problemas relacionados con la edad, tanto a nivel cognitivo como físico. Muchas investigaciones en AR incluyen pacientes hasta de 80 años y más, y desde los 18-20 años. Ese rango de edad tan amplio, hace que los pacientes sean difícilmente comparables o con muchos sesgos en la interpretación de los resultados, debido a que los procesos físicos y mentales entre los participantes son totalmente diferentes en función de edades tan extremas. Son pocos los estudios que acoten un rango de edad tan específico como el nuestro, y los que lo hacen, generalmente mezclan pacientes de mediana y avanzada edad.

La inclusión de un grupo de comparación sin patología mental, oncológica, musculoesquelética, neurológica o con limitación en la capacidad funcional (aunque sea

transitoria por traumatismos), consideramos que es una correcta elección para los controles. Un grupo de comparación con “controles sanos”, implica dificultades en la elección de los participantes, que pueden atentar contra la validez del estudio. Nosotros hemos reclutado al grupo de comparación en los mismos centros médicos del grupo control, para que tuvieran características sociodemográficas parecidas, asegurándonos de no incluir ningún paciente con criterios de exclusión. En este sentido, no difieren mucho de los considerados “controles sanos” tradicionalmente, ya que dentro de esos grupos hay personas con patologías menores, al igual que en nuestro grupo de comparación. Muchas investigaciones en AR no tienen ningún grupo de comparación, y otras muchas comparan a los pacientes AR con pacientes con otras enfermedades. Comparar con otras patologías implica otra finalidad diferente a la de nuestro estudio, de hecho, ese tipo de investigaciones irían en la línea del estudio en enfermedad crónica, que buscan respuestas diferenciales entre distintos tipos de pacientes, partiendo de la base de que su respuesta es diferente a la de la población general.

Incluir pacientes tanto de la Sanidad pública como privada es otra cuestión diferencial que puede favorecer obtener más representatividad del colectivo de pacientes AR de nuestro país.

En población española, actualmente existen muy pocas publicaciones con pacientes con AR en relación a variables psicológicas, y, las que existen se centran principalmente en sintomatología ansioso-depresiva o pensamientos negativos. Es importante considerar que la validez cultural de las investigaciones no es universalmente válida (Sanderson et al., 2012), y que resulta necesario, por tanto, realizar investigaciones específicas en las diferentes culturas. En nuestro caso, consideramos bastantes variables como el apoyo social, el afrontamiento al estrés y el afrontamiento al dolor. De hecho, esto último también es diferencial, ya que los estudios

habitualmente evalúan o afrontamiento al estrés o afrontamiento al dolor. En nuestro caso, estábamos interesados en observar los patrones diferenciales, o no, de respuestas al estrés en general, y al dolor en particular. Partiendo de la base de que todas las personas tenemos estrés y dolor, en mayor o menor medida, nuestro interés era comprobar los estilos de afrontamiento en una patología como la AR, con estrés añadido derivado de la propia enfermedad, junto con el dolor crónico como otro estresor específico, para comparar las respuestas diferenciales, por lado al estrés y al dolor en el grupo AR, y por otro, con un grupo de comparación. De esta forma, hemos podido observar con más claridad las asociaciones entre tipos de estresores, junto con la tendencia de ambos grupos para estas dos variables.

9.2. Validez del estudio y limitaciones de la investigación. Líneas de investigación futuras.

La primera limitación de esta investigación es la inherente a la **metodología de los estudios observacionales** en personas. El estudio conjunto de todas las variables implicadas en los procesos humanos resultaría imposible, lo que hace necesario limitar las investigaciones a un número limitado de variables. En función de los objetivos del estudio, se eligen unas variables, en detrimento de otras que se podrían considerar para explicar con más rigor los resultados. Concretamente en nuestro caso, para esta investigación no evaluamos ni variables médicas objetivas relacionadas con la enfermedad AR, ni calidad de vida relacionada con la salud.

El volumen de pruebas a las que tenían que responder los participantes ya es razonablemente considerable, por ello, no consideramos oportuno complementar con más protocolos que, aunque seguro nos hubieran aportado información importante, hubieran ido en claro detrimento de la tasa de respuesta, que, de hecho, ya se ha visto

influenciada por el protocolo aplicado que algunos pacientes consideraban excesivo. Aunque la calidad de vida percibida tiene un componente de actividad y limitación física, para medir la discapacidad funcional se ha optado por el HAQ, que es un instrumento específico para AR, de uso rutinario como hemos expuesto en la revisión teórica, que al hacer referencia a actividades de la vida cotidiana es también aplicable a población general, y, por último, porque ofrece una medida, validada y utilizada en la práctica clínica, de capacidad funcional. El bienestar emocional, presente en cuestionarios generales de calidad de vida percibida, nos hubiera facilitado relacionar las estrategias de afrontamiento con el malestar emocional, pero, sin duda, para los objetivos de esta investigación, fue considerado secundario.

Existen escalas específicas de afrontamiento en artritis, que también fueron descartadas al ser excesivamente adaptadas a esta población, dificultando claramente su adecuación en el grupo de comparación. Aunque, por definición, el afrontamiento sea variable en función del estresor/contexto, las personas tendemos a tener unos estilos más o menos definidos. Las estrategias pueden variar en frecuencia, pero el repertorio es relativamente estable, esto significa que hay personas que, por sistema, no utilizan un tipo determinado de estrategias en favor de otras (eg., no recurrir a la religión o a la búsqueda de apoyo emocional, etc.). Nuestro interés estaba centrado en analizar las respuestas generales al estrés y al dolor, comparativamente entre los dos grupos, y no exclusivamente a lo referente al manejo de la enfermedad propiamente dicha. Partimos de la base de que los pacientes mantienen la tendencia con cierta independencia de los estresores, como de hecho hemos confirmado en parte con las relaciones diferenciales en ambos grupos en las respuestas estrés/dolor.

Otra de las limitaciones se refiere a los **instrumentos de evaluación**. Al basarse en información reportada por los pacientes, de forma consciente y voluntaria, implica

posibles sesgos en las respuestas. Esta posible fuente de error estaría presente por igual en ambos grupos. En el grupo de comparación, este estudio se basa sólo en la información de los sujetos y no se dispone de información obtenida de terceros, como, por ejemplo, médicos. Por el contrario, en el grupo de pacientes con AR, los profesionales responsables del seguimiento del paciente solicitan colaboración en función de los criterios de inclusión/exclusión y rellenan un pequeño cuestionario con datos objetivos de la enfermedad (Índice de actividad de la enfermedad, presencia o ausencia de deterioro articular, tipo de tratamiento y factor reumatoide positivo o negativo), que no se analiza en esta investigación por no estar presente en toda la muestra, dejándose para posteriores investigaciones, pero que garantiza el diagnóstico de artritis reumatoide en todos los participantes AR.

En cuanto a los instrumentos de medida se han intentado seleccionar aquellos que sus características de fiabilidad y validez parecían más seguras, que estaban traducidos al español y validados en muestra española (además de ser cuestionarios han sido utilizados en muestras de pacientes con artritis reumatoide o con dolor crónico y/o discapacidad física). El tiempo de aplicación de los mismos era de 45 minutos aproximadamente.

Los cuestionarios están estandarizados por lo que la aplicación ha sido igual para todos los sujetos, evitando fuentes de error a este respecto. Pueden existir problemas por falta de comprensión de los cuestionarios o de las instrucciones. Para ello se ha facilitado teléfono y mail de contacto tanto en las instrucciones, como en la carta de presentación y en el consentimiento informado, para facilitar la resolución de dudas. La edad de la muestra y el criterio de inclusión del español como lengua materna, habrá facilitado que no surgieran mucho este tipo de problemas. A aquellos sujetos que no han cumplimentado parte de los cuestionarios se les ha excluido de la investigación. Aunque

eliminar el registro es el procedimiento más drástico en el tratamiento de blancos cuando no hay mucha muestra, sería poco robusto y podría influir mucho en los resultados sustituir la puntuación por la media o la mediana principalmente en el HAQ y el SSQ-6.

Para las posibles limitaciones referidas a la **pérdida de sujetos**, tanto en el grupo comparación como en el grupo AR, los encargados de la entrega de los protocolos se han asegurado de transmitir la importancia de la investigación y la confidencialidad de los datos para tratar de superar esta limitación. No obstante, y pese a todo ello, la tasa de respuesta de protocolos completos ha sido aproximadamente del 60% en ambos grupos. Probablemente, personas con peores recursos psicológicos no hayan querido participar en el estudio, aunque esta limitación, de nuevo, afecta por igual a ambos grupos de pacientes.

Por otra parte, las limitaciones de los resultados estarán relacionadas con la **técnica de muestreo**, selección de los participantes y **tamaño de la muestra**. Los participantes de este estudio han dependido tanto de su colaboración voluntaria como la de los Hospitales y centros de salud que han accedido a participar. Desde los centros que participan en el estudio, los profesionales han solicitado la participación a todos los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión. No obstante, ha podido existir una pérdida de datos relevantes, especialmente en el grupo de pacientes con Artritis Reumatoide, con pacientes que no hayan querido participar, al igual que no todos los centros contactados han colaborado finalmente en esta investigación.

El tamaño de la muestra de nuestra investigación, en cuanto al número de participantes del grupo AR (n=110), es un tamaño modesto para la generalización de los resultados, aunque al tratarse de población clínica con una prevalencia en nuestro país

del ,5%, no resulta un tamaño tan pequeño. Muchas de las investigaciones mencionadas en la parte teórica cuentan con menos de 100 pacientes AR.

Los **diseños transversales**, como el presente, evitan los efectos de maduración e historia de los sujetos, pero impiden establecer direccionalidad en las relaciones encontradas en los resultados. La alternativa serían los estudios longitudinales, que es otra forma de abordaje de la repercusión de variables psicosociales en la artritis reumatoide, permitiendo analizar la capacidad predictiva de las variables analizadas.

Con todo lo expuesto anteriormente, se plantean **líneas de investigación futuras** para intentar precisar con mayor detalle y rigor científico las relaciones existentes entre apoyo social, estrategias de afrontamiento tanto al estrés como al dolor, y su repercusión en la capacidad funcional y dolor percibido en pacientes diagnosticados de artritis reumatoide.

Aumentar el tamaño de la muestra y conseguir colaboración de hospitales fuera de la Comunidad Autónoma de Madrid, sería importante para tener una representatividad mayor de pacientes con AR en población española. Con una población alrededor de 400 participantes con AR, de zonas urbanas y rurales de España, podríamos obtener conclusiones más generalizables de los pacientes con AR de nuestro país.

En cuanto a los cuestionarios utilizados, sería importante en investigaciones futuras reducir el tiempo de aplicación de los mismos para aumentar la colaboración de los pacientes. En caso de no poder reducirse el tiempo de aplicación, mantener un

máximo de duración de las pruebas de 45 minutos, y para complementar el protocolo con medidas referidas a la calidad de vida percibida, que incluyan bienestar emocional, debería usarse versiones reducidas tanto de afrontamiento al estrés como al dolor. Respecto al cuestionario de apoyo social percibido, esta investigación ya utiliza el cuestionario abreviado de apoyo social SSQ-6, que muestra cualidades psicométricas parecidas al original de 27 ítems, pero reduce de manera considerable el tiempo de aplicación. Aunque este cuestionario sea considerado más una medida de screenig del apoyo social (Sarason et al., 1987), para los objetivos de la investigación sería suficiente, ya que evalúa dos aspectos relevantes del constructo (disponibilidad percibida y satisfacción), y podría ser complementado con la medida de funcionamiento social de los cuestionarios de calidad de vida relacionada con la salud. Como ya hemos mencionado anteriormente, incluir una medida general de calidad de vida perciba sería muy importante para medir el impacto de las estrategias, el dolor y la incapacidad funcional, y determinar con mayor seguridad el carácter adaptativo de los recursos utilizados por los pacientes para reducir las fuentes de malestar. En cuanto al afrontamiento, completar medidas con afrontamiento flexible puede ser especialmente útil en este contexto de enfermedad médica.

La **finalidad** última de todos estos estudios es, evidentemente, mejorar la calidad de vida percibida de los pacientes con artritis reumatoide e intervenir en cualquier variable que pueda redundar en mejorías en el estado físico de los pacientes, esto es, en su capacidad funcional y en el dolor percibido, considerados, además, sus principales motivos de preocupación. Al tratarse de una enfermedad potencialmente discapacitante, con una variabilidad sintomatológica elevada, sin un correlato preciso entre mediciones fisiológicas/percepción de incapacidad del enfermo, y con un pronóstico incierto,

cualquier dato consistente que muestre relación con la evolución favorable/desfavorable de enfermedad debería ser considerado en el ámbito clínico, al igual que se consideran otras variables como el peso corporal, el tabaquismo y el sedentarismo, entre otras.

Poder aportar evidencias empíricas sobre aspectos concretos de los factores psicosociales, que puedan influir en la enfermedad, puede orientarnos para realizar programas de tratamiento específicos que fomenten las conductas saludables para este tipo concreto de pacientes. Como no podemos presuponer que las conductas saludables son universalmente válidas (como, por ejemplo, determinados encuentros sociales no son saludables para un paciente alcohólico, aunque las reuniones sociales per se sí se consideran conductas saludables), en el caso concreto de los pacientes AR, sería importante seguir investigando acerca de los beneficios del apoyo social, el manejo del estrés y del dolor, para poder llevar a cabo intervenciones eficaces en las que, probablemente, se debería fomentar la mejora en las relaciones familiares, la facilitación del entorno social mediante promoción de actividades en grupo saludables y las estrategias de afrontamiento al estrés/dolor adaptativas, específicas para este colectivo. Éste es, sin duda, un reto para el futuro.

9.3. Conclusiones.

- Aunque el dolor y ligeras limitaciones funcionales están presentes en muchas personas, los pacientes con artritis reumatoide presentan más dolor e incapacidad funcional, si los comparamos con pacientes sin artritis reumatoide.
- Los pacientes con artritis reumatoide, a pesar de convivir un estresor crónico, como es la enfermedad progresiva con sus fluctuaciones, utilizan menos repertorio de estrategias de afrontamiento al estrés que los pacientes sin artritis reumatoide.
- Aunque en los pacientes con artritis reumatoide el dolor es una variable casi constante a lo largo del progreso de la enfermedad, no utilizan más repertorio de estrategias de afrontamiento al dolor que los pacientes sin artritis reumatoide.
- Las estrategias de afrontamiento al estrés más adaptativas como afrontamiento activo, planificación, búsqueda de apoyo social instrumental y emocional, reinterpretación positiva y crecimiento personal, y humor son más frecuentemente utilizadas en pacientes sin artritis reumatoide, que en pacientes con artritis reumatoide.
- La religión como estrategia de afrontamiento al estrés es más frecuentemente utilizada por pacientes con artritis reumatoide, mientras que la religión como estrategia de afrontamiento al dolor es utilizada en la misma medida por ambos grupos.
- Los pacientes con artritis reumatoide muestran mayores relaciones entre las estrategias de afrontamiento al dolor y las estrategias de afrontamiento al estrés, pudiendo sugerir que el dolor es su principal fuente de estrés. En el grupo de pacientes sin artritis reumatoide, los patrones de afrontamiento al estrés y al dolor parecen estar más diferenciados.

- Los pacientes con artritis reumatoide y los pacientes sin artritis reumatoide, muestran niveles elevados de grado de satisfacción con el apoyo social, a pesar de que los pacientes con artritis reumatoide tienen redes de apoyo más reducidas, principalmente compuesta por familiares.
- En los dos grupos, existen patrones diferenciales de respuesta en función del género, tanto en dolor como en las estrategias de afrontamiento al estrés y al dolor. Todas las estrategias referidas a búsqueda de apoyo social emocional y religión, junto con dolor percibido y desconexión mental, son más frecuentes en mujeres que en hombres en nuestro estudio.
- En relación a los principales motivos de preocupación de los pacientes con artritis reumatoide, el apoyo social percibido, la edad de los sujetos y los años de evolución de la enfermedad, no muestran ninguna relación significativa con la incapacidad funcional y el dolor percibido en nuestro estudio.
- Entre pacientes con artritis reumatoide, algunas estrategias de afrontamiento al estrés y al dolor se relacionan tanto con la incapacidad funcional como con el dolor percibido.
- Existen variables psicológicas significativas que explican parte del dolor percibido y de la incapacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Abourazzak, F., El Mansouri, L., Huchet, D., Lozac'hmeur, R., Hajjaj-Hassouni, N., Ingels, A., ... & Perdriger, A. (2009). Long-term effects of therapeutic education for patients with rheumatoid arthritis. *Joint Bone Spine*, 76(6), 648-653.
- Abraído-Lanza, A. F., & Revenson, T. A. (1996). Coping and social support resources among Latinas with arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 9(6), 501-508.
- Affleck, G., Tennen, H., Keefe, F. J., Lefebvre, J. C., Kashikar-Zuck, S., Wright, K., ... & Caldwell, D. S. (1999). Everyday life with osteoarthritis or rheumatoid arthritis: independent effects of disease and gender on daily pain, mood, and coping. *Pain*, 83(3), 601-609.
- Affleck, G., Urrows, S., Tennen, H., & Higgins, P. (1992). Daily coping with pain from rheumatoid arthritis: Patterns and correlates. *Pain*, 51, 221-229. doi:10.1016/0304-3959(92)90263-B
- Ahlmén, M., Nordenskiöld, U., Archenholtz, B., Thyberg, I., Rönnqvist, R., Lindén, L., ... & Mannerkorpi, K. (2005). Rheumatology outcomes: the patient's perspective. A multicentre focus group interview study of Swedish rheumatoid arthritis patients. *Rheumatology*, 44(1), 105-110.
- Al Attia, H. M., & Al Abbasi, M. (2011). Sensing the main health concerns in patients with established rheumatoid arthritis. *Clinical rheumatology*, 30(11), 1511-1514.
- Alamanos, Y., Voulgari, P. V., & Drosos, A. A. (2006, December). Incidence and prevalence of rheumatoid arthritis, based on the 1987 American College of Rheumatology criteria: a systematic review. In *Seminars in arthritis and rheumatism* (Vol. 36, No. 3, pp. 182-188). WB Saunders.

- Albano, M. G., Giraudet-Le Quintrec, J. S., Crozet, C., & d'Ivernois, J. F. (2010). Characteristics and development of therapeutic patient education in rheumatoid arthritis: analysis of the 2003–2008 literature. *Joint Bone Spine*, 77(5), 405-410.
- Alfaro, N., Lázaro, P., Gabriele, G., Garcia-Vicuna, R., Jover, J. Á., & Sevilla, J. (2013). Percepciones, actitudes y vivencias de los familiares de pacientes con enfermedades músculo-esqueléticas: una aproximación cualitativa. *Reumatología Clínica*, 9(6), 334-339.
- Alperi, M. (2014). Artritis reumatoide precoz y artritis indiferenciada. En SER., & Rúa-Figueroa, I. (2014). *Manual SER de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas*. Elsevier Health Sciences Spain.
- Alperi, M., Balsa, A., Chamizo, E., García, M. L., Graña, J., & Ortiz, A. M. (2015). Aspectos generales de la artritis reumatoide de reciente comienzo. En Balsa, A. (2015). *Libro Blanco de la artritis reumatoide precoz en España*. Abbvie.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-5*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Anderson, K. O., Bradley, L. A., Young, L. D., McDaniel, L. K., & Wise, C. M. (1985). Rheumatoid arthritis: review of psychological factors related to etiology, effects, and treatment. *Psychological bulletin*, 98(2), 358.
- Apkarian, A. V., Baliki, M. N., & Geha, P. Y. (2009). Towards a theory of chronic pain. *Progress in neurobiology*, 87(2), 81-97.
- Åsenlöf, P., Denison, E., & Lindberg, P. (2005). Individually Tailored Treatment Targeting Activity, Motor Behavior, and Cognition Reduces Pain-Related Disability: A Randomized Controlled Trial in Patients With Musculoskeletal Pain. *The journal of pain*, 6(9), 588-603.

- Assari, S. (2014). Chronic medical conditions and major depressive disorder: differential role of positive religious coping among African Americans, Caribbean Blacks and Non-Hispanic Whites. *International journal of preventive medicine*, 5(4), 405-413.
- Astin, J. A., Beckner, W., Soeken, K., Hochberg, M. C., & Berman, B. (2002). Psychological interventions for rheumatoid arthritis: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis care & research*, 47(3), 291-302.
- Backman, C. L. (2006). Psychosocial aspects in the management of arthritis pain. *Arthritis Res Ther*, 8, 221-228.
- Baldacchino, D., Torskenaes, K., Kalfoss, M., Borg, J., Tonna, A., Debattista, C., ... & Mifsud, R. (2013). Spiritual coping in rehabilitation—a comparative study: part 2. *British Journal of Nursing*, 22(7), 402-408.
- Ballina, F. J. (2014). Manifestaciones clínicas y complicaciones de la artritis reumatoide establecida. En SER., & Rúa-Figueroa, I. (2014). *Manual SER de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas*. Elsevier Health Sciences Spain.
- Balsa, A. (2014). Tratamiento de la artritis reumatoide. En SER., & Rúa-Figueroa, I. (2014). *Manual SER de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas*. Elsevier Health Sciences Spain.
- Barden, N. (2004). Implication of the hypothalamic–pituitary–adrenal axis in the pathophysiology of depression. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 29(3), 185-193.
- Barlow, J. H., Cullen, L. A., & Rowe, I. F. (1999). Comparison of knowledge and psychological well-being between patients with a short disease duration (≤ 1 year) and patients with more established rheumatoid arthritis (≥ 10 years duration). *Patient education and counseling*, 38(3), 195-203.

- Barlow, J. H., Cullen, L. A., & Rowe, I. F. (2002). Educational preferences, psychological well-being and self-efficacy among people with rheumatoid arthritis. *Patient education and counseling*, 46(1), 11-19.
- Barlow, J. H., & Wright, C. C. (1998). Knowledge in patients with rheumatoid arthritis: a longer term follow-up of a randomized controlled study of patient education leaflets. *Rheumatology*, 37(4), 373-376.
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14(2), 237-243.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos aplicaciones*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Barsky, A. J., Ahern, D. K., Orav, E. J., Nestoriuc, Y., Liang, M. H., Berman, I. T., ... & Wilk, K. G. (2010, December). A randomized trial of three psychosocial treatments for the symptoms of rheumatoid arthritis. In *Seminars in arthritis and rheumatism* (Vol. 40, No. 3, pp. 222-232). WB Saunders.
- Baruth, M., Wilcox, S., Schoffman, D. E., & Becofsky, K. (2013). Factors associated with disability in a sample of adults with arthritis. *Disability and health journal*, 6(4), 377-384.
- Batlle, E.; Esteve-Vives, J.; Reig, A. (1991). Los cuestionarios de salud en la evaluación de la artritis reumatoide. *Revista Española de Reumatología*, 18, 247-253.
- Batlle, E.; Esteve-Vives, J.; Reig, A.; Alonso-Caballero, J. (1991). Adaptación transcultural de un cuestionario de salud. *Revista Española de Reumatología*, 18, 254-257.
- Batlle, E.; Martínez, A.; Pascual, E. (2000). Artritis reumatoide: Actividad y desenlace. *Rheuma*, 5, 21-34.
- Benedetti, F., Lanotte, M., Lopiano, L., & Colloca, L. (2007). When words are painful: unraveling the mechanisms of the nocebo effect. *Neuroscience*, 147(2), 260-271.

- Benka, J., Nagyova, I., Rosenberger, J., Calfova, A., Macejova, Z., Lazurova, I., ... & Groothoff, J. W. (2014). Social support as a moderator of functional disability's effect on depressive feelings in early rheumatoid arthritis: A four-year prospective study. *Rehabilitation psychology, 59*(1), 19-26.
- Benka, J.; Nagyova, I.; Rosenberger, J.; Calfova, A.; Macejova, Z.; Middel, B.; ... Groothoff, J. W. (2012). Social support and psychological distress in rheumatoid arthritis: a four-year prospective study. *Disability & Rehabilitation, 34*, 754-761.
- Benka, J., Nagyova, I., Rosenberger, J., Macejova, Z., Lazurova, I., Van der Klink, J., ... & Van Dijk, J. (2014). Is coping self-efficacy related to psychological distress in early and established rheumatoid arthritis patients?. *Journal of developmental and physical disabilities, 26*(3), 285-297.
- Berenbaum, F., Chauvin, P., Hudry, C., Mathoret-Philibert, F., Poussiere, M., De Chalus, T., ... & Saraux, A. (2014). Fears and Beliefs in Rheumatoid Arthritis and Spondyloarthritis: A Qualitative Study. *PloS one, 9*(12), e114350.
- Bermas, B. L., Tucker, J. S., Winkelman, D. K., & Katz, J. N. (2000). Marital satisfaction in couples with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research, 13*(3), 149-155.
- Bisschop, M. I., Kriegsman, D. M., Beekman, A. T., & Deeg, D. J. (2004). Chronic diseases and depression: the modifying role of psychosocial resources. *Social science & medicine, 59*(4), 721-733.
- Blalock, S. J., Vellis, B. M. D., DeVellis, R. F., & Sauter, S. V. H. (1988). Self-evaluation processes and adjustment to rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism, 31*(10), 1245-1251.
- Boscolo, P., Youinou, P., Theoharides, T. C., Cerulli, G., & Conti, P. (2008). Environmental and occupational stress and autoimmunity. *Autoimmunity reviews, 7*(4), 340-343.

- Botero, P. A. (2013). Discapacidad y estilos de afrontamiento: Una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 3(2), 196-214.
- Bradley, L. A., Young, L. D., Anderson, K. O., Turner, R. A., Agudelo, C. A., Mcdaniel, L. K., ... & Morgan, T. M. (1987). Effects of psychological therapy on pain behavior of rheumatoid arthritis patients. Treatment outcome and six-month follow up. *Arthritis & Rheumatism*, 30(10), 1105-1114.
- Brandtstädter, J., & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and aging*, 5(1), 58-67.
- Brekke, M., Hjortdahl, P., Thelle, D. S., & Kvien, T. K. (1999). Disease activity and severity in patients with rheumatoid arthritis: relations to socioeconomic inequality. *Social Science & Medicine*, 48(12), 1743-1750.
- Bugajska, J., Brzosko, M., Jędryka-Góral, A., Głuszko, P., Żołnierczyk-Zreda, D., Sagan, A., ... & Rihl, M. (2010). Psychological stress in rheumatoid arthritis patients: a comparative Polish– German study: summary of the current conceptualization of the role of stress in rheumatoid arthritis. *Autoimmunity reviews*, 9(4), 211-215.
- Buitinga, L., Braakman-Jansen, L. M., Taal, E., & Van De Laar, M. A. (2012). Worst-case future scenarios of patients with rheumatoid arthritis: a cross-sectional study. *Rheumatology*, 51(11), 2027-2033.
- Campayo, J. G., & Rodero, B. (2009). Aspectos cognitivos y afectivos del dolor. *Reumatología clínica*, 5, 9-11.
- Campbell, R. C. J., Batley, M., Hammond, A., Ibrahim, F., Kingsley, G., & Scott, D. L. (2012). The impact of disease activity, pain, disability and treatments on fatigue in established rheumatoid arthritis. *Clinical rheumatology*, 31(4), 717-722.

- Carlisle, A., John, A. M., Fife-Schaw, C., & Lloyd, M. (2005). The self-regulatory model in women with rheumatoid arthritis: Relationships between illness representations, coping strategies, and illness outcome. *British journal of health psychology, 10*(4), 571-587.
- Carmona, L., Ballina, J., Gabriel, R., & Laffon, A. (2001). The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Annals of the rheumatic diseases, 60*(11), 1040-1045.
- Carmona, L., Villaverde, V., Hernández-García, C., Ballina, J., Gabriel, R., Laffon, A., & EPISER Study Group. (2002). The prevalence of rheumatoid arthritis in the general population of Spain. *Rheumatology, 41*(1), 88-95.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology, 56*(2), 267-283.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology, 104*, 107-123.
- Chapin, M. H. (2009). Book Review: Martz, E., & Livneh, H. (Eds.).(2007). Coping With Chronic Illness and Disability: Theoretical, Empirical, and Clinical Aspects. New York: Springer. 430 pp., *Rehabilitation Counseling Bulletin, 52*(4), 259-259.
- Chatters, L. M., Taylor, R. J., Jackson, J. S., & Lincoln, K. D. (2008). Religious coping among African Americans, Caribbean Blacks and Non-Hispanic Whites. *Journal of community psychology, 36*(3), 371-386.
- Chico, A., Carballar, L., Estévez, M., García-Viniegras, C. R. V., & Pernas, A. (2012). Factores que influyen en el bienestar psicológico de pacientes con artritis reumatoide. *Revista Cubana de medicina, 51*(1), 48-60.

- Cho, S. K., Kim, D., Jun, J. B., Bae, S. C., & Sung, Y. K. (2013). Factors influencing quality of life (QOL) for Korean patients with rheumatoid arthritis (RA). *Rheumatology international*, *33*(1), 93-102.
- Cho, S., Zunin, I. D., Chao, P. J., Heiby, E. M., & McKoy, J. (2012). Effects of pain controllability and discrepancy in social support on depressed mood among patients with chronic pain. *International journal of behavioral medicine*, *19*(3), 270-279.
- Chorus, A. M. J., Miedema, H. S., Boonen, A., & Van Der Linden, S. J. (2003). Quality of life and work in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis of working age. *Annals of the Rheumatic Diseases*, *62*(12), 1178-1184.
- Clemmey, P. A., & Nicassio, P. M. (1997). Illness self-schemas in depressed and nondepressed rheumatoid arthritis patients. *Journal of Behavioral Medicine*, *20*(3), 273-290.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, *38*, 300-314.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American psychologist*, *59*(8), 3-25.
- Cohen, S., & Syme, S. (1985). *Social support and health*. Nueva York: Academic Press.
- Conner, T. S., Tennen, H., Zautra, A. J., Affleck, G., Armeli, S., & Fifeield, J. (2006). Coping with rheumatoid arthritis pain in daily life: within-person analyses reveal hidden vulnerability for the formerly depressed. *Pain*, *126*(1), 198-209.
- Coombs, R. H. (1991). Marital status and personal well-being: A literature review. *Family relations*, *40*(1), 97-102.
- Costa, J., & Pinto, J. (2013). A new approach to explain the link between social support and depression in a 2-year arthritis rheumatoid sample. Is there any moderation

effect of acceptance?. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(1), 65-82.

Coty, M. B., & Wallston, K. A. (2010). Problematic social support, family functioning, and subjective well-being in women with rheumatoid arthritis. *Women & health*, 50(1), 53-70.

Coty, M. B., & Wallston, K. A. (2008). Roles and well-being among healthy women and women with rheumatoid arthritis. *Journal of advanced nursing*, 63(2), 189-198.

Covic, T., Adamson, B., & Hough, M. (2000). The impact of passive coping on rheumatoid arthritis pain. *Rheumatology*, 39(9), 1027-1030.

Covic, T., Cumming, S. R., Pallant, J. F., Manolios, N., Emery, P., Conaghan, P. G., & Tennant, A. (2012). Depression and anxiety in patients with rheumatoid arthritis: prevalence rates based on a comparison of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) and the hospital, Anxiety and Depression Scale (HADS). *BMC psychiatry*, 12(1), 6.

Crespo, M.; Cruzado, J. A. (1997). La evaluación del afrontamiento: Adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 797-830.

Cuatrecasas, G. (2009). Estrés y dolor crónico: una perspectiva endocrinológica. *Reumatología Clínica*, 5, 12-14.

Curtis, R., Groarke, A., Coughlan, R., & Gsel, A. (2005). Psychological stress as a predictor of psychological adjustment and health status in patients with rheumatoid arthritis. *Patient education and counseling*, 59(2), 192-198.

Curtis, R., Groarke, A., Coughlan, R., & Gsel, A. (2004). The influence of disease severity, perceived stress, social support and coping in patients with chronic illness: a 1 year follow up. *Psychology, health & medicine*, 9(4), 456-475.

- Cutrona, C. E., & Russell, D. W. (1990). *Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching*. In: Sarason BR, Sarason IG, Pierce GR (eds), *Social Support: An Interactional View*. New York: Wiley and Sons, 1990; 319–366.
- Davis, M. C., Zautra, A. J., Wolf, L. D., Tennen, H., & Yeung, E. W. (2015). Mindfulness and cognitive–behavioral interventions for chronic pain: Differential effects on daily pain reactivity and stress reactivity. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(1), 24-35.
- Davis, M. C., Zautra, A. J., Younger, J., Motivala, S. J., Attrep, J., & Irwin, M. R. (2008). Chronic stress and regulation of cellular markers of inflammation in rheumatoid arthritis: implications for fatigue. *Brain, behavior, and immunity*, 22(1), 24-32.
- De Brouwer, S. J., Kraaimaat, F. W., Sweep, F. C. G. J., Donders, R. T., Eijsbouts, A., van Koulil, S., ... & Evers, A. W. (2011). Psychophysiological responses to stress after stress management training in patients with rheumatoid arthritis. *PLoS One*, 6(12), e27432.
- De Jong, Z., Munneke, M., Zwinderman, A. H., Kroon, H. M., Jansen, A., Runday, K. H., ... & Hazes, J. M. (2003). Is a long-term high-intensity exercise program effective and safe in patients with rheumatoid arthritis?: Results of a randomized controlled trial. *Arthritis & Rheumatism*, 48(9), 2415-2424.
- Dean, A., & Lin, N. (1977). The stress-buffering role of social support: Problems and prospects for systematic investigation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 165(6), 403-417.
- Delgado, L. C., Bravo, I., Hidalgo, A., Vila, J., & del Paso, G. R. (2012). Efecto diferencial de una intervención breve basada en la conciencia plena (mindfulness) y valores en las dimensiones del dolor crónico en espondilitis y artritis. *Psicología Conductual*, 20(3), 681-697.

- Dethlefsen, T., Danlke, R. (1989). *La enfermedad como camino*. Barcelona: Plaza y Janés.
- Deus, J. (2009). ¿ Se puede ver el dolor?. *Reumatología Clínica*, 5(5), 228-232.
- Dickens, C., Jackson, J., Tomenson, B., & Creed, F. (2003). Association of depression and rheumatoid arthritis. *Psychosomatics*, 44(3), 209-215.
- Dickens, C., McGowan, L., Clark-Carter, D., & Creed, F. (2002). Depression in rheumatoid arthritis: a systematic review of the literature with meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 64(1), 52-60.
- Dirik, G., & Karanci, A. N. (2010). Psychological distress in rheumatoid arthritis patients: an evaluation within the conservation of resources theory. *Psychology and Health*, 25(5), 617-632.
- Dissanayake, R. K., & Bertouch, J. V. (2010). Psychosocial interventions as adjunct therapy for patients with rheumatoid arthritis: a systematic review. *International journal of rheumatic diseases*, 13(4), 324-334.
- Dixon, K. E., Keefe, F. J., Scipio, C. D., Perri, L. M., & Abernethy, A. P. (2007). Psychological interventions for arthritis pain management in adults: a meta-analysis. *Health Psychology*, 26(3), 241-250.
- Doeglas, D. M., Suurmeijer, T. P., Van den Heuvel, W. J. A., Krol, B., Van Rijswijk, M. H., Van Leeuwen, M. A., & Sanderman, R. (2004). Functional ability, social support, and depression in rheumatoid arthritis. *Quality of Life Research*, 13(6), 1053-1065.
- Drossaers-Bakker, K. W., Zwinderman, A. H., Vlieland, T. P. M., Van Zeben, D., Vos, K., Breedveld, F. C., & Hazes, J. M. W. (2002). Long-term outcome in rheumatoid arthritis: A simple algorithm of baseline parameters can predict

radiographic damage, disability, and disease course at 12-year follow up. *Arthritis Care & Research*, 47(4), 383-390.

Edwards, R. R., Giles, J., Bingham, C. O., Campbell, C., Haythornthwaite, J. A., & Bathon, J. (2010). Moderators of the negative effects of catastrophizing in arthritis. *Pain Medicine*, 11(4), 591-599.

El Mansoury, T. M., Taal, E., Abdel-Nasser, A. M., Riemsma, R. P., Mahfouz, R., Mahmoud, J. A., ... & Rasker, J. J. (2008). Loneliness among women with rheumatoid arthritis: a cross-cultural study in the Netherlands and Egypt. *Clinical rheumatology*, 27(9), 1109-1118.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.

Englbrecht, M., Gossec, L., DeLongis, A., Scholte-Voshaar, M., Sokka, T., Kvien, T. K., & Schett, G. (2012, February). The impact of coping strategies on mental and physical well-being in patients with rheumatoid arthritis. In *Seminars in arthritis and rheumatism*, 41(4), 545–555. doi:10.1016/j.semarthrit.2011.07.009.

Englbrecht, M., Kruckow, M., Araujo, E., Rech, J., & Schett, G. (2013, April). The Interaction of Physical Function and Emotional Well-being in Rheumatoid Arthritis—What is the Impact on Disease Activity and Coping?. In *Seminars in arthritis and rheumatism* (Vol. 42, No. 5, pp. 482-491). WB Saunders.

Ersek, M., Turner, J. A., & Kemp, C. A. (2006). Use of the chronic pain coping inventory to assess older adults' pain coping strategies. *The Journal of Pain*, 7(11), 833-842.

Escalante, A., & Del Rincón, I. (1999). How much disability in rheumatoid arthritis is explained by rheumatoid arthritis?. *Arthritis & Rheumatism*, 42(8), 1712-1721.

- Esteve-Vives, J., Batlle E. & Reig, A. (1991). Adaptación del Health Assessment Questionnaire (HAQ) a la población española. *Revista Española de Reumatología*, 18, 258-262.
- Evers, A. W. M., Kraaimaat, F. W., Geenen, R., & Bijlsma, J. W. J. (1997). Determinants of psychological distress and its course in the first year after diagnosis in rheumatoid arthritis patients. *Journal of behavioral medicine*, 20(5), 489-504.
- Evers, A. W., Kraaimaat, F. W., Geenen, R., Jacobs, J. W. G., & Bijlsma, J. W. J. (2003a). Pain coping and social support as predictors of long-term functional disability and pain in early rheumatoid arthritis. *Behavioral Research Therapy*, 41(11), 1295–1310.
- Evers, A. W., Kraaimaat, F. W., Geenen, R., Jacobs, J. W., & Bijlsma, J. W. (2003b). Stress–vulnerability factors as long-term predictors of disease activity in early rheumatoid arthritis. *Journal of psychosomatic research*, 55(4), 293-302.
- Evers, A. W., Kraaimaat, F. W., van Lankveld, W., Jongen, P. J., Jacobs, J. W., & Bijlsma, J. W. (2001). Beyond unfavorable thinking: the illness cognition questionnaire for chronic diseases. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(6), 1026-1036.
- Evers, A. W., Kraaimaat, F. W., van Riel, P. L., & de Jong, A. J. (2002). Tailored cognitive-behavioral therapy in early rheumatoid arthritis for patients at risk: a randomized controlled trial. *Pain*, 100(1), 141-153.
- Fallatah, F., & Edge, D. S. (2015). Social support needs of families: the context of rheumatoid arthritis. *Applied Nursing Research*, 28(2), 180-185.
- Felton, B. J., & Revenson, T. A. (1984). Coping with chronic illness: a study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 52(3), 343-353.

- Felton, B. J., Revenson, T. A., & Hinrichsen, G. A. (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Social Science & Medicine*, 18(10), 889-898.
- Felton, B. J., & Shinn, M. (1992). Social integration and social support: Moving “social support” beyond the individual level. *Journal of Community Psychology*, 20(2), 103-115.
- Fernández, R. (1994). *Evaluación Conductual Hoy: un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Fernández, L., Aramburu, C., & Ruescas, A. (2001). *Enfermedades del aparato locomotor y patología reumática (I)*. Vigo: Fundación de estudios y formación sanitaria.
- Ferrari, R., & Russell, A. S. (2010). Correlations between coping styles and symptom expectation for rheumatoid arthritis. *Clinical rheumatology*, 29(12), 1445-1448.
- Fitzpatrick, R., Newman, S., Archer, R., & Shipley, M. (1991). Social support, disability and depression: A longitudinal study of rheumatoid arthritis. *Social Science & Medicine*, 33(5), 605-611.
- Flor, H., & Turk, D. C. (1988). Chronic back pain and rheumatoid arthritis: predicting pain and disability from cognitive variables. *Journal of behavioral medicine*, 11(3), 251-265.
- Flurey, C. A., Hewlett, S., Rodham, K., White, A., Noddings, R., & Kirwan, J. (2015). Men, rheumatoid arthritis, psychosocial impact and self-management: A narrative review. *Journal of health psychology*, 1359105315572452.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual review of psychology*, 55, 745-774.

- Forhan, M., & Backman, C. (2010). Exploring occupational balance in adults with rheumatoid arthritis. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 30(3), 133-141.
- Freeman, K., Hammond, A., & Lincoln, N. B. (2002). Use of cognitive-behavioural arthritis education programmes in newly diagnosed rheumatoid arthritis. *Clinical Rehabilitation*, 16(8), 828-836.
- Fries, J. F., Spitz, P., Kraines, R. G., & Holman, H. R. (1980). Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 23(2), 137-145.
- Fries, J. F., Spitz, P. W., & Young, D. Y. (1982). The dimensions of health outcomes: the health assessment questionnaire, disability and pain scales. *The Journal of rheumatology*, 9(5), 789-793.
- Gåfvels, C., Hägerström, M., Nordmark, B., & Wändell, P. E. (2012). Psychosocial problems among newly diagnosed rheumatoid arthritis patients. *Clinical rheumatology*, 31(3), 521-529.
- Gåfvels, C., Hägerström, M., Nordmark, B., & Wändell, P. (2014). What predicts negative effects of rheumatoid arthritis? A follow-up two years after diagnosis. *SpringerPlus*, 3(1), 118.
- García, A., Richardson, M., Popa-Lisseanu, M. G., Cox, V., Kallen, M. A., Janssen, N., ... & Suarez, M. E. (2008). Treatment adherence in patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. *Clinical rheumatology*, 27(7), 883-889.
- Geisser, M. E., Robinson, M. E., & Riley, J. L. (2000, February). Pain beliefs, coping, and adjustment to chronic pain: let's focus more on the negative. In *Pain Forum* (Vol. 8, No. 4, pp. 161-168). Churchill Livingstone.

- Geisser, M. E., & Roth, R. S. (1998). Knowledge of and agreement with chronic pain diagnosis: relation to affective distress, pain beliefs and coping, pain intensity, and disability. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 8(1), 73-88.
- Germond, S., Schomer, H. H., Meyers, O. L., & Weight, L. (1993). Pain management in rheumatoid arthritis: a cognitive-behavioural intervention. *South African Journal of Psychology*, 23(1), 1-9.
- Gerrits, M. M., van Oppen, P., Leone, S. S., van Marwijk, H. W., van der Horst, H. E., & Penninx, B. W. (2014). Pain, not chronic disease, is associated with the recurrence of depressive and anxiety disorders. *BMC psychiatry*, 14(1), 187-195.
- Gibney, S. M., & Drexhage, H. A. (2013). Evidence for a dysregulated immune system in the etiology of psychiatric disorders. *Journal of Neuroimmune Pharmacology*, 8(4), 900-920.
- Gignac, M. A., Backman, C. L., Kaptein, S., Lacaille, D., Beaton, D. E., Hofstetter, C., & Badley, E. M. (2011). Tension at the borders: perceptions of role overload, conflict, strain and facilitation in work, family and health roles among employed individuals with arthritis. *Rheumatology*, 258-266. doi:10.1093/rheumatology/ker317
- Gignac, M. A., Lacaille, D., Beaton, D. E., Backman, C. L., Cao, X., & Badley, E. M. (2014). Striking a balance: work-health-personal life conflict in women and men with arthritis and its association with work outcomes. *Journal of occupational rehabilitation*, 24(3), 573-584.
- Gignac, M. A., Sutton, D., & Badley, E. M. (2007). Arthritis symptoms, the work environment, and the future: measuring perceived job strain among employed persons with arthritis. *Arthritis Care & Research*, 57(5), 738-747.
- Glaser, R., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2005). Stress-induced immune dysfunction: implications for health. *Nature Reviews Immunology*, 5(3), 243-251.

- Goldenberg, D. L. (2010, August). The interface of pain and mood disturbances in the rheumatic diseases. In *Seminars in arthritis and rheumatism* (Vol. 40, No. 1, pp. 15-31). WB Saunders.
- Goldenberg, D. L., Clauw, D. J., & Fitzcharles, M. A. (2011, December). New concepts in pain research and pain management of the rheumatic diseases. In *Seminars in arthritis and rheumatism* (Vol. 41, No. 3, pp. 319-334). WB Saunders.
- Golightly, Y. M., Allen, K. D., Stechuchak, K. M., Coffman, C. J., & Keefe, F. J. (2015). Associations of coping strategies with diary based pain variables among Caucasian and African American patients with osteoarthritis. *International journal of behavioral medicine*, 22(1), 101-108.
- Gong, G., Li, J., Li, X., & Mao, J. (2013). Pain experiences and self-management strategies among middle-aged and older adults with arthritis. *Journal of clinical nursing*, 22(13-14), 1857-1869.
- Goodin, B. R., & Bulls, H. W. (2013). Optimism and the experience of pain: benefits of seeing the glass as half full. *Current pain and headache reports*, 17(5), 1-9.
- Gossec, L., Dougados, M., Rincheval, N., Balanescu, A., Boumpas, D. T., Canadello, S., ... & Kvien, T. K. (2009). Elaboration of the preliminary Rheumatoid Arthritis Impact of Disease (RAID) score: a EULAR initiative. *Annals of the rheumatic diseases*, 68(11), 1680-1685.
- Gossec, L., Paternotte, S., Aanerud, G. J., Balanescu, A., Boumpas, D. T., Carmona, L., ... & Kvien, T. K. (2011). Finalization and validation of the rheumatoid arthritis impact of disease score, a patient-derived composite measure of impact of rheumatoid arthritis: a EULAR initiative. *Annals of the rheumatic diseases*, 70(6), 935-942.
- Goulia, P., Voulgari, P. V., Tsifetaki, N., Andreoulakis, E., Drosos, A. A., Carvalho, A. F., & Hyphantis, T. (2015). Sense of coherence and self-sacrificing defense style

as predictors of psychological distress and quality of life in rheumatoid arthritis: a 5-year prospective study. *Rheumatology international*, 35(4), 691-700.

Graves, H., Scott, D. L., Lempp, H., & Weinman, J. (2009). Illness beliefs predict disability in rheumatoid arthritis. *Journal of psychosomatic research*, 67(5), 417-423.

Groarke, A., Curtis, R., Coughlan, R., & Gsel, A. (2005). The impact of illness representations and disease activity on adjustment in women with rheumatoid arthritis: A longitudinal study. *Psychology & health*, 20(5), 597-613.

Grønning, K., Lomundal, B., Koksvik, H. S., & Steinsbekk, A. (2011). Coping with arthritis is experienced as a dynamic balancing process. A qualitative study. *Clinical rheumatology*, 30(11), 1425-1432.

Gruszczyńska, E., & Knoll, N. (2015). Meaning-focused coping, pain, and affect: a diary study of hospitalized women with rheumatoid arthritis. *Quality of Life Research*, 1-11.

Hannibal, K. E., & Bishop, M. D. (2014). Chronic stress, cortisol dysfunction, and pain: a psychoneuroendocrine rationale for stress management in pain rehabilitation. *Physical therapy*, 94(12), 1816-1825.

Harris, M. L., Loxton, D., Sibbritt, D. W., & Byles, J. E. (2013). The influence of perceived stress on the onset of arthritis in women: Findings from the Australian Longitudinal Study on Women's Health. *Annals of Behavioral Medicine*, 46(1), 9-18.

Harris, M. L., Loxton, D., Sibbritt, D. W., & Byles, J. E. (2012). The relative importance of psychosocial factors in arthritis: Findings from 10,509 Australian women. *Journal of psychosomatic research*, 73(4), 251-256.

Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York: Guilford Press.

- Heiberg, T., Austad, C., Kvien, T. K., & Uhlig, T. (2011). Performance of the Rheumatoid Arthritis Impact of Disease (RAID) score in relation to other patient-reported outcomes in a register of patients with rheumatoid arthritis. *Annals of the rheumatic diseases*, 70(6), 1080-1082.
- Heiberg, T., & Kvien, T. K. (2002). Preferences for improved health examined in 1,024 patients with rheumatoid arthritis: pain has highest priority. *Arthritis Care & Research*, 47(4), 391-397.
- Heim, C.; Ehlert, U.; Hellhammer, D. (2000). The potential role of hypocortisolism in the pathophysiology of stress-related bodily disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 25 (1), 1-35.
- Herrmann, M., Schölmerich, J., & Straub, R. H. (2000). Stress and rheumatic diseases. *Rheumatic disease clinics of North America*, 26(4), 737-763.
- Hewlett, S. A. (2003). Patients and clinicians have different perspectives on outcomes in arthritis. *The Journal of rheumatology*, 30(4), 877-879.
- Hewlett, S., Cockshott, Z., Byron, M., Kitchen, K., Tipler, S., Pope, D., & Hehir, M. (2005). Patients' perceptions of fatigue in rheumatoid arthritis: overwhelming, uncontrollable, ignored. *Arthritis Care & Research*, 53(5), 697-702.
- Hider, S. L., Tanveer, W., Brownfield, A., Matthey, D. L., & Packham, J. C. (2009). Depression in RA patients treated with anti-TNF is common and under-recognized in the rheumatology clinic. *Rheumatology*, 48, 1152-1154.
- Hill, C. L., Gill, T., Taylor, A. W., Daly, A., Dal Grande, E., & Adams, R. J. (2007). Psychological factors and quality of life in arthritis: a population-based study. *Clinical Rheumatology*, 26(7), 1049-1054.

- Hirano, D., Nagashima, M., Ogawa, R., & Yoshino, S. (2001). Serum levels of interleukin 6 and stress related substances indicate mental stress condition in patients with rheumatoid arthritis. *The Journal of rheumatology*, 28(3), 490-495.
- Ho, R., Fu, E. H., Chua, A. N., Cheak, A. A., & Mak, A. (2011). Clinical and psychosocial factors associated with depression and anxiety in Singaporean patients with rheumatoid arthritis. *International journal of rheumatic diseases*, 14(1), 37-47.
- Hodkinson, B., Musenge, E., Ally, M., Meyer, P. W. A., Anderson, R., & Tikly, M. (2012). Functional disability and health-related quality of life in South Africans with early rheumatoid arthritis. *Scandinavian journal of rheumatology*, 41(5), 366-374.
- Holtzman, S., & DeLongis, A. (2007). One day at a time: The impact of daily satisfaction with spouse responses on pain, negative affect and catastrophizing among individuals with rheumatoid arthritis. *Pain*, 131(1), 202-213.
- Holtzman, S.; Newth, S.; DeLongis, A. (2004). The role of social support in coping with daily pain among patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Health Psychology*, Vol 9 (5): 677-695.
- Hou, R., & Baldwin, D. S. (2012). A neuroimmunological perspective on anxiety disorders. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 27(1), 6-14.
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241(4865), 540-545.
- Huyser, B. A., Parker, J. C., Thoreson, R., Smarr, K. L., Johnson, J. C., & Hoffman, R. (1998). Predictors of subjective fatigue among individuals with rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 41(12), 2230-2237.

- Hwang, E. J., Kim, Y. H., & Jun, S. S. (2004). Lived experience of Korean women suffering from rheumatoid arthritis: a phenomenological approach. *International Journal of Nursing Studies*, *41*(3), 239-246.
- Hyphantis, T. N., Bai, M., Siafaka, V., Georgiadis, A. N., Voulgari, P. V., Mavreas, V., & Drosos, A. A. (2006). Psychological distress and personality traits in early rheumatoid arthritis: a preliminary survey. *Rheumatology international*, *26*(9), 828-836.
- Ide, M. R., González-Gay, M. A., Yano, K. C., Imai, M. J., de Andrade Jr, M. C., & Llorca, J. (2011). Functional capacity in rheumatoid arthritis patients: comparison between Spanish and Brazilian sample. *Rheumatology international*, *31*(2), 221-226.
- Isik, A., Koca, S. S., Ozturk, A., & Mermi, O. (2007). Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical rheumatology*, *26*(6), 872-878.
- Izal, M., López-López, A., Montorio, I., & González, J. L. (2010). Discrepancy between radiographic damage and functional disability in elderly people with osteoarthritis: the role of pain coping strategies. *The Spanish journal of psychology*, *13*(02), 875-885.
- Jamison, R. N., & Edwards, R. R. (2012). Integrating pain management in clinical practice. *Journal of clinical psychology in medical settings*, *19*(1), 49-64.
- Janssens, X., Decuman, S., De Keyser, F., & Belgian Rheumatoid Arthritis Disability Assessment study group. (2014). Assessment of activity limitations with the health assessment questionnaire predicts the need for support measures in patients with rheumatoid arthritis: A multicenter observational study. *PLoS ONE* *9*(9): e106749. doi:10.1371/journal.pone.0106749
- Jensen, M. P., Karoly, P., & Braver, S. (1986). The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. *Pain*, *27*(1), 117-126.

- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., & Lawler, B. K. (1994). Relationship of pain-specific beliefs to chronic pain adjustment. *Pain*, 57(3), 301-309.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., & Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: A critical review of the literature. *Pain*, 47, 249 –283. doi: 10.1016/0304-3959(91)90216-K
- Karantzas, G. C., & Cole, S. F. (2011). Arthritis and support seeking tendencies: The role of attachment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(4), 404-440.
- Kasle, S. (2004). The role of relational mutuality in psychological and physical health outcomes in a rheumatoid arthritis sample. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, Vol 65 (4-B): 2097.
- Kasle, S., Wilhelm, M. S., & Zautra, A. J. (2008). Rheumatoid arthritis patients' perceptions of mutuality in conversations with spouses/partners and their links with psychological and physical health. *Arthritis Care & Research*, 59(7), 921-928.
- Katter, J. K., & Greenglass, E. (2013). The influence of mood on the relation between proactive coping and rehabilitation outcomes. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 32(01), 13-20.
- Katz, P. P., Morris, A., & Yelin, E. H. (2006). Prevalence and predictors of disability in valued life activities among individuals with rheumatoid arthritis. *Annals of the rheumatic diseases*, 65(6), 763-769.
- Keefe, F. J., Affleck, G., Lefebvre, J., Underwood, L., Caldwell, D. S., Drew, J., ... & Pargament, K. (2001). Living with rheumatoid arthritis: The role of daily spirituality and daily religious and spiritual coping. *The Journal of Pain*, 2(2), 101-110.

- Keefe, F. J., Brown, G. K., Wallston, K. A., & Caldwell, D. S. (1989). Coping with rheumatoid arthritis pain: Catastrophizing as a maladaptive strategy. *Pain*, *37*, 51–56. doi:10.1016/0304-3959(89)90152-8
- Keefe, F. J., Smith, S. J., Buffington, A. L., Gibson, J., Studts, J. L., & Caldwell, D. S. (2002). Recent advances and future directions in the biopsychosocial assessment and treatment of arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*(3), 640.
- Keefe, F. J., & Somers, T. J. (2010). Psychological approaches to understanding and treating arthritis pain. *Nature Reviews in Rheumatology*, *6*(4), 210–216.
- Kekow, J., Moots, R., Khandker, R., Melin, J., Freundlich, B., & Singh, A. (2011). Improvements in patient-reported outcomes, symptoms of depression and anxiety, and their association with clinical remission among patients with moderate-to-severe active early rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, *50*(2), 401-409.
- Kemeny, M. E., & Schedlowski, M. (2007). Understanding the interaction between psychosocial stress and immune-related diseases: a stepwise progression. *Brain, behavior, and immunity*, *21*(8), 1009-1018.
- Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. F., & Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity, and mortality: new perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual review of psychology*, *53*(1), 83-107.
- Kingsley, G., Scott, I. C., & Scott, D. L. (2011). Quality of life and the outcome of established rheumatoid arthritis. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, *25*(4), 585-606.
- Kirwan, J. R., & Silman, A. J. (1987). Epidemiological, sociological and environmental aspects of rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Bailliere's Clinical Rheumatology*, *1*(3), 467-489.

- Klaassen, K., Nyklíček, I., Traa, S., & de Nijs, R. (2012). Distressed personality is associated with lower psychological well-being and life satisfaction, but not disability or disease activity in rheumatoid arthritis patients. *Clinical rheumatology*, *31*(4), 661-667.
- Koehler, T. (1985). Stress and rheumatoid arthritis: A survey of empirical evidence in human and animal studies. *Journal of psychosomatic research*, *29*(6), 655-663.
- Kojima, M., Kojima, T., Ishiguro, N., Oguchi, T., Oba, M., Tsuchiya, H., ... & Tokudome, S. (2009). Psychosocial factors, disease status, and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of psychosomatic research*, *67*(5), 425-431.
- Kool, M. B., & Geenen, R. (2012). Loneliness in patients with rheumatic diseases: the significance of invalidation and lack of social support. *The Journal of psychology*, *146*(1-2), 229-241.
- Kotsis, K., Voulgari, P. V., Tsifetaki, N., Drosos, A. A., Carvalho, A. F., & Hyphantis, T. (2014). Illness perceptions and psychological distress associated with physical health-related quality of life in primary Sjögren's syndrome compared to systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis. *Rheumatology international*, *34*(12), 1671-1681.
- Kraaimaat, F. W., Van Dam-Baggen, R. M., & Bijlsma, J. W. (1995). Association of social support and the spouse's reaction with psychological distress in male and female patients with rheumatoid arthritis. *The Journal of rheumatology*, *22*(4), 644-648.
- Kratz, A. L., Davis, M. C., & Zautra, A. J. (2007). Pain acceptance moderates the relation between pain and negative affect in female osteoarthritis and fibromyalgia patients. *Annals of Behavioral Medicine*, *33*(3), 291-301.

- Krishnan, E., Sokka, T., Häkkinen, A., Hubert, H., & Hannonen, P. (2004). Normative values for the Health Assessment Questionnaire disability index: benchmarking disability in the general population. *Arthritis & Rheumatism*, *50*(3), 953-960.
- Kristofferzon, M. L., Lindqvist, R., & Nilsson, A. (2011). Relationships between coping, coping resources and quality of life in patients with chronic illness: a pilot study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *25*(3), 476-483.
- Krol, B., Sanderman, R., Suurmeijer, T., Doeglas, D., van Rijswijk, M., & van Leeuwen, M. (1995). Medical, physical and psychological status related to early rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, *14*, 143–150.
- Kulkarni, B., Bentley, D. E., Elliott, R., Julyan, P. J., Boger, E., Watson, A., ... & Jones, A. K. P. (2007). Arthritic pain is processed in brain areas concerned with emotions and fear. *Arthritis & Rheumatism*, *56*(4), 1345-1354.
- Kwan, Y. H., Koh, E. T., Leong, K. P., Wee, H. L., & Tan Tock Seng Rheumatoid Arthritis Study Group. (2014). Association between helplessness, disability, and disease activity with health-related quality of life among rheumatoid arthritis patients in a multiethnic Asian population. *Rheumatology international*, *34*(8), 1085-1093.
- Lackner, J. M., & Gurtman, M. B. (2004). Pain catastrophizing and interpersonal problems: a circumplex analysis of the communal coping model. *Pain*, *110*(3), 597-604.
- Lam, M., Lehman, A. J., Puterman, E., & DeLongis, A. (2009). Spouse depression and disease course among persons with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research*, *61*(8), 1011-1017.
- Lanquillon, S., Krieg, J. C., Bening-Abu-Shach, U., & Vedder, H. (2000). Cytokine production and treatment response in major depressive disorder. *Neuropsychopharmacology*, *22*(4), 370-379.

- Latremoliere, A., & Woolf, C. J. (2009). Central sensitization: a generator of pain hypersensitivity by central neural plasticity. *The Journal of Pain*, 10(9), 895-926.
- Lazarus, R.S. (1993a). Coping theory and research: Past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 234-247.
- Lazarus, R.S. (1993b). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44(1), 1-22.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognoscitivos*. Barcelona: Editorial Martínez Roca.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Lehman, A. J., Pratt, D. D., DeLongis, A., Collins, J. B., Shojania, K., Koehler, B., ... & Esdaile, J. M. (2011). Do spouses know how much fatigue, pain, and physical limitation their partners with rheumatoid arthritis experience? Implications for social support. *Arthritis care & research*, 63(1), 120-127.
- Leibing, E., Pflingsten, M., Bartmann, U., Rueger, U., & Schuessler, G. (1999). Cognitive-behavioral treatment in unselected rheumatoid arthritis outpatients. *The Clinical journal of pain*, 15(1), 58-66.
- Lempp, H., Ibrahim, F., Shaw, T., Hofmann, D., Graves, H., Thornicroft, G., ... & Scott, D. L. (2011). Comparative quality of life in patients with depression and rheumatoid arthritis. *International Review of Psychiatry*, 23(1), 118-124.
- Lempp, H., Scott, D., & Kingsley, G. (2006). The personal impact of rheumatoid arthritis on patients' identity: A qualitative study. *Chronic Illness*, 2(2), 109-120. doi:10.1177/17423953060020020601

- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1988). *The common sense representation of illness danger*. En, S. Rachman (Ed.) *Medical Psychology*, 2, 7-30 Nueva York.
- Li, X., Gignac, M. A., & Anis, A. H. (2006). Workplace, psychosocial factors, and depressive symptoms among working people with arthritis: a longitudinal study. *The Journal of rheumatology*, 33(9), 1849-1855.
- Lok, E. Y. C., Mok, C. C., Cheng, C. W., & Cheung, E. F. C. (2010). Prevalence and determinants of psychiatric disorders in patients with rheumatoid arthritis. *Psychosomatics*, 51(4), 338-338.
- Loza, E., Abásolo, L., Jover, J. A., Carmona, L., & EPISER Study Group. (2008). Burden of disease across chronic diseases: a health survey that measured prevalence, function, and quality of life. *The Journal of rheumatology*, 35(1), 159-165.
- Loza, E., Jover, J. A., Rodríguez, L., Carmona, L., & EPISER Study Group. (2009, February). Multimorbidity: prevalence, effect on quality of life and daily functioning, and variation of this effect when one condition is a rheumatic disease. In *Seminars in arthritis and rheumatism* (Vol. 38, No. 4, pp. 312-319). WB Saunders.
- Loza, E., Jover, J. A., Rodríguez, L., Carmona, L., & EPISER Study Group. (2008). Observed and expected frequency of comorbid chronic diseases in rheumatic patients. *Annals of the rheumatic diseases*, 67(3), 418-421.
- Luban-Plozza, B., & Pöldinger, W. (1975). *El enfermo psicossomático y el médico práctico*. Suiza: Ediciones" Roche".
- Lumley, M. A., Cohen, J. L., Borszcz, G. S., Cano, A., Radcliffe, A. M., Porter, L. S., ... & Keefe, F. J. (2011). Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent research. *Journal of clinical psychology*, 67(9), 942-968.

- Lumley, M. A., Keefe, F. J., Mosley-Williams, A., Rice, J. R., McKee, D., Waters, S. J., ... & Riordan, P. A. (2014). The effects of written emotional disclosure and coping skills training in rheumatoid arthritis: A randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(4), 644-658.
- Lumley, M. A., Sklar, E. R., & Carty, J. N. (2012). Emotional disclosure interventions for chronic pain: from the laboratory to the clinic. *Translational behavioral medicine*, 2(1), 73-81.
- Luna, K. S., Ortiz, A. M., Patino, E., Aguilera, C., Velasco, T., de Vicuna, R. G., & González-Álvaro, I. (2012). Influencia de la estructura de los afectos en la evaluación de la artritis reumatoide mediante la escala visual analógica de dolor, el HAQ y el DAS28. *Reumatología Clínica*, 8(6), 328-333.
- Manne, S. L., & Zautra, A. J. (1990). Couples coping with chronic illness: Women with rheumatoid arthritis and their healthy husbands. *Journal of Behavioral Medicine*, 13(4), 327-342.
- Manne, S. L., & Zautra, A. J. (1989). Spouse criticism and support: their association with coping and psychological adjustment among women with rheumatoid arthritis. *Journal of personality and social psychology*, 56(4), 608-617.
- Margaretten, M., Barton, J., Julian, L., Katz, P., Trupin, L., Tonner, C., ... & Yelin, E. (2011). Socioeconomic determinants of disability and depression in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis care & research*, 63(2), 240-246.
- Martin, K. R., Shreffler, J., Schoster, B., & Callahan, L. F. (2012). Coping with prescription medication costs: a cross-sectional look at strategies used and associations with the physical and psychosocial health of individuals with arthritis. *Annals of Behavioral Medicine*, 44(2), 236-247.
- Martínez, R., Chacón, J. C. & Castellanos, M. A. (2015). *Análisis de datos en Psicología*. Madrid: EOS.

- Martínez, Z., Páramo, M. F., Tinajero, C., Guisande, M. A., Castelo, A. M., Almeida, L. S., & Rodríguez, M. S. (2010). Adaptación española de escalas de evaluación del soporte social percibido en estudiantes universitarios de primer año.
- Mason, V. L., Mathias, B., & Skevington, S. M. (2008). Accepting low back pain: is it related to a good quality of life?. *The Clinical journal of pain*, 24(1), 22-29.
- Mathies, H., Wagenhäuser, F. J., & Sigmeth, W. (1982). Líneas directrices en el tratamiento de las enfermedades reumáticas. *Compendia Rheumatologica*, 5. Suiza: EULAR Publishers.
- Mattey, D. L., Dawes, P. T., Hassell, A. B., Brownfield, A., & Packham, J. C. (2010). Effect of psychological distress on continuation of anti-tumor necrosis factor therapy in patients with rheumatoid arthritis. *The Journal of rheumatology*, 37(10), 2021-2024.
- Meeus, M., Vervisch, S., De Clerck, L. S., Moorkens, G., Hans, G., & Nijs, J. (2012, February). Central sensitization in patients with rheumatoid arthritis: a systematic literature review. In *Seminars in arthritis and rheumatism* (Vol. 41, No. 4, pp. 556-567). WB Saunders.
- Melzack, R., & Casey, K. L. (1968). Sensory, motivational, and central control determinants of pain. In *The skin senses* (pp. 423-439).
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). Classification of chronic pain, IASP Task Force on Taxonomy. *Seattle, WA: International Association for the Study of Pain Press.* (Disponible on-line www.iasp-pain.org).
- Michaud, K., Vera-Llonch, M., & Oster, G. (2012). Mortality risk by functional status and health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *The Journal of rheumatology*, 39(1), 54-59.
- Michaud, K., & Wolfe, F. (2007). Comorbidities in rheumatoid arthritis. *Best Practice and Research in Clinical Rheumatology*, 21(5), 885-906.

- Minnock, P., Fitzgerald, O., & Bresnihan, B. (2003). Quality of life, social support, and knowledge of disease in women with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research*, 49(2), 221-227.
- Mok, C. C., Lok, E. Y. C., & Cheung, E. F. C. (2012). Concurrent psychiatric disorders are associated with significantly poorer quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Scandinavian journal of rheumatology*, 41(4), 253-259.
- Monsalve, V., Soriano, J., & Andrés, J. D. (2006). Utilidad del Índice de Lattinen (IL) en la evaluación del dolor crónico: relaciones con afrontamiento y calidad de vida. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 13(4), 216-229.
- Morgan, C., & Spiegel, T. (1987). The Arthritis Coping Skills Inventory. *Arthritis and Rheumatism*, 30, S193.
- Müller, R., Kallikorm, R., Pölluste, K., & Lember, M. (2012). Compliance with treatment of rheumatoid arthritis. *Rheumatology international*, 32(10), 3131-3135.
- Murphy, H., Dickens, C., Creed, F., & Bernstein, R. (1999). Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis. *Journal of psychosomatic research*, 46(2), 155-164.
- Mustafa, S., Looper, K., Zelkowitz, P., Purden, M., & Baron, M. (2012). Role overload, pain and physical dysfunction in early rheumatoid or undifferentiated inflammatory arthritis in Canada. *BioPsychoSocial medicine*, 6(1), 1-6.
- Nagyova, I., Stewart, R. E., Macejova, Z., van Dijk, J. P., & van den Heuvel, W. J. (2005). The impact of pain on psychological well-being in rheumatoid arthritis: the mediating effects of self-esteem and adjustment to disease. *Patient Education and Counseling*, 58, 55-62.
- Naredo, E.; Uson, J. (1997). *El mundo del paciente reumático*. Barcelona: Liga Reumatológica Española.

- Newman, M. A. (1990). Newman's theory of health as praxis. *Nursing Science Quarterly*, 3(1), 37-41.
- Newman, S., Fitzpatrick, R., Lamb, R., & Shipley, M. (1990). Patterns of coping in rheumatoid arthritis. *Psychology and Health*, 4(3), 187-200.
- Newman, S., & Mulligan, K. (2000). The psychology of rheumatic diseases. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 14(4), 773-786.
- Nicassio, P. M. (2010). Arthritis and psychiatric disorders: disentangling the relationship. *Journal of psychosomatic research*, 68(2), 183-185.
- Nicassio, P. M. (2011). Heterogeneity in the response to rheumatoid arthritis (RA): The challenge of accounting for individual variability in the face of chronic disease. *Journal of psychosomatic research*, 71(5), 288-289.
- Nicassio, P. M., Kay, M. A., Custodio, M. K., Irwin, M. R., Olmstead, R., & Weisman, M. H. (2011). An evaluation of a biopsychosocial framework for health-related quality of life and disability in rheumatoid arthritis. *Journal of psychosomatic research*, 71(2), 79-85.
- Niedermann, K., de Bie, R. A., Kubli, R., Ciurea, A., Steurer-Stey, C., Villiger, P. M., & Büchi, S. (2011). Effectiveness of individual resource-oriented joint protection education in people with rheumatoid arthritis. A randomized controlled trial. *Patient education and counseling*, 82(1), 42-48.
- Niu, N. N., Davis, A. M., Bogart, L. M., Thornhill, T. S., Abreu, L. A., Ghazinouri, R., & Katz, J. N. (2011). Patient disease perceptions and coping strategies for arthritis in a developing nation: a qualitative study. *BMC musculoskeletal disorders*, 12(1), 228.

- Norton, S., Hughes, L. D., Chilcot, J., Sacker, A., van Os, S., Young, A., & Done, J. (2014). Negative and positive illness representations of rheumatoid arthritis: a latent profile analysis. *Journal of behavioral medicine*, *37*(3), 524-532.
- Norton, S., Sacker, A., Young, A., & Done, J. (2011). Distinct psychological distress trajectories in rheumatoid arthritis: findings from an inception cohort. *Journal of psychosomatic research*, *71*(5), 290-295.
- O'Brien, T. B., DeLongis, A., Pomaki, G., Puterman, E., & Zwicker, A. (2009). Couples coping with stress: The role of empathic responding. *European Psychologist*, *14*(1), 18-28.
- O'Dell, J. R. (2004). Therapeutic strategies for rheumatoid arthritis. *New England Journal of Medicine*, *350*(25), 2591-2602.
- Öncü, J., Başoğlu, F., & Kuran, B. (2013). A comparison of impact of fatigue on cognitive, physical, and psychosocial status in patients with fibromyalgia and rheumatoid arthritis. *Rheumatology international*, *33*(12), 3031-3037.
- Ösli, I. L., Johansson, I., & Möller, A. (2009). Struggle and adjustment to an insecure everyday life and an unpredictable life course: an-interview study. *Disability and Rehabilitation*, *31*(8), 666-674.
- Östlund, G., Björk, M., Thyberg, I., Thyberg, M., Valtersson, E., Stenström, B., & Sverker, A. (2014). Emotions related to participation restrictions as experienced by patients with early rheumatoid arthritis: a qualitative interview study (the Swedish TIRA project). *Clinical rheumatology*, *33*(10), 1403-1413.
- Otake, T., Ashihara, M., Nishino, J., Kato, K., Fukaya, S., & Yoshida, S. (2013). Stressors and rheumatoid arthritis: changes in stressors with advances in therapeutic agents. *Rheumatology international*, *33*(4), 887-891.

- Ottenvall, I., & Håkansson, C. (2013). The importance for daily occupations of perceiving good health: Perceptions among women with rheumatic diseases. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 20(2), 82-92.
- Ovayolu, N., Ovayolu, O., & Karadag, G. (2011). Health-related quality of life in ankylosing spondylitis, fibromyalgia syndrome, and rheumatoid arthritis: a comparison with a selected sample of healthy individuals. *Clinical rheumatology*, 30(5), 655-664.
- Pablos, J. L. (2014). Fisiopatología de la artritis reumatoide. En SER., & Rúa-Figueroa, I. (2014). *Manual SER de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas*. Elsevier Health Sciences Spain.
- Palos, R., & Vişcu, L. (2014). Anxiety, Automatic Negative Thoughts, and Unconditional Self-Acceptance in Rheumatoid Arthritis: A Preliminary Study. *ISRN Rheumatology*, vol. 2014, Article ID 317259, 1-5.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of clinical psychology*, 56(4), 519-543.
- Parker, J., McRae, C., Smarr, K., Beck, N., Frank, R., Anderson, S., & Walker, S. (1988). Coping strategies in rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology*, 15(9), 1376-1383.
- Parker, J. C., Smarr, K. L., Buckelew, S. P., Stucky-ropp, R. C., Hewett, J. E., Johnson, J. C., ... & Walker, S. E. (1995). Effects of stress management on clinical outcomes in rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 38(12), 1807-1818.
- Parlar, S., Fadiloglu, C., Argon, G., Tokem, Y., & Keser, G. (2013). The Effects of Self-Pain Management on the Intensity of Pain and Pain Management Methods in Arthritic Patients. *Pain Management Nursing*, 14(3), 133-142.

- Peeters, W. (1992). Effect of rheumatoid arthritis upon other members of the family. *Clinical rheumatology*, *11*(2), 185-188.
- Penhoat, M., Saraux, A., Le Goff, B., Augereau, P., Maugars, Y., & Berthelot, J. M. (2014). High pain catastrophizing scores in one-fourth of patients on biotherapy for spondylarthritis or rheumatoid arthritis. *Joint Bone Spine*, *81*(3), 235-239.
- Penninx, B. W., Van Tilburg, T., Deeg, D. J., Kriegsman, D. M., Boeke, A. J. P., & Van Eijk, J. T. (1997). Direct and buffer effects of social support and personal coping resources in individuals with arthritis. *Social science & medicine*, *44*(3), 393-402.
- Péntek, M., Rojkovich, B., Czirják, L., Géher, P., Keszthelyi, P., Kovács, A., ... & Gulácsi, L. (2014). Acceptability of less than perfect health states in rheumatoid arthritis: the patients' perspective. *The European Journal of Health Economics*, *15*(1), 73-82.
- Peres, M. F., & Lucchetti, G. (2010). Coping strategies in chronic pain. *Current pain and headache reports*, *14*(5), 331-338.
- Perrot, S., Dieudé, P., Pérocheau, D., & Allanore, Y. (2013). Comparison of Pain, Pain Burden, Coping Strategies, and Attitudes Between Patients with Systemic Sclerosis and Patients with Rheumatoid Arthritis: A Cross-Sectional Study. *Pain Medicine*, *14*(11), 1776-1785.
- Peter, M., Christenhusz, L. C., Taal, E., Eggelmeijer, F., van Woerkom, J. M., & Rasker, J. J. (2014). Feelings of guilt and shame in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical rheumatology*, *33*(7), 903-910.
- Picchianti-Diamanti, A., Germano, V., Ferlito, C., Migliore, A., D'Amelio, R., & Laganà, B. (2010). Health-related quality of life and disability in patients with rheumatoid, early rheumatoid and early psoriatic arthritis treated with etanercept. *Quality of Life Research*, *19*(6), 821-826.

- Pincus, T., Griffith, J., Pearce, S., & Isenberg, D. (1996). Prevalence of self-reported depression in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, *35*(9), 879-883.
- Pölluste, K., Kallikorm, R., Mättik, E., & Lember, M. (2012). Assistive devices, home adjustments and external help in rheumatoid arthritis. *Disability and rehabilitation*, *34*(10), 839-845.
- Puchner, R., Brezinschek, H. P., Fritz, J., Herold, M., Mustak, M., Nothnagl, T., ... & Leeb, B. F. (2015). Is the state of health of rheumatoid arthritis patients receiving adequate treatment, predictable?-Results of a survey. *BMC musculoskeletal disorders*, *16*(1), 109.
- Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2011). Evolución de la intervención psicológica de la artritis reumatoide. *Psicología desde el Caribe*, *(27)*, 160-178.
- Raison, C. L., Capuron, L., & Miller, A. H. (2006). Cytokines sing the blues: inflammation and the pathogenesis of depression. *Trends in immunology*, *27*(1), 24-31.
- Ramírez-Maestre, C., & Esteve, R. (2013). Disposition and adjustment to chronic pain. *Current pain and headache reports*, *17*(3), 1-11.
- Ramírez-Maestre, C., Esteve, R., & Lopez, A. E. (2012). The role of optimism and pessimism in chronic pain patients adjustment. *The Spanish journal of psychology*, *15*(01), 286-294.
- Ramjeet, J., Koutantji, M., Barrett, E. M., & Scott, D. G. I. (2005). Coping and psychological adjustment in recent-onset inflammatory polyarthritis: the role of gender and age. *Rheumatology*, *44*(9), 1166-1168.
- Ramos, C., Castillo, J. D., Sandoval, C., Páez, F., Sánchez, A., & Aceves, F. J. (2014). Divergent perceptions in health-related quality of life between family members and patients with rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus, and ankylosing spondylitis. *Rheumatology international*, *34*(12), 1743-1749.

- Rao, K. (2009). Recent research in stress, coping and women's health. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(2), 188–193.
- Raterman, H. G., Hoving, J. L., Nurmohamed, M. T., Herenius, M. M. J., Sluiter, J. K., Lems, W. F, ... & Voskuyl, A. E. (2010). Work ability: a new outcome measure in rheumatoid arthritis? *Scandinavian journal of rheumatology*, 39, 127-131.
- Rathbun, A. M., Harrold, L. R., & Reed, G. W. (2015). Temporal associations between the different domains of rheumatoid arthritis disease activity and the onset of patient-reported depressive symptoms. *Clinical rheumatology*, 34(4), 653-663.
- Redondo, M. M., Miguel, J. J., & Cano, A. (2005). Procesos de afrontamiento y ajuste a la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 4(2), 199-217.
- Redondo, M.M.; Pérez, M.A. (2001) Respuesta fisiológica de estrés y artritis reumatoide. *Boletín de la SEAS*, 14, 12-23.
- Reese, J. B., Somers, T. J., Keefe, F. J., Mosley-Williams, A., & Lumley, M. A. (2010). Pain and functioning of rheumatoid arthritis patients based on marital status: is a distressed marriage preferable to no marriage? *The Journal of Pain*, 11(10), 958-964.
- Reig, A., Esteve-Vives, J., & Batlle-Gualda, E. (1991). Factores psicológicos implicados en la artritis reumatoide. *Revista Española de Reumatología*, 18, 263-267.
- Reisine, S., Fifield, J., & Winkelman, D. K. (2000). Characteristics of rheumatoid arthritis patients: Who participates in long-term research and who drops out? *Arthritis Care & Research*, 13(1), 3-10.

- Remor, E., Amorós-Gómez, M., & Carrobles, J. A. (2010). Eficacia de un programa manualizado de intervención en grupo para la potenciación de las fortalezas y recursos psicológicos. *Anales de Psicología*, 26 (1), pp. 49-57.
- Revenson, T. A., & Felton, B. J. (1989). Disability and coping as predictors of psychological adjustment to rheumatoid arthritis. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 344-348.
- Revenson, T. A., Schiaffino, K. M., Majerovitz, S. D., & Gibofsky, A. (1991). Social support as a double-edged sword: The relation of positive and problematic support to depression among rheumatoid arthritis patients. *Social Science & Medicine*, 33(7), 807-813.
- Rezvani, A., Aytüre, L., Arslan, M., Kurt, E., Eroğlu Demir, S., & Karacan, İ. (2014). Affective temperaments in patients with rheumatoid arthritis. *International journal of rheumatic diseases*, 17(1), 34-38.
- Riemsma, R. P., Rasker, J. J., Taal, E., Griep, E. N., Wouters, J. M., & Wiegman, O. (1998). Fatigue in rheumatoid arthritis: the role of self-efficacy and problematic social support. *Rheumatology*, 37(10), 1042-1046.
- Riemsma, R. P., Taal, E., Wiegman, O., Rasker, J. J., Bruyn, G. A., & Van Paassen, H. C. (2000). Problematic and positive support in relation to depression in people with rheumatoid arthritis. *Journal of health psychology*, 5(2), 221-230.
- Rimón, R., & Laakso, R. L. (1985). Life stress and rheumatoid arthritis. *Psychotherapy and psychosomatics*, 43(1), 38-43.
- Sanderson, T., Hewlett, S., Calnan, M., Morris, M., Raza, K., & Kumar, K. (2012). Exploring the cultural validity of rheumatology outcomes. *British Journal of Nursing*, 21(17), 1015-1023.
- Sanderson, T. C., Hewlett, S. E., Flurey, C., Dures, E., Richards, P., & Kirwan, J. R. (2011). The impact triad (severity, importance, self-management) as a method of

enhancing measurement of personal life impact of rheumatic diseases. *The Journal of rheumatology*, 38(2), 191-194.

Sanderson, T., & Kirwan, J. (2009). Patient-reported outcomes for arthritis: Time to focus on personal life impact measures? *Arthritis Care & Research*, 61(1), 1-3.

Sanderson, T., Morris, M., Calnan, M., Richards, P., & Hewlett, S. (2010). 'It's this whole picture, this well-being': patients' understanding of 'feeling well' with rheumatoid arthritis. *Chronic illness*, 6(3), 228-240.

Sandín, B. (2008). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos. *Manual de psicopatología, Vol.II. Edición revisada* (pp. 3-42). Madrid: McGraw-Hill.

Santiago, T., Geenen, R., Jacobs, J.W.G., & Silva, J. A. P. (2015). Psychological Factors Associated with Response to Treatment in Rheumatoid Arthritis. *Current pharmaceutical design*, 21(2), 257-269.

Santo-Domingo, J., Baca, E., Carrasco, J. L., & García-Camba, E. (2002). Manual de psiquiatría. *Barcelona: Ars Medica*.

Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of personality and social psychology*, 44(1), 127-139.

Sarason, I. G.; Sarason, B. R. (1986). Experimentally provided social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(6), 1222-1225.

Sarason, B. R., Sarason, I. G., & Pierce, G. R. (1990). *Social support: An interactional view*. John Wiley & Sons.

Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N., & Pierce, G. R. (1987). A brief measure of social support: Practical and theoretical implications. *Journal of social and personal relationships*, 4(4), 497-510.

- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of behavioral medicine*, 4(4), 381-406.
- Scharloo, M., Kaptein, A. A., Weinman, J. A., Hazes, J. M. W., Breedveld, F. C., & Rooijmans, H. G. M. (1999). Predicting functional status in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 26(8), 1686–1693.
- Scharloo, M., Kaptein, A. A., Weinman, J., Hazes, J. M., Willems, L. N. A., Bergman, W., & Rooijmans, H. G. M. (1998). Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *Journal of psychosomatic research*, 44(5), 573-585.
- Scherrer, J. F., Virgo, K. S., Zeringue, A., Bucholz, K. K., Jacob, T., Johnson, R. G., ... & Eisen, S. A. (2009). Depression increases risk of incident myocardial infarction among Veterans Administration patients with rheumatoid arthritis. *General hospital psychiatry*, 31(4), 353-359.
- Schieir, O., Thombs, B. D., Hudson, M., Taillefer, S., Steele, R., Berkson, L., ... & Baron, M. (2009). Symptoms of depression predict the trajectory of pain among patients with early inflammatory arthritis: a path analysis approach to assessing change. *The Journal of rheumatology*, 36(2), 231-239.
- Sharpe, L., Allard, S., & Sensky, T. (2008). Five-year follow up of a cognitive-behavioral intervention for patients with recently-diagnosed rheumatoid arthritis: Effects on health care utilization. *Arthritis Care & Research*, 59(3), 311-316.
- Sharpe, L., Sensky, T., Timberlake, N., Allard, S., & Brewin, C. R. (2001). The role of cognitive behavioural therapy in facilitating adaptation to illness in rheumatoid arthritis: A case series. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(03), 303-309.
- Sharpe, L., Sensky, T., Timberlake, N., Ryan, B., & Allard, S. (2003). Long-term efficacy of a cognitive behavioural treatment from a randomized controlled trial

for patients recently diagnosed with rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, 42(3), 435-441.

Slim, Z. N., Dowli, A., Chaaya, M., Mahfoud, Z., & Uthman, I. (2011). Coping and disability: evidence from a developing country. *International journal of rheumatic diseases*, 14(1), 61-67.

Smarr, K. L., Parker, J. C., Wright, G. E., Stucky-Ropp, R. C., Buckelew, S. P., Hoffman, R. W., ... & Hewett, J. E. (1997). The importance of enhancing self-efficacy in rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 10(1), 18-26.

Sokka, T. (2003). Work disability in early rheumatoid arthritis. *Clinical and experimental rheumatology*, 21(5; SUPP 31), S71-S74.

Sokka, T., Kankainen, A., & Hannonen, P. (2000). Scores for functional disability in patients with rheumatoid arthritis are correlated at higher levels with pain scores than with radiographic scores. *Arthritis & Rheumatism*, 43(2), 386-389.

Sokka, T., Krishnan, E., Häkkinen, A., & Hannonen, P. (2003). Functional disability in rheumatoid arthritis patients compared with a community population in Finland. *Arthritis & Rheumatism*, 48(1), 59-63.

Somers, T. J., Shelby, R. A., Keefe, F. J., Godiwala, N., Lumley, M. A., Mosley-Williams, A., ... & Caldwell, D. (2010). Disease severity and domain-specific arthritis self-efficacy: Relationships to pain and functioning in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis care & research*, 62(6), 848-856.

Somers, T. J., Wren, A. A., & Shelby, R. A. (2012). The context of pain in arthritis: self-efficacy for managing pain and other symptoms. *Current pain and headache reports*, 16(6), 502-508.

Soriano, J., & Monsalve, V. (2002). CAD: cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico. *Revista Sociedad Española de Dolor*, 9(1), 13-22.

- Soriano, J., & Monsalve, V. (2005). El afrontamiento del dolor crónico. *Boletín de psicología*, (84), 91-108.
- Spiegel, D., Kraemer, H., Bloom, J., & Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*, 334(8668), 888-891.
- Stewart, A. L., Greenfield, S., Hays, R. D., Wells, K., Rogers, W. H., Berry, S. D., ... & Ware, J. E. (1989). Functional status and well-being of patients with chronic conditions: results from the Medical Outcomes Study. *Jama*, 262(7), 907-913.
- Stewart, D. E.; Yuen, T. (2001). A Systematic Review of Resilience in the Physically III. *Psychosomatics*, 52:199–209.
- Stojanovich, L. (2010). Stress and autoimmunity. *Autoimmunity reviews*, 9(5), A271-A276.
- Stojanovich, L., & Marisavljevich, D. (2008). Stress as a trigger of autoimmune disease. *Autoimmunity reviews*, 7(3), 209-213.
- Strand, V., & Khanna, D. (2010). The impact of rheumatoid arthritis and treatment on patients' lives. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 28(3 Suppl 59), S32–40.
- Strand, V., Tugwell, P., Bombardier, C., Maetzel, A., Crawford, B., & Dorrier, C. (1999). Function and Health-related quality of life. *Arthritis and Rheumatism*, 42(9), 1870-1878.
- Strating, M. M., Suurmeijer, T. P., & Van Schuur, W. H. (2006). Disability, social support, and distress in rheumatoid arthritis: results from a thirteen-year prospective study. *Arthritis Care & Research*, 55(5), 736-744.
- Straub, R. H., & Cutolo, M. (2006). Does stress influence the course of rheumatic diseases? *Clinical and experimental rheumatology*, 24(3), 225-228.

- Sturgeon, J. A., & Zautra, A. J. (2010). Resilience: a new paradigm for adaptation to chronic pain. *Current Pain and Headache Reports*, *14*(2), 105–112.
- Sturgeon, J. A., & Zautra, A. J. (2013). State and trait pain catastrophizing and emotional health in rheumatoid arthritis. *Annals of Behavioral Medicine*, *45*(1), 69-77.
- Suurmeijer, T. P., Waltz, M., Moum, T., Guillemin, F., van Sonderen, F. L., Briancon, S., et al. (2001). Quality of life profiles in the first years of rheumatoid arthritis: results from the EURIDISS longitudinal study. *Arthritis and Rheumatism*, *45*, 111–121.
- Taal, E., Riemsma, R. P., Brus, H. L., Seydel, E. R., Rasker, J. J., & Wiegman, O. (1993). Group education for patients with rheumatoid arthritis. *Patient education and counseling*, *20*(2), 177-187.
- Tamborenea, M. N., Pisoni, C., Toloza, S., Mysler, E., Tate, G., Pereira, D., ... & Baños, A. (2015). Work instability in rheumatoid arthritis patients from Argentina: prevalence and associated factors. *Rheumatology international*, *35*(1), 107-114.
- Tay, L., Tan, K., Diener, E., & González, E. (2013). Social relations, health behaviors, and health outcomes: A survey and synthesis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, *5*(1), 28-78.
- Taylor, P., Manger, B., Alvaro, J., Johnstone, R., Gomez, J., Eberhardt, E., ... & Kavanaugh, A. (2010). Patient perceptions concerning pain management in the treatment of rheumatoid arthritis. *Journal of International Medical Research*, *38*(4), 1213-1224.
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social behavior*, 145-159.

- Thomason, B. T., Brantley, P. J., Jones, G. N., Dyer, H. R., & Morris, J. L. (1992). The relation between stress and disease activity in rheumatoid arthritis. *Journal of behavioral medicine, 15*(2), 215-220.
- Thorn, B. E., Rich, M. A., & Boothby, J. L. (2000, February). Pain beliefs and coping attempts: conceptual model building. In *Pain Forum* (Vol. 8, No. 4, pp. 169-171). Churchill Livingstone.
- Tillmann, T., Krishnadas, R., Cavanagh, J., & Petrides, K. (2013). Possible rheumatoid arthritis subtypes in terms of rheumatoid factor, depression, diagnostic delay and emotional expression: an exploratory case-control study. *Arthritis research & therapy, 15*(2), R45.
- Treharne, G. J., Kitas, G. D., Lyons, A. C., & Booth, D. A. (2005). Well-being in rheumatoid arthritis: the effects of disease duration and psychosocial factors. *Journal of Health Psychology, 10*(3), 457-474.
- Treharne, G. J., Lyons, A. C., Booth, D. A., & Kitas, G. D. (2007). Psychological well-being across 1 year with rheumatoid arthritis: Coping resources as buffers of perceived stress. *British journal of health psychology, 12*(3), 323-345.
- Trudeau, K. J., Pujol, L. A., DasMahapatra, P., Wall, R., Black, R. A., & Zacharoff, K. (2015). A randomized controlled trial of an online self-management program for adults with arthritis pain. *Journal of behavioral medicine, 38*(3), 483-496.
- Trunzo, J. J., & Pinto, B. M. (2003). Social support as a mediator of optimism and distress in breast cancer survivors. *Journal of consulting and clinical psychology, 71*(4), 805.
- Tuglu, C., Kara, S. H., Caliyurt, O., Vardar, E., & Abay, E. (2003). Increased serum tumor necrosis factor-alpha levels and treatment response in major depressive disorder. *Psychopharmacology, 170*(4), 429-433.

- Turk, D. C., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of consulting and clinical psychology, 70*(3), 678.
- Turk, D. C., Wilson, H. D., & Cahana, A. (2011). Treatment of chronic non-cancer pain. *The Lancet, 377*(9784), 2226-2235.
- Turner, J. A., Jensen, M. P., & Romano, J. M. (2000). Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain?. *Pain, 85*(1), 115-125.
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological bulletin, 119*(3), 488-531.
- Umberson, D., & Montez, J. K. (2010). Social relationships and health a flashpoint for health policy. *Journal of health and social behavior, 51*(1 suppl), S54-S66.
- Vadacca, M., Bruni, R., Terminio, N., Sambataro, G., Margiotta, D., Serino, F. M., & Afeltra, A. (2014). Alexithymia, mood states and pain experience in systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis. *Clinical rheumatology, 33*(10), 1443-1450.
- van Leeuwen, R., Tiesinga, L. J., Jochemasen, H., & Post, D. (2008). Aspects of spirituality concerning illness. *Scandinavian Journal of caring sciences, 22*(1), 482-489.
- van Leeuwen, M. A., Westra, J., Limburg, P. C., van Riel, P. L., & van Rijswijk, M. H. (1995). Clinical significance of interleukin-6 measurement in early rheumatoid arthritis: relation with laboratory and clinical variables and radiological progression in a three year prospective study. *Annals of the rheumatic diseases, 54*(8), 674-677.

- van Os, S., Norton, S., Hughes, L. D., & Chilcot, J. (2012). Illness perceptions account for variation in positive outlook as well as psychological distress in Rheumatoid Arthritis. *Psychology, health & medicine*, *17*(4), 427-439.
- van Vilsteren, M., Boot, C. R., Knol, D. L., van Schaardenburg, D., Voskuyl, A. E., Steenbeek, R., & Anema, J. R. (2015). Productivity at work and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *BMC musculoskeletal disorders*, *16*(1), 107.
- VanDyke, M. M., Parker, J. C., Smarr, K. L., Hewett, J. E., Johnson, G. E., Slaughter, J. R., & Walker, S. E. (2004). Anxiety in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research*, *51*(3), 408-412.
- van't Land, H., Verdurmen, J., ten Have, M., van Dorsselaer, S., Beekman, A., & de Graaf, R. (2010). The association between arthritis and psychiatric disorders; results from a longitudinal population-based study. *Journal of psychosomatic research*, *68*(2), 187-193.
- Verbrugge, L. M., Gates, D. M., & Ike, R. W. (1991). Risk factors for disability among US adults with arthritis. *Journal of Clinical Epidemiology*, *44*(2), 167-182.
- Viane, I., Crombez, G., Eccleston, C., Poppe, C., Devulder, J., Van Houdenhove, B., & De Corte, W. (2003). Acceptance of pain is an independent predictor of mental well-being in patients with chronic pain: empirical evidence and reappraisal. *Pain*, *106*(1), 65-72.
- Vinaccia, S., Cadena, J., Contreras, F., Londoño, L. M. R., & Anaya, J. M. (2005). Autoeficacia, desesperanza aprendida e incapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *5*(1), 129-142.
- Vriezেকolk, J., Eijsbouts, A., Evers, A., Stenger, A., Van Den Hoogen, F., & Van Lankveld, W. (2010). Poor psychological health status among patients with inflammatory rheumatic diseases and osteoarthritis in multidisciplinary

rehabilitation: need for a routine psychological assessment. *Disability and rehabilitation*, 32(10), 836-844.

Vriezekolk, J. E., Eijsbouts, A. M., van Lankveld, W. G., Beenackers, H., Geenen, R., & Van den Ende, C. H. (2013). An acceptance-oriented cognitive-behavioral therapy in multimodal rehabilitation: A pre-post test evaluation in highly distressed patients with rheumatic diseases. *Patient education and counseling*, 91(3), 357-363.

Vriezekolk, J. E., Geenen, R., van den Ende, C. H., Slot, H., van Lankveld, W. G., & van Helmond, T. (2012). Behavior change, acceptance, and coping flexibility in highly distressed patients with rheumatic diseases: feasibility of a cognitive-behavioral therapy in multimodal rehabilitation. *Patient education and counseling*, 87(2), 171-177.

Vriezekolk, J. E., van Lankveld, W. G., Eijsbouts, A. M., van Helmond, T., Geenen, R., & van den Ende, C. H. (2012). The coping flexibility questionnaire: development and initial validation in patients with chronic rheumatic diseases. *Rheumatology international*, 32(8), 2383-2391.

Vriezekolk, J. E., van Lankveld, W. G., Geenen, R., & van den Ende, C. H. (2011). Longitudinal association between coping and psychological distress in rheumatoid arthritis: a systematic review. *Annals of the rheumatic diseases*, 70, 1243-1250.

Wallston, B. S., Alagna, S. W., DeVellis, B. M., & DeVellis, R. F. (1983). Social support and physical health. *Health psychology*, 2(4), 367-391.

Walsh, D. A., & McWilliams, D. F. (2012). Pain in rheumatoid arthritis. *Current pain and headache reports*, 16(6), 509-517.

Waltz, M., & Bandura, B. (1990). Social support and chronic illness: conceptual and methodological problems. *International Journal of Health Sciences*, 1(3), 177-183.

- Ward, M. M., & Paul Leigh, J. (1993). Marital status and the progression of functional disability in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 36(5), 581-588.
- Welsing, P. M., Van Gestel, A. M., Swinkels, H. L., Kiemeney, L. A., & Van Riel, P. L. (2001). The relationship between disease activity, joint destruction, and functional capacity over the course of rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 44(9), 2009-2017.
- Westhoff, G., Listing, J., & Zink, A. (2000). Loss of physical independence in rheumatoid arthritis: interview data from a representative sample of patients in rheumatologic care. *Arthritis care and research*, 13(1), 11-22.
- Whalley, D., McKenna, S. P., De Jong, Z., & Van der Heijde, D. (1997). Quality of life in rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, 36(8), 884-888.
- WHO, W. (2003). *The burden of musculoskeletal conditions at the start of the new millenium* (Vol. 919). WHO.
- Williams, A. E., Nester, C. J., & Ravey, M. I. (2007). Rheumatoid arthritis patients' experiences of wearing therapeutic footwear-a qualitative investigation. *BMC musculoskeletal disorders*, 8(1), 104.
- Wolfe, F. (2000). A reappraisal of HAQ disability in rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 43(12), 2751-2761.
- Wolfe, F., Kleinheksel, S. M., Cathey, M. A., Hawley, D. J., Spitz, P. W., & Fries, J. F. (1988). The clinical value of the Stanford Health Assessment Questionnaire Functional Disability Index in patients with rheumatoid arthritis. *The Journal of rheumatology*, 15(10), 1480-1488.
- Wolfe, F., & Michaud, K. (2009). Predicting depression in rheumatoid arthritis: the signal importance of pain extent and fatigue, and comorbidity. *Arthritis Care & Research*, 61(5), 667-673.

- Wolfe, F., & Michaud, K. (2004). Severe rheumatoid arthritis (RA), worse outcomes, comorbid illness, and sociodemographic disadvantage characterize RA patients with fibromyalgia. *The Journal of rheumatology*, 31(4), 695-700.
- Wolfe, F., Michaud, K., Li, T., & Katz, R. S. (2010). Chronic conditions and health problems in rheumatic diseases: comparisons with rheumatoid arthritis, noninflammatory rheumatic disorders, systemic lupus erythematosus, and fibromyalgia. *The Journal of rheumatology*, 37(2), 305-315.
- Yacoub, Y. I., Amine, B., Laatiris, A., & Hajjaj-Hassouni, N. (2012). Health-related quality of life in Moroccan patients with rheumatoid arthritis. *Clinical rheumatology*, 31(10), 1471-1477.
- Zautra, A. (2003). Comment on "Stress-vulnerability factors as long-term predictors of disease activity in early rheumatoid arthritis". *Journal of Psychosomatic Research*, 55 (4), 303-304.
- Zautra, A. J. (1996). Investigations of the ongoing stressful situations among those with chronic illness. *American Journal of Community Psychology*, 24(6), 697-717.
- Zautra, A. J., Davis, M. C., Reich, J. W., Nicassario, P., Tennen, H., Finan, P., ... & Irwin, M. R. (2008). Comparison of cognitive behavioral and mindfulness meditation interventions on adaptation to rheumatoid arthritis for patients with and without history of recurrent depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(3), 408-421.
- Zautra, A. J., Yocum, D. C., Villanueva, I., Smith, B., Davis, M. C., Attrep, J., & Irwin, M. (2004). Immune activation and depression in women with rheumatoid arthritis. *The Journal of rheumatology*, 31(3), 457-463.
- Zeidner, M., & Saklofske, D. (1996). Adaptive and maladaptive coping. *Handbook of Coping: Theory, Research and Applications* (Vol.195). John Wiley: New York.

Zhao, S., Chen, Y., & Chen, H. (2015). Sociodemographic factors associated with functional disability in outpatients with rheumatoid arthritis in Southwest China. *Clinical rheumatology*, 34(5), 845-851.

Zyrianova, Y., Kelly, B. D., Gallagher, C., McCarthy, C., Molloy, M. G., Sheehan, J., & Dinan, T. G. (2006). Depression and anxiety in rheumatoid arthritis: the role of perceived social support. *Irish journal of medical science*, 175(2), 32-36.

Zyrianova, Y., Kelly, B. D., Sheehan, J., McCarthy, C., & Dinan, T. G. (2011). The psychological impact of arthritis: the effects of illness perception and coping. *Irish journal of medical science*, 180(1), 203-210.

11. ANEXO: Hoja de información al paciente y consentimiento informado.

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL ESTUDIO: “Factores psicosociales implicados en la Artritis Reumatoide”.

INVESTIGADOR: Soraya Bajat Pacios. Servicio de Psicología.

CENTROS: Hospitales Sanidad Pública y Sanidad Privada.

INTRODUCCIÓN. Nos dirigimos a usted para informarle sobre el desarrollo del estudio en el que se le propone que participe. Nuestra intención es tan sólo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar, si quiere o no, participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención.

Su participación es voluntaria y puede revocar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento. En caso de retirar el consentimiento para participar en el estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos.

FUNDAMENTO. La Artritis Reumatoide es una enfermedad crónica que origina dolor, rigidez, hinchazón y pérdida de función en las articulaciones. El tratamiento óptimo a lo largo de la enfermedad depende de un abordaje multidisciplinar de la misma, incluyendo educación del paciente y la participación de otros agentes sanitarios, a parte del Reumatólogo, como Médicos de Atención Primaria, Enfermería, Rehabilitadores, Psiquiatras, Psicólogos y Cirujanos Ortopédicos.

El trabajo de investigación pretende ofrecer datos en población española sobre pacientes con artritis reumatoide comparados con un grupo de comparación (sujetos sin patología que limite su capacidad funcional).

El objetivo principal es estudiar variables psicosociales relacionadas con la Artritis Reumatoide, con la finalidad de obtener más datos para intervenciones más eficaces y específicas que puedan mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

El tiempo estimado para completar el protocolo del estudio es aproximadamente de 30 a 40 minutos.

CONFIDENCIALIDAD. Todos los datos recogidos para el estudio, facilitados por usted mismo, serán tratados con las medidas de seguridad establecidas en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal. Debe saber que tiene derecho de acceso, rectificación y cancelación de los mismos en cualquier momento.

En caso de transmitirse a terceros los datos recogidos para el estudio, en ningún caso contendrán información que pueda identificarle directamente, según lo establecido en la mencionada Normativa y el R.D. 1720/2007.

OTROS ASPECTOS DE INTERÉS. En caso de necesitar cualquier información o por cualquier otro motivo, no dude en contactar con la investigadora principal del estudio en la dirección de correo electrónico sbajat@sanitas.es o al número de teléfono 915915265 preguntando por Soraya Bajat.

Este documento se firmará por duplicado quedándose una copia el investigador y otra el paciente.

CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO

Título del Estudio: “Factores psicosociales implicados en la Artritis Reumatoide”.

Investigador: Soraya Bajat Pacios.

Yo (nombre y apellidos)

.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que la participación del paciente es voluntaria.

Comprendo que puede retirarse del estudio:

1º Cuando quiera

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Sin que esto repercuta en sus cuidados sanitarios.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

FECHA:

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL INVESTIGADOR

