

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRIA DE PSICOLOGIA DE LA SALUD**



**Relaciones entre el dolor por Artritis Reumatoide con el
Bienestar Psicológico, Afrontamiento y síntomas depresivos**

Tesis para optar el título de Magister en Psicología Clínica de la Salud que
presenta la Licenciada:

María Cecilia Solano Carranza

Asesora: Cecilia Chau

Lima, 2012

La gestación de la presente investigación se construye en el constante trabajo y convivencia con personas que presentan DOLOR. La experiencia con ellos, ha sido reveladora en muchos sentidos, pues al encontrar cómo el cuerpo comunica una dolencia concreta, también se hallan otros tipos de dolores que hacen que éste se intensifique y se incruste en todas las áreas de vida de quién lo padece y de las personas que lo acompañan.

Por ello, el presente trabajo está dedicado a las personas que han contribuido con él, principalmente a los pacientes con artritis reumatoide, y a todas las personas que la hicieron posible (médicos, profesores, amistades y familia), sin cuya presencia, apoyo y dedicación esto no hubiera sido posible.

Relaciones entre el dolor por Artritis Reumatoide con el Bienestar Psicológico, Afrontamiento y síntomas depresivos

RESUMEN

El presente estudio tiene la finalidad de explorar la relación existente entre percepción de dolor, bienestar psicológico, afrontamiento y síntomas depresivos en personas con artritis reumatoide. Los participantes fueron 45 personas de ambos sexos, entre 28 y 83 años evaluados al asistir a su consulta médica. Las medidas utilizadas fueron la Escala de Bienestar Psicológico (Ryff, 1989), el cuestionario de estimación del afrontamiento (Carver, Scheier y Weintraub, 1989), la escala visual-analógica numérica para evaluar el dolor y el Inventario de Depresión de Beck II (Beck, Steer y Brown, 2006).

Se encontró que el dolor no se relaciona con ninguna de las áreas del bienestar psicológico, pero tiene una moderada correlación positiva con los síntomas depresivos, con el estilo de afrontamiento enfocado en el problema, las estrategias de supresión de actividades competentes y postergación; además de una correlación negativa con la estrategia de enfocar y liberar emociones. Según las variables sociodemográfica y médicas, se observa: 1) una relación directa entre el grado de instrucción y todas las dimensiones del bienestar psicológico, salvo la de dominio del entorno, 2) el afrontamiento tuvo una relación directa entre acudir a la religión y el grado de vivencia religiosa de los participantes y finalmente, 3) relaciones negativas entre la estrategia de negación y la comorbilidad; y entre la estrategia de enfocar y liberar emociones y el tiempo del diagnóstico.

Los resultados sugieren que el dolor es una variable que define un cuadro particular dentro de las enfermedades crónicas y que debe ser estudiado con mayor profundidad a través de las variables psicológicas.

Palabras clave: Dolor, Bienestar Psicológico, Afrontamiento, Depresión, Artritis Reumatoide.

ABSTRACT

This study aims to explore the relationship between perception of pain, psychological well-being, coping and depressive symptoms in people with rheumatoid arthritis. The participants were 45 people of both genders, ages 28 to 83, were evaluated while attending their medical consultation. The measures used in this study were the Psychological Well-Being Scale (Ryff, 1989), the COPE Inventory (Carver, Scheier and Weintraub, 1989), visual analogue numerical scale to assess pain, and the Beck Depression Inventory II, (Beck, Steer and Brown, 2006).

We found that pain is not related to any area of psychological well-being, but has a moderate positive correlation with depressive symptoms, problem-focused coping style, activity suppression strategies and procrastination, as well as negative correlation with the strategy to focus on and venting of emotions. According to demographic variables, there was: 1) direct correlation among the level of education and all dimensions of psychological, with except the environmental mastery, 2) the coping had a direct relation among turning to religion and religious experience level and finally, 3) negative relationships amongst denial and the comorbidity, and among the strategy to focus on and venting of emotions and time of diagnosis.

The results of this study suggest that pain is a variable that defines a particular frame among chronic diseases and should be studied in greater depth by means of psychological variables.

Keywords: Pain, Psychological Well-being, Coping, Depression, Rheumatoid Arthritis.

Tabla de contenidos

Introducción	01
Objetivos de la investigación.....	11
Método	12
Participantes	12
Medición	13
Procedimiento.....	17
Resultados	19
Discusión	24
Referencias	36
Anexos	
Anexo A: Materiales de aplicación	
Anexo B: Datos de la muestra	
Anexo C: Pruebas de confiabilidad	
Anexo D: Relaciones significativas	

Introducción

En los últimos años, el dolor es una queja que está en aumento en el mundo y es uno de los síntomas que genera mayores visitas al médico en la vida de las personas (Taylor, 2007). En los Estados Unidos, se estima que el 45% de la población busca atención médica por dolores persistentes en su vida y el 9% de adultos sufren dolores de moderados a severos; una de las principales causas son los diferentes tipos de artritis, entre ellos, la artritis reumatoide. Olivares y Cruzado (2008) indican que el dolor constituye una experiencia universal que afecta en algún momento de la vida a toda la población. En el Perú, existen solo diez unidades de dolor en los centros de salud, que son los servicios que trabajan para disminuirlo. Por otro lado, el 50% de la población, especialmente adultos mayores, sufren dolores crónicos y agudos como consecuencia de enfermedades. Esto convierte al dolor en un problema de salud pública (Machado, 2008).

La definición de dolor tiene dos acepciones diferenciadas: de acuerdo con la primera, es una sensación particular desagradable asociada a un daño tisular, concebido como una señal de alarma frente a los peligros físicos y, según la segunda, el dolor físico también es un proceso psicológico que se muestra a través de las reacciones emocionales, cognitivas y conductuales que experimenta la persona con dolor (International Association for the Study of Pain, 1994). Recientemente —con el avance del estudio del dolor, la inclusión de este como una enfermedad *per se* y el reconocimiento del tratamiento para el mismo como un derecho humano—, se propone que el dolor es “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma, y si persiste, sin remedio disponible para alterar su causa o manifestaciones, una enfermedad por sí misma” (Ibarra, 2006, p.66).

Sánchez (2003) señala que existen diferentes clasificaciones para analizar y comprender el dolor, según su origen, intensidad, conducción, duración o ubicación. Para fines de la presente investigación, se utilizarán las dos últimas. Según Cordero (2010), el tiempo de duración el dolor puede clasificarse del siguiente modo:

- a) Dolor fásico: Su duración es corta y refleja el impacto inmediato. Generalmente las personas responden con la huida de la fuente de daño.
- b) Dolor agudo: Llamado también nociocectivo, ocurre cuando fuertes estímulos nocivos impactan la piel o tejidos profundos. Su expresión es igual que el anterior, además del temor y ansiedad hasta que desaparece, generalmente dura menos de seis meses.

c) Dolor crónico: Generalmente dura años o toda la vida, pues los tratamientos no dan resultado. Dentro de este tipo, se encuentran el dolor neuropático (generado por una disfunción del sistema nervioso central) y el dolor inflamatorio, que puede durar horas, días, meses o años. El impacto emocional del dolor crónico es altamente destructivo y frecuentemente se asocia con sintomatología depresiva severa por la ineficacia de los tratamientos.

La segunda clasificación se relaciona con la ubicación del dolor, por lo que se puede encontrar:

- 1) Dolor visceral: Es difícil de localizar; se siente como calambres y responde a potentes analgésicos; frecuentemente irradia el dolor a diferentes zonas. Se presenta en el cáncer pancreático, metástasis intra-peritoneal y obstrucción intestinal (Duarte, 2005).
- 2) Dolor somático: Se localiza en los músculos y estructuras osteoarticulares; es descrito como un dolor fijo y continuo. Se presenta en situaciones postquirúrgicas, el síndrome de dolor miofascial, en la fibromialgia, lumbalgia crónica, hernia discal, osteoartritis, artritis reumatoide, cefaleas y otros (Duarte, 2005).

Algunas teorías del dolor explican que, en ocasiones, no existe relación entre la magnitud de la lesión y la intensidad de dolor expresada, lo cual pone de manifiesto el componente personal. Lo subjetivo-emocional en la percepción del dolor es importante en su sensación, pues introduce el matiz psíquico que favorece el registro del dolor en la memoria (Gala, Lupiani, Guillén, Gómez y Lupiani, 2003; Soucase, Soriano y Mosalve, 2005). En este sentido, Vinaccia, Contreras, Palacio, Marin, Tobon y Moreno (2005), explican que la exposición al dolor en las etapas iniciales de la vida transforman la naturaleza de su expresión posterior, igual que el significado particular del dolor, remarcando que estas primeras experiencias podrían condicionar la experiencia presente y que dicho significado influirá sobre su experiencia futura.

Biológicamente, una de las teorías más usadas para entender este fenómeno es la teoría del control de las compuertas en la percepción del dolor de Melzack y Wall (1965), quienes señalan que las emociones cumplen un papel fundamental en la transmisión o no del dolor al cerebro. Por lo tanto, es a partir de las emociones que el dolor genera en el individuo, por un lado, el registro en el cerebro y, por otro, la percepción del dolor.

La teoría psicológica del dolor se basa en el comportamiento humano y considera al paciente como producto de la interacción de su personalidad y de sus valores sociales aprendidos, con lo cual se genera una respuesta individual. Acepta que el dolor es una sensación subjetiva y una experiencia emocional desagradable en la que están en juego

múltiples factores propios del individuo (su personalidad, el medio, la cultura, lo social, la educación, entre otros) que influyen en la percepción y en la expresión de este. Por lo tanto, la importancia está en la percepción que tiene la persona de su dolor (Geers, Wellman, Helfer, Fowler, y France, 2008; Harris, Mulford, Solomon, Van Gelder y Young, 2005; Sánchez, 2003). La intensidad consiste en la magnitud con que este se percibe, la cual puede estar influenciada por factores de orden psicológico, social y cultural; por ello, varía de persona a persona (Rojas-Elizondo, 2003).

Para fines de la presente investigación, se ha considerado conveniente explorar el dolor crónico en una enfermedad reumatológica: la artritis reumatoide. Este tipo de enfermedades se caracteriza por la aparición de alteraciones dolorosas en el aparato locomotor, tales como huesos, articulaciones, músculos, tendones y ligamentos. Según Taylor (2007), el reumatismo constituye más de 200 enfermedades, cada una de las cuales tiene un diagnóstico y tratamiento diferentes. El dolor generado por estas enfermedades se ubica dentro de la categoría de dolor crónico y es somático (Beers, 2003).

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune, cuyo origen es desconocido aún, pero existen factores endocrinos, ambientales y genéticos involucrados en su desarrollo. Los síntomas principales son la inflamación simétrica de una o más articulaciones —incluidas habitualmente las de las manos y los pies—, lo que da lugar a hinchazón y dolor, que en ocasiones llega a la destrucción definitiva del interior de la articulación, disminución de movimiento, aumento del calor local, rigidez matinal, entumecimiento e incapacidad para mover una o varias articulaciones al despertar (Ballina y Rodríguez, 2000). El sistema inmune ataca al propio tejido que reviste y protege las articulaciones. Finalmente, el cartílago, el hueso y los ligamentos de la articulación se deterioran, lo cual provoca la formación de cicatrices dentro de la articulación, que se deterioran a un ritmo muy variable (Taylor, 2007). Otros síntomas constitucionales son la sensación de fatiga, la falta de energía y fuerza, fiebre, cansancio y pérdida de peso sin motivos (Ballina y Rodríguez, 2000).

La AR también se asocia con otros síntomas que marcan cómo será el ajuste de los pacientes a la enfermedad, tales como el dolor, la incapacidad funcional y las emociones negativas como ansiedad, tristeza o depresión e ira. El dolor es el responsable del juicio del individuo sobre su estado general de salud y de enfermedad, así como el síntoma que genera el mayor uso de medicación por largos períodos de tiempo. Por otro lado, la incapacidad funcional es una consecuencia lógica de la enfermedad, uno de los

predictores del curso de esta, que se relaciona con las emociones negativas y con mayor riesgo de mortalidad. La emocionalidad negativa se explica en el impacto que tiene la enfermedad en muchas áreas de la vida de los pacientes (pareja, trabajo, sexualidad, relaciones sociales, economía, etc.), y su importancia radica no solo en el malestar que produce, sino en que se correlaciona positiva y significativamente con mayores niveles de dolor, incapacidad funcional y un empeoramiento de la enfermedad (Redondo, Pérez y Iruarrizaga, 2003). En este sentido, Yescas, Huertas, Vargas, Barbosa y Lugo (2008), encontraron que las emociones negativas como depresión, ansiedad y desesperanza aprendida dependían de la actividad laboral, estado civil del paciente y un afrontamiento de tipo pasivo en los pacientes con AR.

El 50% de las personas que padecen AR se recuperan completamente; la otra mitad permanece artrítica y un 10% quedará severamente incapacitado. Las mayores complicaciones de la AR se encuentran en el dolor, la limitación para realizar actividades y la necesidad de depender de otros. Afecta aproximadamente al 1% de la población mundial, con una frecuencia dos a tres veces superior en la mujer que en el hombre, entre los 25 y 50 años como mayor índice, pero puede aparecer a cualquier edad (Beers, 2003). Taylor (2007), al señalar la relevancia de estudiar esta enfermedad, indica que, en Estados Unidos, 40 millones de personas sufren dolores diarios por artritis y, en Europa, más de 38 millones. En Argentina, se encuentra que, del total de los casos detectados de artritis reumatoide, el 80% son mujeres entre 16 y 47 años; el 57% no trabaja; solo el 20% desempeña un trabajo calificado; el 36% está sometido a un tratamiento inadecuado, debido a que solo el 34% es atendido por especialistas (Quinteros, Leal, Vásquez, Espíndola, Fracchia y Sánchez, 2010).

En el Perú, se han llevado a cabo dos estudios poblacionales para hallar la prevalencia de la AR: uno en el distrito de San Juan de Miraflores, que encontró el 1% de prevalencia (Quevedo, Vidal y Castañeda, 1995), y otro en el distrito de Villa El Salvador, con una prevalencia menor de 1% (Aguilar, et al., 1994), ambos con una prevalencia similar a la mundial. Otro estudio realizado por el Servicio de Reumatología del Hospital Guillermo Almenara el 2007, siguiendo pautas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la International League of Rheumatology Associations (ILAR), basado en 12 mil personas, encontró una prevalencia de 0,5% (Núñez, Lozada, Akamine, Carbajal y Aguilar, 2008). Según el Ministerio de Salud (Minsa), los casos reportados como artritis reumatoide seropositivas en Lima en el 2009 (síndrome de Felty, vasculitis reumatoide, artritis reumatoide con compromiso de otros órganos o sistemas, otras artritis reumatoideas

seropositivas y artritis reumatoidea seropositiva, sin otra especificación) fueron 2 535, de los cuales 10% eran hombres y el 90%, mujeres. En el año 2010, se presentaron 3 075 casos con igual proporción: el 11% estaba constituido por hombres y 89%, por mujeres, lo cual representa un avance significativo de la enfermedad en nuestra sociedad y un reto para los profesionales cuyo trabajo se dirige a la disminución de sus implicancias.

Los componentes psicológicos asociados a la AR van a tener mucha relevancia para su manejo. Por ello, en la presente investigación, se ahondará en el estado de bienestar psicológico, los procesos de afrontamiento y el estado de ánimo existente en las personas que padecen artritis reumatoide.

La obtención de bienestar en la vida ha sido buscada desde la antigüedad por filósofos, poetas y científicos (Victoria, 2004). Desde la psicología, surge la psicología positiva, que ve más allá de la víctima, el desvalido y el remedio, intentando entender y construir factores que permitan que los individuos, familias, comunidades y sociedades avancen y florezcan (*flourish*). El campo de la psicología positiva se divide en tres niveles: el subjetivo —en el que se encuentra el bienestar—, el individual y el grupal (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Asimismo, la psicología positiva busca estudiar otros aspectos del ser humano como la fortaleza o resiliencia y las virtudes (Seligman, 2002).

El concepto de bienestar psicológico (BP) cuestiona la propuesta en la que se arraiga el concepto de hedonismo (placer) para igualarlo a felicidad y se orienta hacia la línea eudaimónica (*eu*, 'bueno' y *daimon*, 'espíritu interno') del bienestar, en el que la felicidad de cada persona proviene de la realización de su propio potencial (Ryff, 1989). *Eudaimonia* alude a sentimientos que acompañan la conducta que se aproxima al verdadero potencial de la persona. *Daimon* es un ideal de excelencia y perfección hacia el que el ser humano se dirige; es un principio que da sentido y dirección a la vida. Por ello, la autorrealización implicará actividades dirigidas hacia un propósito importante y coherente de cada persona (Kashdan, Diener y King, 2008; Ryff y Singer, 2008; Waterman, 2008).

Ryff y Singer (2008) explican el constructo de BP desde seis dimensiones, con las que reconocen que el bienestar requiere de mucho esfuerzo y disciplina, y la felicidad es un producto secundario de propósitos más nobles. Por ello, el bienestar no solo medirá si la persona se siente feliz, sino cómo se encuentra en el funcionamiento de las diferentes dimensiones: relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal, propósito en la vida y autoaceptación.

Al relacionar el BP con temas de salud, se encuentra que la actividad física regular generará muchos beneficios psicológicos que influirán en el estado de ánimo, la ansiedad, depresión, la autoestima y la emotividad, lo que permitirá la prevención y mejora de las enfermedades (Fiorentino, 2004; Jiménez, Martínez, Miró y Sánchez, 2008; Molina-García, Castillos y Pablos, 2007). En el Perú, se halló que la práctica de yoga (Chávez, 2008) y la práctica de danza (Meza, 2010) están asociadas positivamente al BP.

Los estudios realizados con enfermedades encuentran que el BP está relacionado con una mejor evolución, una percepción positiva del estado de salud general y una aproximación favorable del paciente hacia su evolución y rehabilitación (Victoria, 2004). Ryff, Singer y Love (2004), al estudiar el constructo de BP con enfermedades crónicas, reportaron que este se asocia con la reducción del riesgo biológico. En mujeres adultas, se halló que las que obtuvieron altos puntajes en las dimensiones de crecimiento personal y propósito en la vida presentaban una mejor regulación endocrina (producción menor de cortisol, adrenalina y noradrenalina). Además, altos puntajes en autonomía se asociaron con niveles más altos de noradrenalina, mientras que frente a los factores inmunológicos, se encontró que altas puntuaciones en la dimensión de propósito en la vida presentaron menores medidas inflamatorias. Los puntajes elevados en las sub-escalas relaciones con otros, crecimiento personal y propósito en la vida se asoció con un menor riesgo cardiovascular. Cuando las personas mostraban puntajes altos en las áreas de manejo del ambiente, relaciones con otros y autoaceptación, alcanzaban niveles bajos en la medida de resistencia a la insulina. Finalmente, una alta puntuación en la dimensión manejo del ambiente se relacionó con periodos de mayor duración del sueño y de permanencia en la cama, además de una entrada más rápida y periodos más largos de sueño REM.

Por otro lado, el bienestar subjetivo en mujeres con AR se asoció con la percepción del funcionamiento familiar, y la cantidad y tipo de soporte recibido a pesar de la percepción del dolor; se encontró que a mayor fatiga había menor bienestar subjetivo (Coty y Wallston, 2010). Además, las mujeres con AR también obtuvieron más bajos puntajes de bienestar psicológico que las mujeres sanas (Coty y Wallston, 2008). Finalmente, Mangelli, Gribbin, Büchi, Allard y Sensky (2002) indican que la ausencia de un trastorno del estado de ánimo en personas con AR se asocia con una puntuación elevada del BP.

Otros estudios que utilizan instrumentos de bienestar distintos al de Ryff (Nagyova, Stewart, Macejova, van Dijk y Van den Heuvel, 2005; Plach, Heidrich y Waite, 2003) encuentran que la baja autoestima y el pobre ajuste a la enfermedad son importantes

vínculos entre la percepción del dolor y el bienestar psicológico. Además, mujeres diagnosticadas de AR con un pobre estado de salud, pero con un rol social elevado mostraban menores indicadores de síntomas depresivos, que las mujeres con mal estado de salud y un rol social disminuido. Por otro lado, Schleicher, Alonso, Muller, Loevinger y Coe (2005) encuentran que mujeres con fibromialgia obtenían puntuaciones bajas en la escala de bienestar psicológico en relación con las mujeres con AR y el grupo control de mujeres sanas. Ello se asocia a mayores puntajes de BP con menor incapacidad física y fatiga, pero no con menos dolor en las mujeres con fibromialgia.

El afrontamiento, desde el Modelo Transaccional de Lazarus y Folkman (1986), es concebido como un proceso por el cual la persona se enfrenta con un estresor e inicia esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar las demandas específicas —internas o externas— considerados como excedentes o que desbordan los recursos del individuo (Fierro, 1997; Maes, Leventhal y De Ridder, 1996; Krohne, 1996).

Se considera también un factor estabilizador que puede ayudar a los individuos a mantener una adaptación psicosocial durante los periodos de altos niveles de estrés (Holahan, Moos, y Schaefer, 1996, Cassaretto y Paredes, 2003). Durante el proceso de afrontamiento, las personas intentan, por un lado, manejar la situación que genera la emoción desagradable —es decir, el problema actual o venidero— y, por otro, manejar las emociones en sí mismas (Aldwin, 2000; Lazarus, 2003).

Los estilos de afrontamiento se refieren a las disposiciones personales para enfrentar las diversas situaciones y muchas veces tienden a ser comparados con rasgos de personalidad (autoeficacia, autoconfianza, locus de control, optimismo, entre otros), autoestima, creencias y características sociales (Lazarus y Folkman, 1986). Estos, se relacionan con el uso de ciertas estrategias de afrontamiento, cuyo uso corresponde a una estabilidad temporal y situacional. Las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos y específicos que se utilizan en cada situación; hacen referencia a los esfuerzos cognitivos y conductuales para hacer frente, es decir, manejar, reducir, tolerar o minimizar las demandas internas y externas que son creadas y que variarán según los eventos estresantes (Taylor 2007; Folkman, 1984).

Lazarus y Folkman (1986) indican que los estilos de afrontamiento pueden ser de dos tipos: centrados en el problema y en la emoción. Posteriormente, medidas del afrontamiento como el COPE Estimation generaron el planteamiento de otro estilo llamado evitativo (Ficková, 2005). Además, el afrontamiento puede presentarse de dos

formas: disposicional y contextual. Para el presente estudio, se usará la segunda, que señala que el uso del afrontamiento es transitorio y depende de la situación (Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Moos y Holahan, 2003).

La enfermedad crónica (EC) es considerada una fuente de estrés importante, pues causa deterioro continuo y constante en el funcionamiento bio-psico-social de la persona, afectando su calidad de vida y bienestar. Además, según las características propias de la EC tales como duración, aparición, intensidad, gravedad y etapa (Rodríguez, 1995), genera nuevas exigencias de adaptación y ajustes continuos en sus hábitos y estilos de vida. Cuando este ajuste no se produce, el estrés derivado tanto de la EC como de los acontecimientos vitales típicos incrementa la probabilidad de conductas maladaptativas (incumplimiento del tratamiento y mayor ejecución de conductas de riesgo) que, en el tiempo, disminuyen aun más la salud, pues repercuten directamente sobre la disminución de la respuesta inmunológica y las pobres prácticas de salud (Jones y Bright, 2007; Martin y Brantley, 2002). Por lo tanto, la presencia de una EC no solo es percibida como una amenaza o pérdida de las funciones importantes para el bienestar personal, como la autoimagen, autoconcepto, integridad corporal, autonomía, independencia, equilibrio emocional y funciones cognitivas, sino que también podría percibirse como un desafío frente a las nuevas condiciones que tendrá que manejar (tratamientos, hábitos alimenticios, cambios en sus actividades laborales, sociales y en sus relaciones interpersonales) (Di Matteo y Martin, 2002; Taylor, 2007).

Cabe señalar que la exclusiva aplicación de cualquier tipo de afrontamiento podría generar dificultades en el bienestar. La efectividad del afrontamiento en la EC se relaciona con la flexibilidad en el uso de diferentes estrategias (Cheng, 2001, 2003); en el caso de la AR, las exigencias cambiarán con el curso de la misma, por lo que sucederá lo mismo con los estilos y estrategias de afrontamiento, y con ello se regulará la efectividad de la demanda. Sin embargo, Martin y Brantley (2002) afirman que las personas enfermas suelen ser menos flexibles en el uso de estas, por lo que se pueden esperar respuestas maladaptativas que afecten el tratamiento médico (Miller, et al., 2000).

La efectividad del afrontamiento en la EC se logra al aceptar las limitaciones y pérdidas que esta impone, al mantener un equilibrio entre las emociones positivas y negativas de la vida, y el sentido de uno mismo (Aldwin, 2000, Taylor 2007), de ahí que sea necesario contar con un repertorio amplio de estrategias y estilos de afrontamiento que decanten en una mejor adaptación y asimilación de la EC en la vida de la persona, pues no todas son útiles en todo momento. El resultado efectivo o no de las respuestas de afrontamiento en

la EC no solo depende de los esfuerzos individuales, sino también de la forma en que su entorno social responde a dichos esfuerzos (Rodríguez, López y Pastor, 1990).

Gaviria, et al., (2006b) reportaron que las estrategias de afrontamiento que facilitan la adaptación adecuada a la EC son la percepción de autoeficacia, el optimismo, el realismo y las conductas activas en la solución de problemas. De este modo, el catastrofismo, la autoeficacia y las estrategias de afrontamiento activo, la expresión de emociones y la búsqueda de apoyo social van a ser determinantes en la discapacidad y el dolor que experimenten las personas con alguna enfermedad (Almendro, Clariana, Hernández, Rodríguez, Camarero y del Río, 2011; Kratz, Davis y Zautra, 2012; Lowe, et al., 2008).

Savicki (2002) encuentra que el afrontamiento focalizado en el problema es más funcional para reducir el estrés psicológico, pues sobre todo el afrontamiento activo parece asociarse con resultados psicológicos positivos, como una mejor adaptación a la EC. El afrontamiento centrado en la emoción es de gran utilidad en los primeros momentos de esta, pues presenta resultados positivos cuando se lo percibe como incontrolable, mientras que el afrontamiento evitativo (no confrontación, distanciamiento, autocontrol y escape) se asocia con efectos negativos como depresión y ansiedad (Aldwin, 2000; Martin y Brantley, 2002; Taylor 2007). El afrontamiento por evitación cognitiva o conductual —sea porque niegan, minimizan, se distancian, escapan o racionalizan la enfermedad y sus efectos— es la estrategia más usada en los adultos con EC; seguida por la búsqueda de información, generalmente de la EC; el afrontamiento activo para ejecutar acciones en beneficio de la calidad de vida; el afrontamiento por inhibición, en el que se reprime la experiencia emocional que provoca la enfermedad; el afrontamiento pasivo, que ocurre cuando la persona no se percata de su enfermedad ni de sus efectos; y, finalmente, la confrontación para encontrar un sentido de la enfermedad y que ello pueda influir en la aceptación de la misma (Aldwin, 2000; Martin y Brantley, 2002; Taylor 2007). En efecto, la espiritualidad contribuye en el desarrollo de habilidades para hacer frente a la EC y a los cambios que esta presente. Las personas con mayores recursos de afrontamiento espirituales/religiosos son más perseverantes, tienen mayor sentido de bienestar, que los protege de los síntomas depresivos. En el caso de la AR, este afrontamiento permite un mejor manejo del dolor (Larson y Larson 2003).

La percepción de dolor y las estrategias de afrontamiento se influyen mutuamente en pacientes diagnosticados con AR. Si el afrontamiento no es adaptativo, la persona se abstendrá de realizar ejercicios físicos por temor a sentir dolor, lo que puede producir no solo el efecto contrario, sino que podría incapacitarse aún más. El catastrofismo,

rezar/esperar y sentir indefensión se asocian con niveles más altos de dolor, depresión y distrés, además podría determinar en gran medida el pronóstico de la EC (Vinaccia, et al., 2005).

Adicionalmente, existe una clara relación entre el dolor crónico y la variación de las creencias sobre la experiencia y la forma de afrontar dicha situación (Gaviria, et al., 2006a), pues, cuando el dolor permanece por muchos años, afecta la calidad de vida y el bienestar psicológico que la persona experimenta en su vida. En este sentido, el efecto que genera el dolor al inicio suele generar un alto grado de ansiedad, que el individuo percibe como amenazante a su vida, y que luego podría asociarse con depresión (Jones y Bright, 2007; Newth y DeLongis, 2004; Salas, 2009), ya que la AR tiene serias implicancias laborales, económicas, familiares, sociales, sexuales, etc. Por ello, importan los mecanismos que se ponen en marcha para intentar paliar los daños, tales como las estrategias o estilos de afrontamiento que las personas con dolor realizan frente a esta situación (Gaviria, et al., 2006a; McCracken y Vowles, 2008).

Ramírez, Esteve y López (2001) hallaron que el uso de estrategias de afrontamiento modula la relación entre el neuroticismo y el malestar psicológico, debido a este se encuentra influenciado por el valor de los síntomas y el bienestar en los pacientes con AR. Altas puntuaciones en neuroticismo fueron asociadas con más angustia, intensidad de dolor, síntomas depresivos e incapacidad (Elfström, Kreuter, Rydén, Persson y Sullivan, 2002). Cuando se usó la estrategia de afrontamiento del catastrofismo, las personas presentaron menos satisfacción en la calidad de vida, y reportaron más dolor y altos niveles en neuroticismo, por lo que se puede predecir una adaptación deficiente a la enfermedad (Persson y Sahlberg, 2002).

Asimismo, un estudio longitudinal de un año encontró que los pacientes con AR al tener mayor percepción de estrés y no utilizar estrategias activas de afrontamiento corrían mayor riesgo de presentar dificultades psicológicas (ansiedad y/o depresión). Por otro lado, el optimismo/pesimismo predecía bienestar psicológico a lo largo del año de la enfermedad (Theharn, Lyons, Booth, Kitas, 2007).

La última variable de estudio es el estado de ánimo de las personas con AR, pues algunas investigaciones (Katz y Yelin, 2002; Yescas, Ascencio, Vargas, Barbosa y Lugo, 2008) asocian la enfermedad artrítica con altos niveles de sintomatología depresiva (Freire, et al., 2011; Taylor, 2007), lo cual no ayuda en la adaptación y/o recuperación de esta, y favorece el proceso doloroso en AR. Diagnosticar y reconocer la depresión en personas con dolor crónico es todo un desafío; en el caso de la AR, también lo es, pues

hay superposición de síntomas, como la fatiga y el cansancio matutino, entre otros. Además, los síntomas depresivos incrementan la sintomatología en la AR y generan dudas de la capacidad del afectado para realizar las actividades vitales, lo cual contribuye a desarrollar más síntomas depresivos.

En Paraguay, se encontró que las personas con AR tenían una prevalencia de sintomatología depresiva del 42%, casi diez veces superior a la población general (Bordon, 2012). En Chile, la prevalencia fue de 47%, siete veces superior a la población general (Velásquez, Pizarro, Pizarro y Massardo, 2002). Por tanto, el bienestar psicológico, el afrontamiento (estilos/estrategias) y los síntomas depresivos asociados a la AR, pueden ser componentes que provean una mayor o menor adaptación a la enfermedad y, por ende, mayor tolerancia y mejor manejo del dolor.

Debido el aumento de las enfermedades inmunológicas en nuestro medio y en el mundo, surge el interés por estudiar algunas variables psicológicas asociadas a la AR. En el Perú, no se ha investigado el tema, por lo que se plantea explorar la percepción del dolor en personas con AR y su relación con variables protectoras como el bienestar psicológico, variables de riesgo como el estado de ánimo negativo (síntomas depresivos), y variables mediadoras como el afrontamiento frente a dicha enfermedad.

En el mundo, existe un gran número de estudios (Keefe y Somers, 2010; Robbins, et al., 2011; Tennen, et al., 2006.) que relacionan el dolor y la AR con la depresión como factor de riesgo para la adaptación a la EC; así mismo, otras relacionan la EC con el afrontamiento y el bienestar psicológico. Por tanto, el propósito del estudio es analizar la relación entre la percepción del dolor, el bienestar psicológico, los estilos/estrategias de afrontamiento y el nivel de sintomatología depresiva de las personas que tienen AR. Los objetivos específicos son los siguientes:

1. Describir la percepción de dolor en personas con AR, tomando en cuenta criterios de tiempo (el mismo día, hace dos semanas y hace un mes), y variables sociodemográficas (sexo, edad, procedencia, instrucción, ocupación, estado civil, con quién vive y religión) y médicas (antecedentes familiares, comorbilidad y tratamiento en salud mental).
2. Describir los niveles de bienestar psicológico, estilos/estrategias de afrontamiento más usados, y el nivel de sintomatología depresiva en los pacientes con AR, en función de las variables sociodemográficas y médicas.

Método

Participantes

Son 45 personas de ambos sexos que sufren AR. La mayoría la constituyen mujeres (91%) y un porcentaje reducido son hombres (9%). Las edades oscilan entre 28 y 83 años ($M=52,95$, $DE=12,6$); la mayor parte proviene de provincia (62%), con un promedio de 14 años de permanencia en Lima.

La participación fue voluntaria y todos firmaron previamente un consentimiento informado (Anexo A1). Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: (a) tener el diagnóstico realizado por un médico durante al menos seis meses y haber recibido tratamiento; (b) no tener o haber tenido un diagnóstico psiquiátrico tipo psicosis o retardo mental; (c) ser mayor de 20 años, para descartar artritis juvenil; y (d) no haber ingerido en algún momento de su vida medicación antipsicótica.

La mayoría cuenta con estudios superiores (71%) y el 20% con secundaria completa. Respecto a la ocupación, cerca de la mitad trabaja fuera de casa (49%); el 47%, en casa; y solo el 4% de los participantes son retirados. En cuanto al estado civil, 73% tenía una pareja (casados o convivientes) y el 27% no la tenía (soltero, viudo, divorciado o separado). En cuanto a las personas con quienes vivían, la mayoría (89%) lo hace con alguien más y el 11% viven solos.

Para aproximarnos al aspecto religioso de los participantes, se creó una escala de Likert que se puntuó del 1 (poco religioso) al 7 (muy religioso) (Anexo A2). Estadísticamente, los puntos de corte se obtuvieron usando el percentil 33% y 67%, ubicándose entre 4 y 5 de la puntuación obtenida, por lo que se estableció que cuando reportaban puntuaciones entre 1 y 3 se referían a una vivencia religiosa baja; entre 4 y 5, a una moderada; y entre el 6 y 7, una alta vivencia religiosa. Así, se encontró que la mayoría (51%) indicó una vivencia religiosa moderada, seguido por un 27% con una vivencia religiosa alta y un 22% reportó una vivencia baja.

En relación con las variables médicas, el 58% manifestó tener familiares con AR, de los cuales el 38% eran cercanos (padres y/o hermanos) y el 20%, lejanos (abuelos, tíos y/o primos). La mayoría (64%) no padecía otras enfermedades, mientras que el 36% reportó otras enfermedades crónicas como hipertensión arterial (HTA), EPOC, glaucoma, osteomielitis, osteoporosis, gastritis y artrosis. Finalmente, el 27% de los participantes habían seguido un tratamiento psicológico; 4%, tratamiento psiquiátrico; y 69% no había recibido ningún tipo de atención referida a su salud mental.

Adicionalmente, se controlaron algunas otras variables sociodemográficas como edad, cantidad y edad de los hijos, y lugar de nacimiento (Anexo B1); y variables médicas como medicación para AR y para otras enfermedades, hospitalización en los últimos seis meses y el tratamiento para otras enfermedades (Anexo B2).

Medición

El dolor se evaluó a través de su intensidad, con tres preguntas, en las que se solicitó a la persona que realizara una valoración de su dolor en el último mes, en las últimas dos semanas y el día presente, con la escala visual-analógica (VAS) numérica (Anexo A3). Adicionalmente, se le reiteró la pregunta “el día de hoy tomó alguna medicación para el dolor y cuál”.

Se utilizó la escala visual-analógica numérica, porque mide el dolor como producto de una introspección selectiva, en la que el individuo debe asignarle un valor a su dolor, desde 1 al 9. Él señala el número para indicar la intensidad de este: del 1 al 3 significa que el dolor es leve; del 4 al 6, moderado; y del 7 al 9, severo. Además, se tomó en cuenta que la intensidad es el parámetro más utilizado para evaluar la experiencia del dolor, en procesos de diagnóstico y en planes de tratamientos (Ruvalcaba y Domínguez, 2009; Turk y Melzack, 2001). Esta calificación nunca mide el dolor con exactitud, pues es difícil asignar un número exacto a la percepción dolorosa que es una experiencia dinámica. Sin embargo, otras medidas de dolor han mostrado limitaciones psicométricas importantes que afectan la validez, tales como descriptores verbales difíciles de comprender en un aspecto afectivo (Boyle, Fernández y Ortet, 2003). La escala visual analógica (VAS) es la más usada por ser simple y por haber mostrado ser la más sensible para detectar el cambio en la percepción del dolor, además de presentar buena validez y confiabilidad test-retest (Gelman, Rojas-Elizondo, 2003; Lera, Caballero y López, 2005; Moral, Gonzáles y Landero, 2011; Olivares y Cruzado, 2008; Tamiya, et al., 2002). En Medellín (Vélez y Álvarez, 2010), se encontró validez convergente entre la escala de catástrofes del dolor y la escala visual analógica, y se obtuvo una correlación moderada estadísticamente significativa (0.6).

El bienestar psicológico (BP) es evaluado por la “Escala de Bienestar Psicológico” creada por Ryff (1989), que consta de 84 ítems con alternativas tipo Likert del 1 al 6, que incluye “totalmente en desacuerdo” hasta “totalmente de acuerdo”. Algunos ítems se puntúan de manera inversa, y está formada por seis sub-escalas: autoaceptación, relación con otros, autonomía, manejo del ambiente, sentido de vida y crecimiento personal.

La confiabilidad inicial de la prueba (Ryff, 1989) fue realizada con 20 ítems para cada dimensión, los cuales mostraron coeficientes de alpha de Cronbach entre ,86 y ,93. Los coeficientes alfa de Cronbach de la versión de 14 ítems por subescala (84 ítems en total), que se utilizará en la presente investigación, fluctuaron entre 0,82 a ,90 en las subescalas, lo cual muestra una adecuada confiabilidad (Ryff, Lee, Essex y Schmutte, 1994).

El análisis de validez presentó correlaciones positivas significativas ($p < ,001$) entre subescalas del bienestar psicológico y medidas de funcionamiento psicológico positivo como satisfacción con la vida, autoestima, locus control interno y moral con coeficientes desde ,25 a ,73. Los análisis de correlación negativas significativas con medidas de funcionamiento psicológico como depresión y locus de control externo con coeficientes entre -,30 a -,60 (Ryff, Lee, Essex y Schmutte, 1994).

Diferentes autores corroboraron la estructura factorial de las seis dimensiones de la escala de bienestar psicológico de Ryff (1989) (Cheng y Chang, 2005; Clark, Marshall, Ryff y Wheaton, 2001; Van Dierendonck, 2004; Van Dierendonck, Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco y Moreno-Jiménez, 2008).

En el Perú, la Escala de Bienestar Psicológico ha sido validada para estudiantes universitarios entre los 18 y 31 años por Cubas (2003), quien realizó la adaptación de la prueba a través de una traducción y validación semántica, y obtuvo la confiabilidad de ,89 según los coeficientes alfa de Cronbach para toda la prueba, y entre ,78 y ,87 para las sub-escalas. El análisis de ítem-test tuvo una correlación superior a ,50 que corresponde a las seis sub-escalas de la prueba, lo que implicando una estructura jerárquica que explica el 64,1% de la varianza, y comprueba la validez de la prueba. Dicha adaptación se utiliza en una investigación con practicantes de yoga y obtiene una confiabilidad en la escala total de ,96 según el alfa de Cronbach y mayor de ,70 para las subescalas (Chávez, 2008); en practicantes de danza moderna, se obtiene un coeficiente de alfa de Cronbach de ,95 en la escala total y más de ,74 en las subescalas (Meza, 2010). Así también, con alumnos de un MBA (Master in Business Administration), se obtuvo alfa de Cronbach total de 0,91 (Pardo, 2010) y se encontró alfas mayores a ,69 en las subescalas. Guimet (2011), con internas de un penal, obtiene un alfa de Cronbach total de ,91 y de más de ,42 para las subescalas.

En la presente investigación, se obtuvo la confiabilidad a través del coeficiente alfa de Cronbach de 0,87 para la escala total y para las sub-escalas. Se halló que las correlaciones oscilan entre ,47 a ,79 (anexo C1), y que la sub-escala de propósito en la vida es la más baja.

Para medir el afrontamiento, se utilizó el COPE (Coping Estimation Scale), creado por Carver, Scheier y Weintraub (1989) en su versión situacional que parte del modelo teórico de Lazarus y Folkman (1986), y del modelo de autorregulación conductual que evalúa los estilos de afrontamiento que las personas utilizan frente a situaciones estresantes. Consta de 52 ítems en formato tipo Likert de cuatro puntos de calificación que va desde “casi nunca hago eso” hasta “hago esto con mucha frecuencia”. Está organizado en tres áreas, que incluyen trece escalas, correspondiente con las trece estrategias de afrontamiento (Carver et al., 1989). Cada escala está conformada por cuatro ítems que se califican según el valor de su respuesta y la suma de los puntajes de los ítems genera un total de trece puntajes que definen un perfil de afrontamiento. De ahí que se establezca una jerarquía de los estilos (centrado en el problema, en la emoción y otros estilos o evitativos) y las estrategias de afrontamiento más usadas.

El cuestionario fue creado y validado por Carver et al. (1989) mediante un análisis factorial que determinó la existencia de 12 factores: once interpretables y uno de carga factorial inferior a 0,30 que no se incluyó en el resultado final. De estos 11 factores, los ítems de las escalas búsqueda de soporte social, afrontamiento activo y planificación no coincidieron con la asignación original, pero se mantuvieron como factores independientes dados los criterios teóricos del constructo. La confiabilidad se halló con el coeficiente de consistencia interna de Cronbach y se encontró un rango de ,45 a ,92.

En el Perú, la versión disposicional del COPE fue adaptada y validada por Salazar (1992) y Sánchez (1993), sometiendo la versión traducida del cuestionario al criterio de cuatro psicólogos con conocimientos de inglés, cuyas observaciones fueron consideradas para la versión final del instrumento. Esta versión fue aplicada a 82 estudiantes universitarios. Se obtuvo una correlación significativa con índices superiores a ,32 en la validez ítem-test, por lo que se la consideró válida y confiable. Casuso (1996) realiza una nueva validación y adaptación del COPE aplicando la prueba a 817 estudiantes universitarios; obtuvo alfas de Cronbach que fluctuaba entre ,40 y ,86 para cada escala. Mediante la validez obtenida a través del análisis factorial, encontró que la estructura factorial no coincidía plenamente con la obtenida originalmente por los autores, por lo que se reagruparon los ítems y se dio origen a un inventario COPE modificado que se denominó reorganizado.

Chau (1999) aplicó el COPE original a 440 universitarios y obtuvo una validez a través del análisis factorial; esta reveló que de las 13 escalas, nueve mantenían su forma original, cuatro se tuvieron que reconstruir y se eliminó un ítem por tener bajas

correlaciones ítem-test. La escala postergación de afrontamiento no se confirmó factorialmente, pues dos ítems no se validaron, pero se conservó para mantener una congruencia teórica. Así, los factores obtenidos por dicho análisis llegaron a explicar un 63% de la varianza total. La confiabilidad, a través del alfa de Cronbach para cada escala, se ubicó entre ,44 y ,89. Cuando Chau (2004) realiza nuevamente los análisis de confiabilidad con 1162 estudiantes, encuentra que los coeficientes alfas fluctuaban entre ,50 y ,90.

Otras investigaciones que han utilizado el COPE situacional relacionándolo con enfermedades físicas (Rojas, 1997; Flores, 1999; Solano, 2001; Paredes, 2003) han corroborado su confiabilidad con puntuaciones alfa de Cronbach entre ,74 a ,55. En el presente estudio, se obtuvieron coeficientes alfa de Cronbach (Anexo C2), que fluctúan entre ,89 y -,06; la escala desentendimiento cognitivo es la que correlaciona negativamente (anexo C3). Además, en la escala postergación del afrontamiento, reinterpretación positiva, y enfocar y liberar emociones, se encontró que los ítems 17, 33 y 49 respectivamente no funcionaban. Sin embargo, debido al amplio historial de estandarización de la prueba con diferentes poblaciones en nuestro medio es que se ha decidido mantener los ítems y las escalas. En esta escala, además se convirtieron los puntajes medios de las escalas y de los estilos para hacerlos comparables; es decir, cada estilo se dividió entre el número de ítems (cinco en los estilos enfocados en el problema y en la emoción y tres para otros estilos) y cada estrategia entre el número de preguntas (cuatro).

La sintomatología depresiva es evaluada a través del Inventario de Depresión de Beck en su segunda edición (IDB-II, creado por Beck, Steer y Brown, 2006), el cual tiene 21 ítems diseñados con el objetivo de evaluar la presencia y severidad de síntomas depresivos según los criterios del DSM-IV y no pretende establecer un diagnóstico clínico. Puede ser usado desde los 13 años, en personas que tengan o no el diagnóstico psiquiátrico. Es un instrumento de autorreporte en el que cada ítem se presenta con cuatro frases alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, de las cuales el individuo debe elegir aquella que describa mejor su estado durante las últimas dos semanas, incluido el día en que se completa el inventario. La corrección se realiza al verificar la puntuación de cada ítem, que va de 0 a 3 puntos según la alternativa escogida, y la puntuación máxima que se puede obtener en total es de 63.

El BDI –II ha sido traducido al castellano y adaptado a la población española (Sanz, Navarro y Vázquez, 2003) en una muestra de 590 universitarios, en la que se encontró

una consistencia interna elevada (alfa de Cronbach = ,89). Ello fue corroborado en otra muestra de 490 personas de la población general adulta (Sanz, Perdígón y Vázquez, 2003) y otra de 305 pacientes ambulatorios con diversos diagnósticos (Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortun y Vázquez, 2005), con coeficientes de confiabilidad de ,87 y ,89 respectivamente.

En Latinoamérica, se adaptó en Argentina con 325 pacientes externos y dos grupos de comparación (427 sujetos de población general y 248 estudiantes universitarios) (Brenlla y Rodríguez, 2006) y, en Chile (Melipillán, Cova, Rincón y Valdivia, 2008), se conformaron tres muestras de estudio con adolescentes (una clínica (n=78), otra control (n=78) y una de estudiantes (n= 737)). En ambos países, se realizó la traducción a través del método de *backtranslation* y se sometió a la revisión especializada realizando las adaptaciones lingüísticas. En Argentina, se halló una alta confiabilidad (Alfas de ,88 y ,86 respectivamente). En Chile, se encontró una alta consistencia interna a nivel general (alfa de ,91) y tanto para la muestra clínica como para el grupo de comparación (,91 y ,89 respectivamente).

En el Perú, aún no se cuenta con una adaptación propia, pero ha sido utilizada la adaptación argentina en diversas investigaciones. En una de ellas, se estudió el nivel de sintomatología depresiva y su relación para desarrollar trastornos alimenticios en una muestra de 188 adolescentes mujeres universitarias y preuniversitarias (Rodríguez, 2008). En otra, Alcántara (2008) examinó el grado de sintomatología depresiva y su asociación con la adherencia al tratamiento en 50 pacientes adultos con VIH; se encontraron niveles de confiabilidad por consistencia interna de ,91 y ,94 respectivamente. En otra, Romero (2010) encontró un coeficiente de confiabilidad por consistencia interna de 0,93. En el presente estudio, el coeficiente de confiabilidad fue de ,83; se encontró que el ítem tres no correlacionaba (,05), pero, por mantener la consistencia teórica de la escala, se decidió mantenerlo (Anexo C4).

Procedimiento

Se trabajó con las personas que tenían el diagnóstico de artritis reumatoide (AR) en la ciudad de Lima, las cuales eran atendidas en una institución pública y en un consultorio privado. Así también se evaluó a personas que llegaban referidas por otros evaluados o profesionales informados de la investigación; quedaron aquellos que cumplían con los requisitos de la misma. En ambas instituciones, se acordó y coordinó con los médicos reumatólogos para que derivaran a los pacientes al terminar su consulta. Luego de

informar a los participantes el carácter anónimo y voluntario de la investigación, y firmar el consentimiento informado (Anexo A1), se procedió a detallar el objetivo de la investigación, explicando que la evaluación consistiría en la aplicación de los instrumentos, con una duración aproximada entre 45 y 60 minutos: primero, la ficha de datos; luego, el COPE; la evaluación del dolor; la escala de bienestar y el BDI-II.

A todos los participantes se les ofreció la devolución de los resultados en dos momentos: en primer lugar, al final de la evaluación, se les proporcionó algunos alcances de investigaciones realizadas con personas con AR, tales como rasgos de personalidad que correlacionan con la AR y las áreas a trabajar que podrían ayudar a disminuir el sufrimiento causado por el dolor de la enfermedad; y en segundo lugar, se les entregó los resultados finales de la presente investigación.

La muestra se obtuvo por personas remitidas al estudio por otros profesionales y/o personas evaluadas. La recolección de la muestra tuvo una duración aproximada de nueve meses. Los datos fueron digitados en el programa SPSS 19 y se procedió a los cálculos estadísticos descriptivos de la muestra: las variables socio-demográficas y clínicas estudiadas; además, se analizaron los niveles de confiabilidad y validez de las pruebas y las correlaciones entre sí.

Se realizaron las pruebas de normalidad para las puntuaciones de los cuatro instrumentos: Dolor, Bienestar, COPE y BDI II, mediante el estadístico Shapiro-Wilk (Anexo C). Se identificó que solo la prueba de Bienestar responde a una distribución normal, por lo que se utilizaron pruebas paramétricas (T-Student). Todas las demás responden a distribuciones no normales en todas sus áreas y se usaron pruebas no paramétricas (U de Mann Whitney y Kruskal Wallis), por lo que se utilizó la mediana como medida de comparación entre las variables. Al realizar las correlaciones se utilizó Spearman. Así, al tomar en cuenta estos criterios, se realizaron los análisis descriptivos de las puntuaciones según las variables sociodemográficas y médicas.

Resultados

A continuación, se expondrán los resultados obtenidos según los objetivos planteados en la investigación. Para lograr un mayor orden, se invertirá la presentación. Primero, se presentan los objetivos específicos que, por un lado, buscan establecer la relación de la percepción de dolor en las personas con AR, en tres tiempos diferentes, con las variables sociodemográficas (sexo, edad, ocupación, estado civil, instrucción y vivencia religiosa) y médicas (tiempo de enfermedad, antecedentes familiares, comorbilidad y tratamiento en salud mental); por otro lado, se analiza la relación entre las variables de estudio (bienestar psicológico, estilos/estrategias de afrontamiento y síntomas depresivos) y las variables sociodemográficas y médicas. Finalmente, se reportan los resultados obtenidos según el propósito general del estudio, que es la exploración de la relación entre la percepción del dolor en AR y las variables de estudio antes señaladas.

En cuanto al primer objetivo específico, se evaluó la percepción del dolor (durante el último mes, las últimas dos semanas y el día de la entrevista), según las variables sociodemográficas y médicas, y no se encontraron relaciones significativas en ninguna de ellas (Anexo D1).

Sin embargo, se considera relevante describir algunos de los resultados encontrados en esta muestra particular de personas con AR. Así, se observa que la percepción del dolor, en líneas generales, se reporta en rangos moderados (entre 4 y 6) al relacionarse con la mayoría de variables sociodemográficas y médicas arriba señaladas (Tabla 1), mostrando una tendencia a incrementar la percepción del dolor en las últimas dos semanas y a disminuir el día de la evaluación. En ese sentido, se observa que los adultos jóvenes y las personas que viven solas reportan niveles leves en su percepción de dolor en los tres momentos evaluados ($Me=2$), mientras que los retirados laboralmente manifiestan una percepción alta de dolor el día de la evaluación ($Me=7,5$).

Tabla 1
Percepción de dolor según las variables sociodemográficas

Variable	Dolor mes (Me)	Dolor 2sem (Me)	Dolor hoy (Me)	Variable	Dolor mes (Me)	Dolor 2 sem (Me)	Dolor hoy (Me)
Sexo				Ocupación			
Hombre (4)	3	3	4.5	En casa (21)	4	6	4
Mujer (41)	5	5	4	Fuera de casa (22)	4.5	4.5	3,5
Edad				Retirado (2)	5.5	5.5	7.5
Adulto joven (5)	2	2	2	Con quién vive			
Adulto (40 – 60)(27)	5	5	5	Solo (5)	2	2	2
3era edad (13)	5	6	3	Acompañado (40)	5	5.5	4

n=45

En cuanto al segundo objetivo, relacionado con el bienestar psicológico (BP), se obtuvieron relaciones significativas con el grado de instrucción y la mayoría de dimensiones: relaciones positivas, autonomía, crecimiento personal, propósito en la vida y auto-aceptación ($r=0,35$; $r=0,36$; $r=0,29$; $r=0,37$ y $r=0,44$ respectivamente) (Anexo D2).

A nivel descriptivo, se encuentra que en todas las áreas el puntaje es alto; la dimensión con mayor puntaje es la de relaciones positivas y la de menor puntaje, el dominio del entorno (Tabla 2).

Tabla 2
Descripción de las áreas de bienestar psicológico

	M	DE	Me	Mínimo	Máximo
Relaciones positivas	66	8,7	67	44	82
Autonomía	63,27	7,99	62,83	43	81
Dominio del entorno	60	6,97	60,62	44	72
Crecimiento personal	62,53	7,24	63,2	35	75
Propósito en la vida	60,84	6,5	61	47	74
Autoaceptación	64,13	9,47	65,2	39	81

N=45

Al realizar el análisis de la relación entre los estilos y estrategias de afrontamiento y las variables sociodemográficas (Anexo D3) y médicas (Anexo D4), se encontraron diferencias significativas directas entre la estrategia de afrontamiento de acudir a la religión y la variable de religión ($r=0,37$); asimismo, se registraron diferencias significativas inversas entre la estrategia de negación y la comorbilidad ($r=-0,29$), y entre la estrategia de enfocar y liberar emociones, y el tiempo con el diagnóstico ($r=-0,31$), lo cual quiere

decir que, mientras mayor sea la vivencia religiosa, más se usa la estrategia de acudir a la religión; así mismo, si las personas con AR padecen otras enfermedades asociadas, usan menos la estrategia de negación; finalmente, a mayor tiempo con el diagnóstico, hay un menor uso de la estrategia enfocar y liberar emociones.

A nivel descriptivo, se observa que el estilo de afrontamiento más utilizado por las personas con artritis reumatoide (Tabla 3) es el afrontamiento enfocado en la emoción (Me=10), seguido por el afrontamiento enfocado en el problema (Me=9) y, finalmente, por el estilo evitativo de afrontamiento (Me=8).

Tabla 3

Descripción de los estilos de afrontamiento

	M	DE	Me	Mínimo	Máximo
Enfocado en el problema	9,41	1,89	9,2	6,6	13,4
Enfocado en la emoción	9,99	1,55	10,4	7,2	13,4
Evitativos / Otros	7,94	1,59	7,67	5	12

N=45

A nivel descriptivo también se observa que las estrategias de afrontamiento más usadas (Tabla 4) fueron acudir a la religión (Me=3,5), seguida por la aceptación (Me=3). Las estrategias menos usadas fueron el desentendimiento conductual (Me=1,5) y el soporte social por motivos emocionales (Me=1,75).

Tabla 4

Descripción de las estrategias de Afrontamiento

	M	Me	DE	Mínimo	Máximo
Afrontamiento activo	2,71	2,75	0,68	1,25	4
Planificación	2,69	2,75	0,73	1,25	4
Sup de actividades competentes	1,91	2	0,65	1	4
Postergación del afrontamiento	2,37	2,25	0,52	1,5	3,5
SS por motivos instrumentales	2,08	2	0,8	1	3,75
SS por motivos emocionales	1,87	1,75	0,78	1	4
Reinterpretación positiva y crecimiento	2,63	2,75	0,62	1,25	3,75
Aceptación	2,88	3	0,63	1,5	4
Acudir a la religión	3,15	3,5	0,92	1	4
Negación	1,97	2	0,59	1	3,25
Enfocar y liberar emociones	2,02	2	0,72	1	3,75
Desentendimiento conductual	1,6	1,5	0,55	1	3
Desentendimiento cognitivo	2,33	2,25	0,49	1,25	3,25

N=45

Respecto a los síntomas depresivos, se analizó la relación entre la puntuación total de la prueba, y las variables sociodemográficas y médicas (Anexo D5); y no se encontraron relaciones significativas. A nivel descriptivo, se encontró que la mayoría (60%) presentaba una mínima cantidad de sintomatología depresiva; el 18% tuvo sintomatología depresiva leve; el 15%, moderada; y el 7%, severa (Tabla 5).

Tabla 5
Distribución de la muestra según el nivel de sintomatología depresiva

		<i>f</i>	%
Válidos	Mínimo	27	60,0
	Leve	8	17,8
	Moderado	7	15,6
	Severa	3	6,7

N=45

Finalmente, con respecto al propósito general, al evaluar las relaciones existentes entre la percepción del dolor con el bienestar psicológico, los estilos/estrategias de afrontamiento, y el nivel de depresión en los pacientes con AR, se encuentran algunas correlaciones moderadas (entre 0,30 y 0,50) (Martínez y Martínez, 2009). La correlación principal fue la obtenida con los síntomas depresivos ($r=0,48$); es decir, a mayor presencia de estos síntomas, mayor es la percepción de dolor (Tabla 6).

Tabla 6
Relación entre percepción del dolor y síntomas depresivos

	Dolor hoy
	<i>r</i>
Síntomas depresivos	0.48*

N=45, $p^* < 0.05$

Así también, se hallan algunas correlaciones entre el afrontamiento y la percepción de dolor; además, existen relaciones directas entre el estilo de afrontamiento enfocado en el problema ($r=0,30$), y las estrategias supresión de actividades competentes ($r=0,36$) y postergación ($r=0,30$); es decir, cuando la persona busca solucionar su dolor enfocándose en tomar alguna medida para eliminarlo, perciben más dolor. Además, se encuentra una relación negativa con la estrategia de enfocar y liberar emociones ($r=-0,32$); esto es, mientras más dolor se reporta, menor es la tendencia a centrar la atención en las emociones negativas experimentadas y expresarlas (Tabla 7).

Tabla 7

Relación entre percepción del dolor y estilos / estrategias de afrontamiento

	Dolor hoy
	<i>r</i>
A enfocado en el problema	0.30*
Afrontamiento activo	0.13
Planificación	0.23
Sup de actividades competentes	0.36*
Postergación	0.30*
SS por motivos instrumentales	0.08
A enfocado en la emoción	-0.04
SS por motivos emocionales	-0.02
Reinterpretación positiva y crecimiento	-0.03
Aceptación	0.04
Acudir a la religión	0.08
Negación	-0.06
Afrontamiento Evitativo /Otros	-0.04
Enfocar y liberar emociones	-0.32*
Desentendimiento conductual	0.18
Desentendimiento mental	0.1

N=45, $p^* < 0.05$

Cabe señalar que no se hallaron relaciones estadísticamente significativas entre la percepción del dolor y el nivel de bienestar psicológico total y sus dimensiones particulares (Tabla 8).

Tabla 8

Relación entre percepción del dolor y bienestar psicológico

	Dolor hoy
	<i>r</i>
Bienestar	-0.18
Relaciones positivas	-0.02
Autonomía	-0.11
Dominio del entorno	-0.14
Crecimiento personal	-0.24
Propósito en la vida	-0.08
Autoaceptación	-0.21

N=45, $p^* < 0.05$

Discusión

Sobre la base de los resultados obtenidos y para una mejor organización de este capítulo, se comenzará explicando que se eligió una muestra de personas con artritis reumatoide (AR), como objeto de estudio, debido a que el incremento de enfermedades autoinmunes en nuestro medio ha sido alarmante, lo cual incluye a la AR (Minsa, 2011). Así mismo, es relevante tener en cuenta el creciente reconocimiento de la importancia que ejercen los factores psicológicos en el desarrollo, curso y mantenimiento de las enfermedades físicas que se asocian con el dolor crónico (Redondo, Pérez y Iruarrizaga, 2003).

Como ha sido reportado en la literatura científica, la mayoría de investigaciones se han enfocado en estudiar la relación de AR con variables de riesgo, y solo unos cuantos se centran en conocer la relación con constructos positivos como el bienestar psicológico (BP). Por ello, el presente estudio buscó encontrar la relación entre la percepción de dolor y el BP, como constructo en el que se busca ampliar la conciencia de uno mismo y de su alrededor para obtener un mayor grado de salud psicológica (Ryff y Keyes, 1995). Otra variable que se evaluó fue la sintomatología depresiva, que perjudica la salud, ya que se reconoce como el estado de ánimo negativo, repercute en el mal funcionamiento y en la pobre calidad de vida de los enfermos que la padecen (Katz y Yelin, 2002; Yescas, Ascencio, Vargas, Barbosa & Lugo, 2008). Finalmente, se evaluó el afrontamiento, como una variable mediadora, cuyos esfuerzos se dirigen a reducir el daño de las condiciones ambientales e intensificar la recuperación, tolerar o ajustarse a los eventos negativos, mantener una auto-imagen positiva, el equilibrio emocional, y continuar relaciones satisfactorias con otros (Taylor, 2007).

La muestra que sufre AR es de difícil acceso y ello se evidenció en el presente estudio, ya que su recolección exigió aproximadamente nueve meses. Ello podría estar asociado a que nuestro sistema de salud no se puede hacer cargo de las atenciones médicas con la dedicación y personalización que se espera. Si bien es cierto que, desde el Gobierno, se anuncian medidas para fortalecer la atención en los establecimientos públicos, la realidad es que la atención aún es deficiente (Editorial, 2012). Por tanto, aunque exista un servicio de reumatología en todos los hospitales estatales, ello no significa que se cuente con la presencia y dedicación constante del médico. Además de las dificultades implícitas a la vivencia de la AR y su difícil manejo, las personas con dicha enfermedad podrían no

obtener alivio de sus síntomas y ello llevaría a algunos, al abandono del tratamiento y a otros los impulsaría a la necesidad de acudir a instituciones privadas, que les brinden una dedicación personalizada para obtener al mejor tratamiento farmacológico, que es lo que ha sucedido con la mayoría de los participantes del presente estudio.

Asimismo, los resultados descriptivos de la muestra, coinciden en varias de las características sociodemográficas señaladas por la literatura. Así, se encuentra que en pacientes con AR es mayor la presencia de personas del sexo femenino que del masculino: hay una proporción de nueve a uno, lo cual coincide con la literatura científica internacional (Arthritis Foundation, 2012), con un rango de edad entre 40 y 60 años. Llama la atención que se presente la enfermedad en una edad en que los individuos producen económicamente; ello lleva a preguntarse de qué forma las tensiones laborales facilitan y/o potencian los síntomas propios de la AR; a la vez, surgen dudas respecto al rol que pueden cumplir el manejo propio de los estresores y la vivencia de la enfermedad (Klaasen, Nyklicek, Traa y De Nijs 2012; Overman, et al., 2012).

Adicionalmente, las características sociodemográficas de la muestra en estudio guardan relación con hallazgos en América Latina (Vinaccia, et al., 2005; Yescas, et al., 2008), en los que la mayoría son personas instruidas, con educación superior y viven acompañados. Por otro lado, la mayoría de pacientes de la muestra, tenía algún familiar con artritis, lo cual sugiere que el factor genético es muy importante como base de este padecimiento (Beers, 2003; Cordero, 2010; Taylor, 2007). Así también, al ser la AR una enfermedad de causa desconocida, el tratamiento médico se dirige a aliviar los síntomas y minimizar el deterioro, por lo que casi toda la muestra se encontraba en algún tipo de tratamiento farmacológico, que podía basarse en medicamentos inmunológicos, antiinflamatorios esteroideos y no, y analgésicos de alta potencia (Ballina & Rodríguez, 2000).

Así también llama mucho la atención, que el 69% de la muestra no haya recibido tratamiento alguno, sea psicológico o psiquiátrico, para mejorar su salud mental. Una posible explicación, podría ser que los especialistas, al enfrentarse a situaciones de tan largo aliento, se focalicen únicamente en la condición primaria, en este caso la sintomatología física de la AR, y no realicen una evaluación más amplia y equilibrada de todas las necesidades del individuo, como lo es su estado emocional (Lempp, et al., 2009) y el manejo de todas las situaciones que cambiarán en el curso de la enfermedad (disminución de la actividad social, aislamiento, ausencia laboral, entre otras) (Taylor, 2007).

Es necesario tomar en cuenta que los síntomas artríticos, sobre todo el dolor, cobran mucha relevancia tanto para el paciente que los padece, como para el especialista que busca disminuirlos, por la frustración que ello genera. Por lo tanto, el trabajo psicológico, en primer lugar, podría dirigirse hacia los especialistas que tratan la enfermedad, para que validen la relevancia que tiene el trabajo psicológico y, por ende, la intervención multidisciplinaria, que no se realiza a cabalidad en nuestro medio, ni en el ámbito público ni en el privado. En ese sentido, habría que mencionar la amplia literatura que explica cómo el tratamiento psicológico, desde el modelo bio-psico-social, convierte al individuo en un agente activo, participante y comprometido con el manejo de su salud, lo que repercute en su mejor calidad de vida (Dixon, Keefe, Scipio, Perri, y Abernethy, 2007; Pisetsky, 2007; Sánchez, 2003). Por otro lado, el trabajo con el paciente de AR, se podría dirigir hacia la información completa respecto a su enfermedad y generar un trabajo de prevención para sintomatología clínica, es decir, prevenir episodios depresivos o de ansiedad respecto a la enfermedad misma, la sintomatología o el proceso en general al que le hará frente (Murphy, Sacks, Brady, Hootman y Chapman, 2012).

Tal como se mencionó en el capítulo anterior, se ha visto conveniente describir los resultados obtenidos primero, según los objetivos específicos y luego el propósito general. No se hallaron relaciones significativas entre la percepción del dolor y las variables sociodemográficas y médicas (Anexo D1); aun así nos parece relevante discutir algunos hallazgos a nivel descriptivo. El hecho de que no haya relaciones significativas podría deberse al pequeño tamaño de la muestra, lo cual genera que los puntajes no muestren variabilidad y, que cada grupo, con cantidades poco proporcionadas, hagan difícil la comparación. Sin embargo, en líneas generales, los puntajes de la percepción del dolor se encontraron en niveles moderados, tal cual señalan otras investigaciones realizadas en consultorios médicos (Covic, Adamson, Specer y Howe, 2003).

Algunos autores (Rojas-Elizondo, 2003; Vinaccia, et al., 2005), explican que la intensidad del dolor está influenciada por factores psicológicos y sociales. Algunos de los más estudiados han sido el catastrofismo, el locus de control, creencias, ganancias secundaria, depresión entre otras (Bakaikoa, Borrell, Fernández, y Semis, 2008; Gatchel, Peng, Peters, Fuchs, y Turk, 2007; Klaasen, et al., 2012). Por ello, sería importante establecer las variables que más influyen en el dolor.

En la presente muestra, se encuentra que el factor común, en casi todos los participantes, es el tratamiento médico, por lo que se puede decir que este genera cierto grado de control sobre la enfermedad y el dolor, y ello, a su vez, podría generar una cierta

protección, en la percepción intensa del dolor (Arias, 2011). No obstante, también se debe tomar en cuenta que el dolor percibido no era bajo, pues las personas acuden al médico cuando presentan dolores de moderada o alta intensidad (Taylor 2007), por lo que, si tomamos en cuenta que el tratamiento médico realmente se dirige a disminuir el dolor —y, por ende, su percepción—, puede esperarse que las personas que reciben atención médica perciban menos dolor y, por ello, puedan adherirse más fácilmente al tratamiento y, además, tiendan a responder mejor a este (Margarita y Vinacci, 2011). Esto tiene correspondencia con las características de la muestra estudiada, pues la mayoría de personas habían recibido el diagnóstico de AR hacía varios años (14 años) y se encontraban cumpliendo con el tratamiento. Por tanto, convendría que futuras investigaciones se aproximaran a observar la relación entre el tiempo del dolor crónico y su grado de percepción.

Adicionalmente, la percepción moderada de dolor podría también entenderse desde la teoría del estrés, en la que se plantea que un evento es más estresante cuando es novedoso (Di Matteo y Martín, 2002). En este caso, como ya se mencionó los pacientes llevan un largo tiempo sufriendo la enfermedad ($X=14$ años), y tal vez la situación de dolor se ha convertido en parte de la vida del individuo. Por ello, cuando la evalúan a nivel cognitivo es menos amenazante o cuentan ya con estrategias para afrontarlo, por lo que, aunque el dolor no desaparezca, hay un efecto de aprendizaje y habituación frente a este estímulo, que al inicio pudo haber sido difícil de manejar.

Así también, el hecho de que los puntajes en la percepción del dolor disminuyeran el día de la evaluación hace pensar cómo el acudir al consultorio médico toma cierta relevancia al momento de pensar esta percepción. Toda la literatura científica encontrada sustenta que a mayor sensación de control, la percepción dolorosa disminuye (Di Matteo y Martín, 2002; Margarita y Vinaccia 2011; Taylor 2007). Así, solamente con saber que acudirán al consultorio las personas con AR podrán anticiparse al alivio parcial de su sintomatología. Tal como indica Cignac (2005), las mujeres, los pacientes con más articulaciones afectadas y los que tenían previsto permanecer empleados a futuro reportaban más afrontamiento anticipatorio como forma de enfrentar la posible discapacidad. Por ello, sería interesante conocer en futuras investigaciones cómo es que el afrontamiento anticipatorio influye sobre la percepción dolorosa y sobre la percepción de la propia sintomatología.

Por otro lado, que los adultos jóvenes y las personas que viven solas reporten niveles leves en su percepción de dolor es corroborado con la literatura científica, que encuentra

que son los adultos mayores los que muestran mayores niveles de discapacidad, dolor, depresión severa y poca satisfacción con la vida (Chiou, Lin y Huang, 2009). Además, desde la teoría conductual, que se registren percepciones bajas de dolor entre quienes viven solos hace pensar que no habrá un refuerzo positivo frente a la expresión de mayor dolor, por lo que no tiene sentido expresarlo y ello podría repercutir en la menor percepción dolorosa. En esta misma línea, se encuentran los hallazgos de Benka, et al., (2012), quienes señalan que el soporte emocional está directamente asociado con el estrés psicológico, por lo que, si se toma en cuenta que el estrés en el caso de los que viven solos estará disminuido, es probable que no haya una percepción de dolor marcada. Lo opuesto sucede con las personas retiradas laboralmente, quienes tienen mayor percepción de dolor, tal como se indica en algunas investigaciones: la percepción de soporte social incrementa el reporte del dolor (Chiou, et al., 2009; McClelland y McCubbin, 2008).

Respecto al segundo objetivo, se encuentra que el bienestar psicológico (BP) correlaciona positivamente con el grado de instrucción. Casi todas las dimensiones de BP (relaciones positivas, autonomía, crecimiento personal, propósito en la vida y autoaceptación), a excepción de la dimensión de dominio del entorno, son las relacionadas. Es decir, en la medida en que las personas con AR tienen mayor instrucción —por ende, mayor conocimiento—, pueden desarrollar mejores relaciones con los demás, tienen mayor autonomía en sus decisiones; y se dirigen hacia el logro de metas y objetivos con un propósito y significado en su vida, y con un funcionamiento positivo y maduro, que les permitirán tener actitudes positivas hacia ellas mismas (Ryff y Singer, 2008); por ende, se dirigirán a la aceptación de lo que les sucede. Ello ya había sido encontrado por Brim, Ryff, Kessler, (2004), quienes hallaron que la educación fue un buen predictor del BP y está relacionada positivamente con las dimensiones de autoaceptación y propósito en la vida; además, señalaron que la educación influye en el sentido de vida y el crecimiento personal. Asimismo, se corrobora los resultados encontrados por Ryff, Singer y Love (2004), al observar que las altas puntuaciones en propósito en la vida se relacionaban con menores medidas inflamatorias en pacientes con enfermedades autoinmunes, lo que, en este caso, podría significar una mejoría en la enfermedad artrítica. Sin embargo, ello también queda como una línea de estudio en muestras más grandes y con métodos cualitativos que permitan profundizar en este tipo de variables sociodemográficas.

Cabe mencionar que el bienestar psicológico está asociado a una mejor evolución, una percepción positiva del estado de salud general y una aproximación favorable del paciente

hacia su evolución y rehabilitación (Victoria, 2004). Adicionalmente, se encontró que mujeres educadas que tenían múltiples roles mostraban altos niveles de bienestar y de la dimensión de autonomía (Ahrens y Ryff, 2006). Las mujeres mostraron perfiles más positivos de BP que los hombres (Ryff, 1989). En el Perú, la práctica de yoga (Chávez, 2008) y la práctica de danza (Meza, 2010), generalmente realizadas por más mujeres que hombres, se asociaron positivamente con el BP, sobre todo en las áreas de crecimiento personal y autoaceptación. Así, se podría decir que las mujeres, en la medida que son más instruidas, desarrollan un mayor BP.

Por otro lado, el que no haya diferencias significativas entre el bienestar psicológico y el resto de variables sociodemográficas y ninguna variable médica (Anexo D2), como ya se mencionó, podría deberse al tamaño pequeño de la muestra y también a la deseabilidad social al momento de responder la prueba, lo cual corresponde a la puntuación elevada en todas las dimensiones. La deseabilidad social podría explicarse por el hecho de que, por un lado, la evaluación se realizó a modo de encuesta personal, por lo que los participantes al ser entrevistados, naturalmente tienden a mostrar una mejor apariencia y evitan dar cuenta de aspectos negativos de sí mismos y de la enfermedad. Así también, se debe tener presente que la medida de bienestar es relativamente estable en el tiempo: una vez que suceden los acontecimientos difíciles, la persona se regulariza y vuelve al estado anterior (Díaz, et al., 2006; Ryan y Deci, 2001). Por ello, si se toma en cuenta que la muestra lleva algún tiempo con la enfermedad (en promedio 14 años), ello no permitiría establecer diferencias en los resultados de las dimensiones de bienestar y las personas con AR. Hallazgos similares fueron reportados por Mangelli, Gribbin, Büchi, Allard y Sensky (2011) en una muestra con AR, en la que no encontraron relación entre el bienestar en sus diferentes áreas, y las variables sociodemográficas de edad y género. Sin embargo, ellos sí encuentran cómo la enfermedad crónica, en este caso la AR, influye directamente en el bienestar (Engbrecht, et al., 2012); ello no podría afirmarse en este estudio, por lo que son investigaciones comparativas las que nos permitirán clarificar este aspecto.

Así también, se podría señalar que, al haberse utilizado una medida de bienestar que no toma en cuenta el modelo de bienestar subjetivo—que incluye la satisfacción, el afecto positivo y negativo—, la evaluación del bienestar no es completa y solo se dirige a una parte de ella. La satisfacción es un juicio, una medida a largo plazo de la vida de una persona, y la felicidad es un balance entre el afecto positivo y el negativo que provoca una experiencia inmediata (Díaz, et al., 2006). Por tanto, se podría decir que no se ha logrado

medir el componente afectivo que va a tener una especial relevancia en nuestra muestra con dolor. Así, para llegar a una aproximación del bienestar, sería necesario considerar ambas líneas: la del bienestar subjetivo y del bienestar psicológico.

Respecto a los estilos de afrontamiento y su relación con las variables sociodemográficas y médicas, se encuentra una relación significativa directa entre la estrategia de afrontamiento de acudir a la religión y la variable de religión, es decir que mientras más religiosas eran las personas de la muestra, más usaban esa estrategia, lo cual, de alguna manera, resulta lógico, pues fue también una de las estrategias más usadas. Ello podría dirigir la atención en la realidad social latinoamericana (Abraído-Lanza et al., 2004), en la que la fe religiosa es parte de lo cotidiano y genera un soporte emocional ante situaciones que no tienen explicación ni solución. Es decir, este afrontamiento es clave cuando las personas se encuentran en situaciones de incertidumbre, como lo es sufrir AR, una enfermedad sin explicación causal, ni propuestas de curación y además generadora de dolor crónico. Por lo tanto, los recursos de afrontamiento espirituales/religiosos jugarán un rol protector contra la depresión; además, generarán esperanza, y permitirán el manejo y tolerancia del dolor (Larson y Larson 2003; Keefe, Abernethy y Campbell, 2005; Vinaccia, et al., 2005).

También se encontraron relaciones significativas inversas entre la estrategia de negación y comorbilidad, y entre la estrategia de enfocar y liberar emociones con el tiempo del diagnóstico. Así, se puede decir que, mientras los pacientes con AR sufrían otras enfermedades asociadas, usaban menos la negación como estrategia de afrontamiento, aparentemente porque la cantidad de sintomatología impediría no hacerlo visible y, por ende, generaría mayor conciencia de lo que se padece. Además, mientras más tiempo llevaran con el diagnóstico de AR, menos usarían la estrategia enfocar y liberar emociones, por lo que pareciera que la incorporación de la AR como parte de la vida de los individuos hace que las personas no logren focalizar las consecuencias emocionales desagradables que experimentan y que, por ello, no las expresen.

La mayoría de estudios en enfermedad crónica (EC) indican que las personas afrontan sobre el manejo de sus emociones, debido a que, en muchos casos, hay poco que hacer, como es el caso de la AR, y la enfermedad se convierte en un estresor que debe ser tolerado para seguir viviendo (Lazarus y Folkman, 1986; Solano 2001; Sturgeon y Zautra, 2012). Por ello, al tener dos estrategias que pertenecen al estilo emocional (negación y acudir a la religión), se podría decir que los esfuerzos de afrontamiento en las personas con AR se dirigen, como en otras EC, al manejo emocional desde estas estrategias. Ello

se corrobora a nivel descriptivo, pues el estilo más usado fue el afrontamiento enfocado en la emoción. Cabe mencionar que el uso frecuente del estilo enfocado en la emoción no quiere decir que las personas posean un óptimo manejo emocional, pues el componente de vulnerabilidad frente al dolor y la incertidumbre respecto a cómo será el resto de sus vidas puede ser causal de gran intensidad emocional.

Así mismo, importa señalar el uso tan semejante de todos los estilos (10 centrado en la emoción, 9 centrado en el problema, y 8 evitativo/otros, ver Tabla 5), podría asociarse a las características propias de la muestra. Si tomamos en cuenta la repercusión que tiene el dolor, parece que puede guiar modos de afrontar particulares, como cuando se encuentra que las mujeres con AR tienden a experimentar más indefensión que los hombres y, por ello, tienen un afrontamiento más activo (Englbrecht, et al., 2012).

Desde el modelo de autorregulación, el afrontamiento actúa como un mediador entre las ideas o representaciones de la enfermedad crónica y su pronóstico (Carlisle, John, Fife-Schaw y Lloyd, 2005) y repercute significativamente en el proceso de adaptación a la enfermedad. Por lo tanto, el apoyo emocional para el manejo de las emociones se convierte en clave para el proceso de adaptación, según el momento de la enfermedad en que se encuentre el paciente (Benka, et al., 2012).

La estrategia menos usada fue el desentendimiento conductual; es decir, las personas con AR no disminuían sus esfuerzos para hacer frente al estresor, en este caso el dolor. Por ello, podría decirse que no se dan por vencidos fácilmente, no caen en desesperanza y tienen menos posibilidad de generar sintomatología psicológica (Riulli y Savicky, 2010). Tampoco acuden a otros para aliviar sus síntomas emocionales producidos por el estresor (Taylor, 2007). Lo anterior podría indicar que ciertas características de personalidad son las que permiten hacer frente el dolor (Arias, 2011). Ello repercutirá sobre el estrés que esto genere (Klaassen, et al., 2012), y a su vez sobre la calidad de vida (Englbrecht, et al., 2012; Beaton, Hodge, Nyamathi, Weinreb, Mays y Maliski, 2012).

Existe una amplia documentación sobre la importancia del afrontamiento en el manejo de la AR (Englbrecht, et al., 2012; Vinaccia, et al., 2005), para generar cambios en la percepción de amenaza y el estrés que ello genera (Almendro, et al., 2011; Benka, et al., 2012; Overman, et al., 2012; Sturgeon y Zautra, 2012; Van Os, Norton, Hughes y Chilcot, 2012). Sin embargo, Ramjeet, Smith y Adams (2008) señalan que las diferentes investigaciones no hallan pruebas suficientes y consistentes para afirmar si algunas estrategia contribuye o no a los resultados longitudinales en el manejo de la AR; al

parecer, esta dificultad sucede por la variabilidad de los diseños de estudio, por lo que sería conveniente seguir explorando cómo es el afrontamiento en esta población.

En cuanto a la depresión, no se encontraron diferencias significativas con las variables sociodemográficas y médicas (Anexo D5). A nivel descriptivo, la mayoría no reportó una sintomatología depresiva importante, contrario a lo que se encuentra en la literatura especializada, en la que se indica que la depresión es dos o tres veces mayor en personas con enfermedades reumatológicas que en la población general (Dicckens et al. 2002; Soto, 2010). Sin embargo, debe tomar en cuenta que se tienen algunos porcentajes de sintomatología depresiva en rangos leves, moderados y graves (18%, 15% y 7% respectivamente). Estos porcentajes de sintomatología depresiva podrían relacionarse con la ocupación, pues la mayoría de la muestra trabaja —de hecho, solo el 4% no trabajaba— y ello podría “amortiguar” la aparición de estos síntomas (Yescas, Ascencio, Vargas, Barbosa y Lugo, 2008).

Finalmente, hay que tener en cuenta que la percepción del dolor, es un fenómeno influenciado por factores cognitivos emocionales y situacionales (Keefe, et al., 2005). Por esta razón, al describir el propósito general, la relación con las variables psicológicas de bienestar psicológico, afrontamiento y depresión, se encontró que los resultados principales son similares a los de otras investigaciones, pues destaca una fuerte asociación entre percepción del dolor y depresión (Conner, et al., 2006; Tennen, Affleck, & Zautra, 2006; Thielke, Fan, Sullivan y Unützer, 2007; Truyols, Pérez, Medinas, Palmer y Sesé, 2008; Vinaccia, et al., 2005).

Cabe mencionar que el presente estudio no tuvo como objetivo verificar si la sintomatología depresiva encontrada era causada por la frecuencia e intensidad del dolor, o si las personas con AR ya tenían síntomas depresivos antes o durante los primeros momentos del diagnóstico de la enfermedad. Sin embargo, sí se puede decir que el dolor puede retroalimentar los síntomas depresivos (Cadena et al. 2002), y que la depresión previa, genera vulnerabilidad en las personas para padecerla nuevamente e influye en la percepción dolorosa (Conner, et al., 2006).

Adicionalmente, el tratamiento médico al que estaba expuesta la mayoría consistía en medicamentos inmunológicos que deprimen el sistema inmune y generan cambios en el estado de ánimo, lo que podría llevar al desarrollo de ciertos síntomas depresivos como desgano, malhumor, disminución del apetito, desregulación del sueño, cansancio entre otros síntomas que colocan al especialista en la dificultad de diferenciarlos del cuadro de AR (Carrillo, Collado y Rojo, 2005). Así también, se encuentra que algunos autores

(Morrison y Bennett, 2008), describen que la percepción de dolor se asocia con la presencia de distorsiones cognitivas similares a la de los pacientes deprimidos, y encuentran que sus ideas catastróficas acerca del dolor generan conductas de hipervigilancia a este y evitación de movimientos que podrían generar aún más dolor, lo que podría llegar a obstaculizar el proceso de adaptación a la enfermedad (Sturgeon y Zautra, 2012).

Camacho y Anarte (2003) indican que las creencias de los pacientes sobre la percepción del dolor influyen de manera determinante sobre la intensidad y persistencia de este. Por ello, la depresión en personas con dolor se asociará con la dificultad en la expresión de sentimientos negativos (Arias 2011) y ello repercutirá en la adaptación. De la asociación de esta idea con lo encontrado en la muestra —a mayor dolor menos afrontamiento del tipo enfocar y liberar emociones—, se puede decir que estos pacientes con AR, si padecen mayor dolor, no podrán focalizar en las emociones desagradables que surgen y no podrán expresarlas, lo cual haría de esta situación una “bomba de tiempo” para desarrollar síntomas depresivos. O, en caso contrario, si sufren menos tiempo la enfermedad —es decir, tienen menos experiencia de dolor—, podrían presentar mayor tendencia a expresar las emociones que generan dolor. De lo anterior se puede concluir que el tiempo con la AR generará cambios en el modo de afrontarla y, por ende, en el estado de ánimo (Aldwin, 2000; Martín y Brantley, 2002; Taylor, 2007).

Además, de acuerdo con la teoría biológica del dolor y la teoría del control de las compuertas (Melzack y Wall, 1965) (En: Morrison & Bennett, 2008), cuando las personas tienen emociones intensas desagradables, sea porque se sienten deprimidas o ansiosas, facilitan la apertura cerebral para que se dé una mayor atención y, por consiguiente, una mayor percepción del dolor. Por esta razón, el tratamiento podría dirigirse a la generación de emociones positivas, a través de masajes, ejercicios, relajación, y otros que supriman o inhiban las señales de dolor ejerciendo un efecto saludable al cerrar las compuertas y reducir la intensidad de este (Infante, 2002; Nieto-Munuera, Abad, Albert, y Arreal, 2003).

Otros estudios asocian el aumento de la depresión en la AR, con la sensibilidad que tienen los pacientes al rechazo personal (Ehnavall, Mitchell, Hadzi-Pavlovic, Malhi y Parker, 2009). Ello podría indicar la gran implicancia del componente emocional en los procesos de enfermedad crónica, de ahí que sea un punto clave en cualquier programa de manejo de dolor y/o en el trabajo con personas con AR (Almendro, et al., 2011).

La literatura científica da cuenta de cómo la depresión ejerce un impacto negativo en la calidad de vida de las personas con AR (Sturgeon y Zautra, 2012), e indica como en

comparación con la población general, las personas con AR tienden a tener más síntomas depresivos (DeVellis, 1995; Robbins, Mehl, Holleran y Kasle, 2011), por lo que se puede decir que los síntomas depresivos en las personas con AR, son factores de riesgo para generar mayores índices inflamatorios (Looper, Mustafa, Zerkowitz, Purden y Baron, 2011). De esto se deriva la importancia del trabajo psicológico de prevención o manejo de los síntomas depresivos en las personas con AR, para el proceso de adaptación y manejo de la enfermedad.

Otras relaciones significativas fueron las que se encontraron entre percepción dolor y el estilo de afrontamiento centrado en el problema, las estrategias de supresión de actividades competentes y la postergación. Ello indica que a mayor percepción de dolor, habrá un mayor uso de un afrontamiento dirigido a eliminarlo, lo cual es contrario a lo encontrado en la mayoría de investigaciones con EC, esto es, un mayor uso del afrontamiento centrado en la emoción (Taylor, 2007). Sin embargo, al parecer, el dolor es un síntoma particular, que cambia el funcionamiento del individuo en muchos sentidos (social, personal, familiar), de ahí la necesidad de la búsqueda de alivio.

La literatura en EC refiere que el afrontamiento centrado en el problema es el estilo más funcional para reducir el estrés psicológico (Savicky, 2002), y genera un mejor ajuste psicológico, pues indica como las personas con AR están dirigiendo todos sus esfuerzos hacia la eliminación del dolor. Así mismo, se observa que la muestra, mientras más dolor percibe, más deja de hacer otras cosas para dedicarse a solucionar esta dificultad (supresión de actividades competentes). Sin embargo, también podría dejar todo de lado y esperar el mejor momento para actuar (postergación). Por lo tanto, a pesar de estar muy atentos en realizar algo para disminuir su dolor, los pacientes podrían quedarse sin ejecutar nada, pues no se puede decir que exista un “mejor momento” para llevar a cabo conductas aliviadoras.

Si se suma a lo mencionado el hecho de que a más dolor se encuentra menor expresión emocional, se corrobora lo que Taylor (2007) indica respecto a otros estudios que muestran que, cuando las personas con dolor crónico tienen dificultades en solucionar problemas, tienden a experimentar mayor dolor, depresión e incapacidad (Martin y Brantley, 2002).

Por otro lado, se puede pensar en el desgaste de recursos que utilizan las personas de la muestra: estar enfocadas en hacer “algo” por aliviar su dolor y no necesariamente llevarlo a cabo las llevaría a una serie de dificultades descritas en la literatura, tales como frustración, desesperanza (Yescas, et al., 2008) y emociones negativas como ansiedad,

depresión e ira (Burns, Quartana y Bruehi, 2008), que no generan una buena adaptación a la enfermedad.

Finalmente, este estudio se concluye señalando algunas de sus principales limitaciones. La primera es que para llegar a realizar algunos señalamientos, el tamaño de la muestra tendría que haber sido más numerosa. Sin embargo, se debe reconocer que el acceso a ella es difícil y que, muchas veces, los pacientes con AR tampoco tienen conocimiento ni son referidos al personal de psicología. Por otro lado, se considera relevante contar con grupos de comparación más homogéneos que permitan realizar los análisis pertinentes, al interior de la muestra, como es el caso de género, edad, ocupación, grado de instrucción y algunas variables médicas como tiempo de tratamiento, antecedentes familiares de la enfermedad, y también formar grupos de control que permitan comparar los resultados con otras muestras, sea sin enfermedad dolorosa o con otra enfermedad reumatológica.

Así también, al tener una medida de bienestar que no cuenta con baremos estandarizados para nuestra realidad, se encuentran limitaciones para evaluar el constructo. Por otro lado, la medida de BP utilizada no evalúa el bienestar en su totalidad, sino solamente el aspecto eudaimónico, por lo que sería importante tomar en cuenta medidas que también tengan en consideración la línea hedonista, la cual remitirá a los aspectos afectivos, tan significativos en la muestra de AR. Por ello, en futuras investigaciones, se debería evaluar el bienestar, tomando en cuenta ambas líneas del constructo.

Desde la práctica clínica, el presente estudio genera algunos lineamientos para el trabajo psicológico del dolor en las personas con AR, pues, en nuestro medio, es el primero realizado en esta población. Uno de ellos y tal vez el de mayor relevancia sería el trabajo en el aspecto de la identificación y expresión adecuada de las diferentes emociones; luego, el desarrollo del trabajo cognitivo por realizar con esta población, no solo en cuanto a las creencias respecto a su enfermedad, sino también respecto a su dolor, proyecciones a futuro, autoeficacia y niveles de autoexigencia. Finalmente, a nivel conductual, el trabajo de técnicas de manejo de la ansiedad e ira repercutirán directamente sobre el estado de ánimo y prevendrá la presentación de síntomas depresivos (Murphy, Sacks, Brady, Hootman y Chapman, 2012). Todo esto ayudará a generar programas en la temática de dolor en nuestro medio, que hasta la fecha son limitados.

Referencias Bibliográficas

- Ahrens, C. y Ryff, C. (2006). Multiple roles and well-being: sociodemographic and psychological moderators. *Sex Roles*, 55(11-12), 801-815. Resumen recuperado de la base de datos PsycINFO (Acceso N° 2007-07675-007)
- Arias, H. (2011). Dolor y personalidad, modelos patoplásticos y de la vulnerabilidad. *Revista CES psicología*, 4(1), 64-97.
- Arthritis Foundation (2012). Reumatoid Arthritis. Revisión Agosto 12, 2012, de: <http://www.arthritis.org/what-can-you-do-about-it.php>.
<http://www.arthritis.org/espanol/dolor.php>
- Abraído-Lanza, A.; Vásquez, E. y Echeverría, S. (2004). En las manos de Dios (In God's hands): religious and forms of coping among latinos with arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 72(1), 91-102.
- Aguilar J, Sánchez E, Salcedo F, Burneo G., Sánchez, D y Proaño C. (1994) Estudio poblacional de frecuencia de enfermedades reumáticas en adultos mayores de 57 años. Informe Preliminar (resumen). Boletín Asoc Per Reumatología (I), 3: 21
- Alcántara, N. (2008). Sintomatología depresiva y adhesión al tratamiento en pacientes con VIH. *Tesis no publicada para optar por el título de licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Alldwin, C. (2000). *Stress, Coping and Development. An integrative Perspective*. New York: The Guilford Press.
- Almendro, M., Clariana, S., Hernández, S., Rodríguez, C., Camarero, B. y del Río, T. (2011). Programa de atención psicológica al dolor crónico: el retod de un afrontamiento activo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 31(110), 213-227.
- Bakaikoa, M., Borrell, D., Fernández, V. y Semis, R. (2008). Protocolo de tratamiento psicológico grupal en una unidad del dolor. *Apuntes de psicología*, 26, (2), 341-348.
- Ballina, F. y Rodríguez, A. (2000). Artritis reumatoide. *Revista Española de Reumatología*, 27, 56-64.
- Beaton, C., Hodge, F., Nyamathi, A., Weinreb, A., Mays V. y Maliski, S. (2012). Male veterans coping with the pendulum swing of rheumatoid arthritis pain: a qualitative study. *Californian Journal of Health Promotion*, 10(1), 45-56.

- Beck, A., Steer, R. y Bown, G. (2006). *Inventario de Depresión de BDI – II*. Buenos Aires: Paidós.
- Beers, M. (2003). *Nuevo Manual Merck* de información médica general. Barcelona: Océano.
- Benatuil, D. (s.f.) El bienestar psicológico en adolescentes desde una perspectiva cualitativa. *Psicodebate Psicología, Cultura y Sociedad*. 3, 43-58.
- Benka, J., Nagyova, I., Rosenberger, J., Calfova, A., Macejova, Z., Middel, B., Lazurova, I., P van Dijk, J. y Groothoff, J. (2012). Social support and psychological distress in rheumatoid arthritis: a 4-year prospective study. *Disability & Rehabilitation*, 34(9), 754-761.
- Bordon, M. (2012). Depresión en pacientes con enfermedad crónica de artritis reumatoidea. *Eureka*, 9(1), 78-87.
- Brim, O., Ryff, C. y Kessler, R. (2004). The MIDUS national survey: an overview. En: O. Brim, C. Ryff, y R. Kessler (Ed.). *A national study of well-being in midlife* (pp, 1-36). Chicago: The university of Chicago press.
- Burns, J., Quartana, P. y Bruehi, S. (2008). Anger inhibition and pain: conceptualizations, evidence and new directions. *Journal of behavioral medicine*, 31, 259-279.
- Bussell, V. (2005). Coping with adjuvant chemotherapy for breast cancer: Interrelations for problem- and emotion-focused coping and control. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, Vol 65(9-B). Recuperado desde PsycINFO (AAI3148147).
- Cadena, J.; Cadavid, M.; Ocampo, M.; Vélez, M. y Anaya, J. (2002). Depresión y familia en pacientes con artritis reumatoide. *Revista colombiana de reumatología*. 8(3), 184-191.
- Carlisle, A.; John, A.; Fife-Schaw, C. y 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, 571-587.
- Carrillo, J., Collado, S. y Rojo, N. (2005). Personalidad y tolerancia al dolor. *Clínica y salud*, 16(3), 223-236.
- Camacho, L. y Anarte, M. (2003). Creencias, afrontamiento y estado de ánimo deprimido en pacientes con dolor crónico. *Psicothema*, 15(3), 464-470.

- Carver, C., Scheier, M., y Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 66(1), 184-195.
- Cassaretto, M. y Paredes, R. (2006). Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de Psicología de la PUCP*, 24(1), 109-140.
- Chávez, S. (2008). *Bienestar Psicológico en practicantes de yoga*. (Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú). Recuperada de: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/627>
- Cheng, C. (2001). Assessing coping flexibility in real-life and laboratory settings: A multimethod approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 814-833.
- Cheng, C. (2003). Cognitive and motivational processes underlying coping flexibility: A dual-process model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 425-438.
- Chiou, A., Lin, H. y Huang, H. (2009). Disability and pain management methods of Taiwanese arthritis patients. *Journals of Clinical Nursing*. 18, 2206 – 2216.
- Gignac M. (2005). Arthritis and employment: An examination of behavioral coping efforts to manage workplace activity limitations. *Arthritis Care & Research*, 53, 328-336.
- Conner, T.; Tennen, H.; Zautra, A.; Affleck, G.; Armeli, S. y Fifield, J. (2006) Coping with rheumatoid arthritis pain in daily life: Within-person analyses reveal hidden vulnerability for the formerly depressed. *Pain* 126 (1-3), 198-209.
- Contrada, R. y Baum, A. (2011). *The handbook of stress science* (Biology, Psychology, and Health). Nueva York: Springer Publishing Company.
- Cordero, R. (2010). *El dolor y sus relaciones*. Lima: Perú Offset Editores.
- Coty, M. y Wallston, K. (2008). Roles and well-being among healthy women and women with rheumatoid arthritis. *Journal of advanced nursing*. 63(2), 189-198. Resumen recuperado de la base de datos PsycInfo. (Acceso N° 2008-09739-008)
- Coty, M. y Wallston, K. (2010). Problematic social support, family functioning, and subjective well-being in women with rheumatoid arthritis. *Women and health*. 50(1), 53-70. Resumen recuperado de la base de datos PsycINFO (Acceso N° 2010-06793-004).
- Covic, T., Adamson, B., Spencer, D. y Howe, G. (2003). Model of pain and depression in rheumatoid arthritis: a 12-month longitudinal study. *Reumatology* 42(11), 1287-1294.

- De Vellis, B. (1995). The psychological impact of arthritis: prevalence of depression. *Arthritis care & research*, 8(4), 284-289. Resumen recuperado de la base de datos PsycINFO (Acceso N° 1996-02107-005).
- Díaz, D.; Rodríguez-Carvajal, R.; Blanco, A.; Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I.; Valle, C. y Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de Bienestar Psicológico de Ryff. *Psicothema* 18(3), 572-577
- Dickens, C. McGowan L. Clark-Carter D, et al.: (2002) Depression in rheumatoid arthritis: A systematic review of the literature with meta-analysis. *Psychosomatic medicine* 64, 52-60.
- Di Matteo, M. y Martin, L. (2002). *Health Psychology*. Boston: Allyn y Bacon.
- Dixon, K., Keefe, F., Scipio, C., Perri, L. y Abernethy, A. (2007). Psychological interventions for arthritis pain management in adults: A meta-analysis. *Health Psychology*, 26(3), 241-250.
- Duarte, R. (2005). Clasificación del dolor. En R. Kanner (Ed.). *Secretos del tratamiento de dolor*. Long Island Jewish Medical Center, México DF: Mc Graw-Hill Interamericana editors S.A.
- Editorial (9 de Agosto del 2012). Curando al sistema de salud. *El Comercio*. Recuperado de <http://elcomercio.pe/>
- Edwin, S. (1996). The measurement of subjective well-being in persons with chronic pain subsequent to occupational injuries. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 57(1-A), 118. ProQuest Information & Learning
- Ehnavall, A.; Mitchell, P.; Hadzi-Pavlovic, D.; Malhi G. y Parker, G. (2009). Pain during depression and relationship to rejection sensitivity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. . 119, 375-382.
- Elfström, M., Kreuter, M., Rydén, A., Persson, L. y Sullivan, M. (2002). Effects of coping on psychological outcome when controlling for background variables: a study of traumatically spinal cord lesioned persons. *Spinal Cord*. 40, 408-411.
- Englbrecht, M., Gossecm L., DeLongis, A., Scholte-Voshaar, M., Sokka, T., Kvien, T. y Schett, G. (2012). The impact of coping strategies on mental and physical well-being in patients with rheumatoid arthritis. *Semin Arthritis Rheum*. 41, 545-55. Doi: 10.1016/j.semarthrit.2011.07.009
- Ficková, E. (2005), Coping scales for adults: psychometric relationships. *Studia Psychologica*, 47(4), 309-317.

- Fierro, A. (1997). Estrés afrontamiento y adaptación. En M. Hombrados (Ed.), *Estrés y Salud*. (pp 9-37). Valencia: Promolibro.
- Fiorentino, M. (2004). Conductas de la salud. En: L. Oblitas (Cord.). *Psicología de la salud y la calidad de vida* (pp.57-81). México: International Thomson Editores.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.
- Freire, M.; Rodríguez, J.; Möller, I.; Valcárcel, A.; Tornero, C.; Díaz, G.; Armendáriz, Y. y Paredes, S. (2011). Prevalencia de síntomas de ansiedad y de depresión en pacientes con artritis psoriásica en consultas de reumatología. *Reumatological Clinical*. 7(1), 20-26.
- Fydenberg, E. (2008). *Adolescent coping. Advances and theory research and practices*. N. York: Routledge.
- Gala F., Lupiani, M., Guillén, C., Gómez, A. y Lupiani, S. (2003). Aspectos psicosociales del dolor. *Cuadernos de medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 66, 46-55.
- Gatchel, R., Peng, Y., Peters, M., Fuchs, P. y Turk, D. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133, (4), 581-624.
- Gaviria, A.; Vinaccia, S.; Quiceno, J. (2006). Rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento y dolor en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide. *Terapia Psicológica*. 24(1), 23-29.
- Gaviria, A.; Vinaccia, S.; Quiceno, J.; Martínez, K.; Yepez, M.; Echevarria, C.; Contreras, F. y Pineda, R. (2006)a. Rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento y dolor en pacientes con diagnóstico de fibromialgia. *Psicología y Salud*. 16 (2), 129-138
- Gaviria, A.; Vinaccia, S.; Quiceno, J.; Martínez, K.; Yepez, M.; Echevarria, C.; Contreras, F. y Pineda, R. (2006)b. Rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento y dolor en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide. *Terapia Psicológica*. 24(1), 23-29.
- Geers, A., Wellman, J., Helfer, S., Fowler, S. y France, C. (2008). Dispositional optimism and thoughts of well-being determine sensitivity to an experimental pain task. *Annals behavior medicine*. 36, 304-313
- Gignac, M. (2005). Arthritis and employment: An examination of behavioral coping efforts to manage workplace activity limitations. *Arthritis & Rheumatism: arthritis care & research*, 53(3), 328-336. Resumen recuperado de la base de datos PsycINFO (Acceso N° 2005-06483-001)

- Gil, M. (2007). *Psicología social y bienestar*. Zaragoza: Prensa Universitarias de Zaragoza
- Harris, I. Mulford, J. Solomon, M. van Gelder, J. y Young, J. (2005). Association Between Compensation Status and Outcome After Surgery A Meta-analysis. *The Journal of the American Medical Association*. JAMA 293(13): 1644-1652. Disponible en: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/293/13/1644>
- Holahan, M., Moos R. y Schaefer, J. (1996) Coping, stress resistance and Growth : Conceptualizin adaptative functioning. En: Zeudberm N, y Endler, N. (Eds.), *Handbook of Coping: Theory, research, applications* (pp. 24-43). Nueva York : John Wiley y Sons.
- Ibarra, E. (2006). Una nueva definición de “Dolor”. Un imperativo de nuestros días. *Revista de la Sociedad Española de dolor*, 2, 65-72
- Infante, P. (2002). *Estudio de variables psicológicas en pacientes con dolor crónico*. Tesis para optar el título de Doctor en Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Jiménez, M., Martínez, P., Miró, E. y Sánchez, A. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico?. *International journal of clinical and health psychology*, 8(1), 185-202.
- Jones, F. y Bright, J. (2007) Stress: Health and Illness. En: Monat, A., Lazarus, R. y Reevy, G. (Eds.), *The Praeger Handbook on Stress and Coping*. USA: Praeger Vol I y II.
- Katz, P. y Yelin, E. (2002). Focusing interventions for disability among patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis care & research*, 47(3), 231-233.
- Kashdan, T., Diener, R. y King, L. (2008). Reconsidering happiness: the costs of distinguishing between hedonics and eudaimonia. *The Journal of positive Psychology*. 3(4), 219-233.
- Klaasen, K., Nyklicek, I., Traa, S., y De Nijs, R. (2012). Dstressed personality is associated with lower psychological well-being and life satisfaction, but not disability or disease activity in rheumatoid arthritis patients. *Clin Rheumatol*. 31, 661-667.
- Keefe, F., Abernethy, A. y Campbell, L. (2005). Psychological approaches to understanding and treating disease-related pain. *Annu- Rev. Psychol*, 56, 601-630.
- Keefe, F y Somers, T. (2010). Psychological approaches to understanding and treating arthritis pain. *Nature reviews rheumatology*, 6, 210-216.
- Keyes, C., Shmotkin D. y Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of personality and social psychology*. 82(6), 1007-1022

- Kobaza, S. (1989). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11
- Kratz, A. Davis, M. y Zautra, A. (2012). Attachment predicts daily catastrophizing and social coping in women with pain. *Health Psychology* 31(3), 278-285.
- Krohne, H. (1996). Individual differences in coping. En: M. Zeidner y N. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 381-401). Toronto: John Wiley y Sons.
- Larson, D. y Larson, S. (2003). Spirituality's potential relevance to physical and emotional health: a brief review of quantitative research. *Journal of Psychology and Theology* 31(1), 37-51
- Lazarus, R. (2003). Does the positive psychology movement have legs? *Psychological Inquiry*, 14, 93-109.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lempp, H., Thornicroft, G., Leese, M., Fearn, N., Graves, H., Khoshaba, B., Lsavia, A., Scott, D. y Tansella, M. (2009). Implications of long-term conditions for both mental and physical health: comparison of rheumatoid arthritis and schizophrenia. *Qual Life Res*, 18, 699-707.
- Looper, K., Mustafa, S., Zelkowitz, P., Purden, M., y Baron, M. (2011). History of depressive episodes as a risk factor for illness severity in early inflammatory arthritis. *Journal of psychosomatic research*, 71(1), 28-31. Resumen recuperado de la base de datos PsycINFO (Acceso N° 2011-12224-008)
- Lowe, R.; Cockshott, Z.; Greenwood, R.; Kirwan, J.; Almeida, C.; Richards, P. y Hewlett, S. (2008) Self-efficacy as an appraisal that moderates the coping-emotion relationship: Associations among people with rheumatoid arthritis. *Psychology and Health*.23(2), 155-174.
- Maes, S., Leventhal, H. y De ridder, D. (1996). Coping with chronic diseases. En: M. Zeidner y N. Endler (Eds.), *Handbook of Coping: Theory, research, applications* (pp. 221-251). Toronto: John Wiley y Sons.
- Machado, S. (2008, 17 de marzo). Hospital de Solidaridad inauguró su primera unidad de dolor. *Andina Agencia Peruana de noticias*. Recuperado de: <http://www.andina.com.pe/Espanol/Noticia.aspx?id=AoqY+XycBFg=>
- Mangelli, L., Gribbin, N., Büchi, S., Allard S. y Sensky, T. (2011). Psychological well-being in rheumatoid arthritis: Relationship to "disease" variables and affective disturbance.

- Psychotherapy and psychosomatics*. 71(2), 112-116. Resumen recuperado de la base de datos PsycInfo. (Acceso N° 2002-10810-007).
- Martínez, J. y Martínez, C. (2009). Los test estadísticos y la evaluación de escalas; el caso de la validez discriminante. *Investigaciones europeas de dirección y economía de la empresa*, 15(2), 1135-2523.
- Margarita, K. y Vinaccia, S. (2011). Evolución de la intervención psicológica de la Artritis Reumatoide. *Psicología desde el Caribe*, 27, 160-178.
- Martin, P. y Brantley, P. (2002). Stress, coping and social support in health and behavior. En: T.J. Boll, J. M. Raczynski y L.C. Levinson (Eds). *Handbook of clinical health psychology*. Vol. 2 (pp. 233-267). American Psychological Association: Washington DC.
- McClelland, L. y McCubbin, J. (2008). Social influence and pain response in women and men. *Journal of Behavior Medicine* 31, 413-420.
- McCrancken, L. y Vowles, K. (2008). A prospective Analysis of acceptance of pain and values-based action in patients with chronic pain. *Health Psychology*. 27 (2), 215-220
- Meza, B. (2010). *Bienestar psicológico en practicantes de danza contemporánea*. Tesis inédita para optar el título de licenciada en psicología. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- MINSA (2011). *Base de datos nacional del sistema HIS del Ministerio de Salud*. Revisión Octubre 16, 2011, de: <http://www.minsa.gob.pe/>
- Miller, R., Sabin, C., Goldman, E., Clemente, C., Sadowski, H., Taylor, B. y Lee, C. (2000). Coping styles in families with haemophilia. *Psychology, health and medicine*. 5(1), 3-12.
- Molina-García, J., Castillos, I. y Pablos, C. (2007). Bienestar psicológico y práctica deportiva en universitarios. *European Journal of human movement*. 18, 79-91.
- Monat, A., Lazarus, R. y Reevy, G. (Ed.). (2007). *The praeger handbook on stress and coping*. USA: Praeger Vol I y II.
- Moos, R. y Holahan, C. (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: toward an integrative framework. *Journal Clinical Psychological*. 59, 1387 - 1403
- Morrison, V. & Bennett, P. (2008). *Psicología de la Salud*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Murphy, L., Sacks, J., Brady, T., Hootman, J. y Chapman, D. (2012). Anxiety and depression among US adults with arthritis: prevalence and correlates. *Arthritis care & Research*, 64(7), 968-976.

- Nagyova, I., Stewart, R., Macejova, Z., van Dijk, J. y van den Heuvel, W. (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(1), 55-62. Resumen recuperado de la base de datos PsycInfo. (Acceso N° 2005-07609-008)
- Newth, S. y Delongis, A. (2004). Individual differences, mood, and coping with chronic pain in rheumatoid arthritis: a daily process analysis. *Psychology an Health* 19(3), 283-305
- Nieto-Munuera, J., Abad, M., Albert, M. y Arreal, M. (2003). *Psicología para ciencias de la salud*. Madrid: Mc-GrawHill.
- Núñez, C., Lozada, Iván., Akamine, Isabel., Carbajal Luz y Aguilar, José. (2008). Efecto de *Uncaria tomentosa* (Uña de gato) sobre la población y activación de células dendríticas en sangre periférica de pacientes con artritis reumatoídea. *Acta Medica Peruana*, 25(3), 135-139.
- Olivares, M. y Cruzado, J. (2008). Evaluación psicológica del dolor. *Clínica y Salud*. 19 (3), 321-341.
- Organización Mundial de la Salud (2004). La relación entre la salud física y la salud mental. *Trastornos concurrentes*. Día Mundial de la Salud Mental. Génova: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (1986). *Alivio del dolor*. Ginebra: OMS
- Overman, C., Bossema, E., Middendorp, H., Wijngaardas-de, L., Verstappen, S., Bulder, M., Jacobs, J., Bijlsma, J. y Geenen, R. (2012). The prospective association between psychological distress and disease activity in rheumatoid arthritis: a multilevel regression analysis. *Ann Rheum Dis* 71, 192-197.
- Paredes, R. (2005). *Afrontamiento y soporte social en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal*. (Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú). Recuperada de: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/420>
- Pelechano, V. (2005). Dolor crónico, personalidad y trastornos de personalidad. *Boletín de Psicología*. 84, 59-76.
- Persson, L y Sahlberg, D. (2002). The influence of negative illness cognitions and neuroticism on subjective symptoms and mood in rheumatoid arthritis. *Annals rheumatism disease*. 61, 1000-1006.
- Pisetsky, D. (2007). Clinician's comment on the management of pain in arthritis. *Health Psychology*. 26(6), 657-659

- Plach, S., Heidrich, S. y Waite, R. (2003). Relationship of social role quality to psychological well-being in women with rheumatoid arthritis. *Research in nursing & health*. 26(3), 190-202. Resumen recuperado de la base de datos PsycInfo. (Acceso N° 2003-05497-002).
- Quevedo, H., Vidal, L. y Castañeda, L. (1995). Artritis reumatoide: una enfermedad con prevalencia homogénea. *Revista Peruana de Reumatología* 1(1), 40-41.
- Quinteros A, Leal M, Vásquez D, Espíndola M, Fracchia L, Sánchez N (2010). Liga Panamericana de Asociaciones de Reumatología. *PANLAR Bulletin Online*. <http://www.boletinpanlaronline.cl/page/otros-contenidos/resumenes-categoria-12>
- Ramírez, C., Esteve, R. y López, A. (2001). Neuroticismo, afrontamiento y dolor. *Anales de Psicología*. 17, 129-137.
- Ramjeet, J.; Smith, J. y Adams, M. (2008). The relationship between coping and psychological and physical adjustment in rheumatoid arthritis: a literature review. *Journal of Clinical Nursing* 17(11c), 418-428.
- Redondo, M.; Pérez, M. y Iruarrizaga, I. (2003). Intervención psicológica en Artritis Reumatoide: caso clínico. *Revista de Psicología y psicopedagogía*, 2(1), 27-49.
- Riulli, L. y Savicky, V. (2010). Coping effectiveness and coping diversity under traumatic stress. *International Journal of Stress Management*, 17(2), 97-113.
- Robbins, M., Mehl, M., Holleran, S. y Kastle, S. (2011). Naturalistically observed sighing and depression in rheumatoid arthritis patients: a preliminary study. *Health Psychology*, 30(1), 129-133.
- Rodriguez, L. (2008). Sintomatología depresiva y riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en mujeres adolescentes universitarias y preuniversitarias. *Tesis no publicada para optar por el título de licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Rodriguez, M., Esteve, R., y López, A. (2000). Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. *Psicothema*, 12(3), 339-345.
- Rodriguez, J., López, S. y Pastor, M. (1990). Estrategias de afrontamiento de la enfermedad. En: S. Barriga, J. León, M. Martínez e I. Jiménez (Eds.). *Psicología de la Salud: Aportaciones desde la Psicología Social*. (pp. 159-195). Sevilla: Sedal.
- Rojas-Elizondo, J. (2003). Abordaje de la intervención psicológica en casos diagnosticados con dolor crónico. *Enfermería en Costa Rica*, 25(1), 16-21

- Romero, E. (2010). *Representaciones mentales del self en un grupo de pacientes con depresión mayor* (Tesis de Licenciatura). Recuperada de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/676>
- Ryan, R. y Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*. 52, 141-166.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 57(6), 1069-1081.
- Ryff, C. y Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. 69(4), 719-727.
- Ryff, C., Magee, W., Kling, K. y Wing, E. (1999). Forging macro-micro linkages in the study of psychological well-being. En C. Ryff y V. Marshall (Ed.). *The self and society in ageing processes* (pp. 247-278). Nueva York: Springer publishing company.
- Ryff, C. y Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*. 9(1), 13-39.
- Ryff, C., Singer, B. y Love, G. (2004). Positive health: connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 359, 1388-1394. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1693417/>
- Salas, G. (2009). *Calidad de vida y estilos de personalidad en pacientes con dolor crónico*. Tesis inédita para optar el título de licenciada en psicología. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Sánchez, B. (2003). Abordajes teóricos para comprender el dolor. *Aquichan*. Universidad de La Sabana Chía, Colombia. 3 (3), 32-41
- Sanz, J., García, M., Espinosa, R., Fortún, M. y Vásquez, C. (2005). Adaptación española del inventario para la depresión de Beck –II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud* 16, 121-142.
- Sanz, J., Perdigon, A. y Vásquez, C. (2003). Adaptación española del inventario para la depresión de Beck –II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud* 14(3), 249-280.
- Savicki, V. (2002). Burnout across thirteen cultures: Stress and coping with stress. *American Psychologist*, 41, 813-819.
- Schleicher, H., Alonso, C., Muller, D., Loevinger, B. y Coe, C. (2005). In the face of pain: The relationship between psychological well-being and disability in women with

- fibromyalgia. *Psychotherapy and psychosomatics*. 74(4), 231-239. Resumen recuperado de la base de datos PsycInfo. (Acceso N° 2005-06451-006).
- Schmutte, P. y Ryff, C. (1997). Personality and well-being: reexamining methods and meanings. *Journal of personality and social psychology*, 73, 549-559.
- Seligman, M. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. En C.R. Snyder y S.J. Lopez (Ed.). *Handbook of positive psychology* (pp. 3-9). Nueva York: Oxford University Press.
- Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: an introduction. *American Psychologist*. 55(1), 5-14.
- Solano, M. (2001). *Atribución y afrontamiento en personas adultas diagnosticadas de leucemia en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)*. Tesis inédita para optar el título de licenciada en psicología. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Soto, R. (2010). *Sintomatología depresiva y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama*. (Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú). Recuperada de: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/1284>
- Soucase, B., Soriano, J., Monsalve, V. y De Andrés, J. (2003). Aplicación del modelo transaccional de Lazarus y Folkman al dolor crónico: valoración, estrategias de afrontamiento y depresión. *INTERPSIQUIS*. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10401/2694>
- Soucase, B., Soriano, J. y Monsalve, V. (2005). Influencia de los procesos medidores en la adaptación al dolor crónico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (2), 227-241
- Sturgeon, J. y Zautra, A. (2012). State an trait pain catastrophizing and emotional health in rheumatoid arthritis. *Ann behav med*, DOI: 10.1007/s12160-012-9408-z.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Tennen, H. Affleck, G. y Zautra, A. (2006). Depression history and coping with chronic pain: a daily process analysis. *Health psychology*. 25 (3), 370-379
- Theharn, G., Lyons, A., Booth, D., y Kitas, G. (2007). Psychological well-being across 1 year with rheumatoidarthritis: Coping resources as buffers of perceived estress. *British journal of health psychology*. 12, 323-345. doi:10.1348/135910706X109288
- Thielke, S., Fan, M., Sullivan, M. y Unützer, J. (2007). Pain limits the effectiveness of collaborative care for depression. *Am J Geriatr Psychiatry*.15(8), 699-707.

- Torres, L., Troncoso, S. y Castillo, R. (2006). Dolor, ansiedad, depresión, afrontamiento y maltrato infantil entre pacientes fibromiálgicos, pacientes reumáticos y un grupo control. *Revista latinoamericana de Psicología*. 38(2), 285-298.
- Truyols, M., Pérez, J., Medinas, M., Palmer, A. y Sesé, A. (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y salud*, 19(3), 295-320.
- Waterman, A. (2008). Reconsidering happiness: a eudaimonist's perspective. *The Journal of Positive Psychology*. 3(4), 234-252.
- Van Os, S., Norton, S., Hughes, L. y 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.
- Velásquez, X.; Pizarro, C.; Pizarro, P. y Massardo, L. (2002). La depresión en artritis reumatoidea. *Reumatología*. 18(2), 49-52.
- Victoria, C. (2004). *Construcción y validación de una técnica para evaluar bienestar psicológico*. Tesis de doctorado, Instituto superior de ciencias médicas de La Habana. La Habana, Cuba.
- Vidal, L. y Cabello, E. (1999). Fibromialgia. *Revista Peruana de Reumatología*. 5(1): 32-40
- Vidal L, López J, Guerrero P, Farfán C, Mío F, Vargas R. (1998) Fibromyalgia syndrome: Prevalence in the Cayetano Heredia Hospital. Piura-Perú. 24TH International Congress of Internal Medicine. IX Peruvian Congress of Internal Medicine - SIM. Peruvian Society of Internal Medicine. Lima, November 3-7, PS 189
- Vidal L. y Reyes, G.(2006). Fibromialgia: Una entidad que debemos tener presente en la práctica clínica. *Rev. Cubana de reumatología*. 8, 9-10.
- Vinaccia, S., Contreras, F., Palacio, C., Marin, A., Tobon, S., y Moreno, E. (2005). Disposiciones fortalecedoras: personalidad resistente y autoeficacia en pacientes con diagnóstico de Artritis reumatoide. *Terapia Psicológica*. 23 (1), 15-24
- Yescas, L.; Ascencio, L.; Vargas, S.; Barbosa, R. y Lugo, G. (2008). Depresión, ansiedad y desesperanza aprendida en pacientes con artritis reumatoide. *Psicología y salud*. 18(1), 81-89

ANEXO A

MATERIALES DE APLICACIÓN



Anexo A1

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto voluntariamente participar en la investigación conducida por María Cecilia Solano Carranza, estudiante del último ciclo de la maestría en Psicología de la Salud, perteneciente a la Escuela de Post grado de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

La investigación se llama “Bienestar Psicológico, Afrontamiento y Depresión en personas con artritis reumatoide y fibromialgia”. Su participación radicará en responder a una ficha de datos, la “Escala de Bienestar Psicológico”, la “Escala de Afrontamiento” y la “Escala de depresión de Beck”. Responder a estos cuestionarios le tomará aproximadamente entre 45 a 50 minutos.

Estos cuestionarios se responden de forma anónima. La información recopilada acerca de su persona se tratará en forma confidencial y los datos recolectados se usarán para fines del estudio y sin ningún otro propósito. Asimismo, el personal administrativo, de seguridad así como aquellos que se encuentran al cuidado de la salud (psicólogos, médicos y técnicos en enfermería) y otras internas no tendrán acceso a esta información. Finalmente, no se usará su nombre en ninguno de los reportes.

Se agradece por su colaboración.

Firma: _____

Anexo A2: FICHA DE DATOS

DATOS PERSONALES:

Fecha _____

1-SEXO:			
2-EDAD:			
3-OCUPACIÓN:			
4-ESTADO CIVIL:		5-HIJOS:	
6-GRADO DE INSTRUCCIÓN:			
7-LUGAR DE NACIMIENTO:	8-TIEMPO DE RESIDENCIA EN LIMA:		
9-¿Cuántos hermanos tiene y empezando desde el primero, qué lugar ocupa ud.?			
10-CON QUIENES VIVE AHORA:			

11-RELIGIÓN:

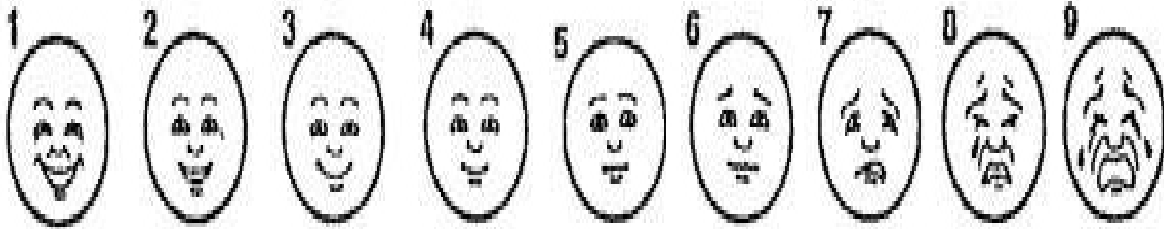
Que tan religioso se considera Ud.: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____
(qué tanto vive su fé todos los días o en su vida diaria)

DATOS CLÍNICOS:

12-DIAGNÓSTICO:	
13-AÑOS CON EL DIAGNOSTICO:	
14-MEDICACIÓN	A-POR DOLOR:
	B-POR OTROS:
15-HA ESTADO HOSPITALIZADO POR EL DIAGNOSTICO (ha sido operado los últimos 6 meses, porque?)	
16- EXISTEN FAMILIARES QUE HAYAN TENIDO SU MISMA ENFERMEDAD (especificar):	
17- SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD FÍSICA ADICIONAL CTUALMENTE (nombre):	
18-Tipo de tratamiento para esta enfermedad:	
19- HA RECIBIDO TRATAMIENTO PSIQUIATRICO O PSICOLOGICO PREVIAMENTE, PORQUE:	

Anexo A3: Evaluación del dolor

Escala visual-Analógica numérica



1. CUANTO ES SU NIVEL DE DOLOR EN PROMEDIO EN EL ÚLTIMO MES: _____
 2. CUANTO ES SU NIVEL DE DOLOR EN PROMEDIO EN LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS: _____
 3. CUANTO ES SU NIVEL DE DOLOR HOY: _____
 4. ¿ESTA MAÑANA TOMÓ ALGUNA MEDICACIÓN PARA EL DOLOR? SI NO
- ¿Cuál? _____



ANEXO B

DATOS DE LA MUESTRA

Anexo B1

Características de los participantes según variables sociodemográficas

Variable	F	%	Variable	F	%
Sexo			Ocupación		
Mujer	41	91	Trabajo en casa	21	47
Hombre	4	9	Trab fuera de casa	22	49
Edad			Retirados		
Adulto joven	5	11		2	4
Adulto joven	27	60	Estado Civil		
Adulto mayor	13	29	Con pareja	33	73
Estudios			Sin pareja		
Superior	32	71		12	27
Secundaria	9	20	Hijos		
Primaria	4	9	Ninguno	6	13
Lugar de nacimiento			menores de 13 años	8	18
Lima	17	38	de 14 a 25 años	5	11
Provincia	28	62	Mayores de 26 años	26	58
Vive con			Religión		
Solo	5	11	Vivencia baja	21	46
Acompañado	40	89	Vivencia moderada	12	27
			Vivencia alta	12	27

N = 45

Anexo B2

Características de los participantes según variables Médicas

Variable	F	%	Variable	F	%
Medicamentos para AR (N=43)			Antecedentes familiares		
Inmunológicos	35	81	No	19	42
Antiinflamatorios NE	33	77	Cercanos	17	38
Antiinflamatorios E	23	53	Lejanos	9	20
Analgésicos	4	9	Comorbilidad		
Otros medicamentos (N=31)			Sin enfermedad	29	64
Vitaminas y			Con	16	36
Minerales	29	94	Tratamiento para otra		
Otras enfermedades	6	23	enfermedad		
Otras E Reumaticas	4	13	No	5	31
Psiquiátricas	4	13	Si	11	69
Hospitalización			Tratamiento en Salud Mental		
Si	3	7	No	31	69
No	42	93	Psicológico	12	27
			Psiquiatrico	2	4

N = 45



ANEXO C

PRUEBAS DE CONFIABILIDAD

Anexo C1

Confiabilidad Alfa de Cronbach de Prueba de Bienestar

Escalas	α Ryff (1989)	α actual
Relaciones Positivas	.91	.75
Autonomía	.88	.62
Dominio del entorno	.83	.58
Crecimiento personal	.86	.61
Propósito en la vida	.88	.47
Autoaceptación	.85	.79

Anexo C2

Confiabilidad Alfa de Cronbach de Prueba de Afrontamiento

Escalas	α Chau (2003)	α actual
Afrontamiento activo	.60	.62
La planificación	.78	.64
Supresión de actividades competentes	.68	.64
Postergación del afrontamiento	.61	.31
Búsqueda de SS razones instrumentales	.85	.74
Búsqueda de SS razones emocionales	.84	.78
Re-interpretación positiva y crecimiento	.75	.41
Aceptación	.70	.50
Acudir a la religión	.90	.89
Negación	.68	.48
Enfocar y liberar emociones	.69	.32
Desentendimiento conductual	.71	.53
Desentendimiento mental	.50	-.063

Anexo C3

Estadísticos total-elemento (Desentendimiento Cognitivo)

Item	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
c13	6,3333	3,045	-,067	,028	,029
c26	6,6444	2,189	,113	,028	-,387
c39	7,1556	2,998	-,032	,056	-,037
c52	7,9333	3,564	-,125	,092	,090

Anexo C4

Confiabilidad por consistencia interna y correlaciones ítem-test del inventario de depresión de Beck, segunda edición (BDI-II)

Alfa de Cronbach	Nº de Ítemes
0,838	21

Nº	Ítemes	Correlación ítem-Test corregida	Alpha de Cronbach si se elimina el ítem
1	Tristeza	,302	,836
2	Pesimismo	,368	,833
3	Fracaso	,053	,842
4	Pérdida de Placer	,499	,829
5	Sentimientos de Culpa	,496	,830
6	Sentimientos de Castigo	,592	,823
7	Disconformidad con Uno Mismo	,566	,828
8	Autocrítica	,443	,830
9	Pensamientos o Deseos Suicidas	,436	,835
10	Llanto	,436	,830
11	Agitación	,481	,828
12	Pérdida de interés	,617	,824
13	Indecisión	,389	,832
14	Desvalorización	,489	,832
15	Pérdida de Energía	,514	,828
16	Cambios en los Hábitos de Sueño	,380	,852
17	Irritabilidad	,449	,831
18	Cambios en el Apetito	,377	,837
19	Dificultad de Concentración	,496	,828
20	Cansancio o Fatiga	,471	,829
21	Pérdida de Interés por el Sexo	,533	,826

N= 45



ANEXO D

RELACIONES SIGNIFICATIVAS

Anexo D1

Relación entre la percepción de dolor y las variables sociodemográficas y médicas

	Dolor mes	Dolor 2 semanas	Dolor hoy
Variables Sociodemográficas			
Sexo	0,41	0,28	0,37
Edad	0,03	0,4	0,02
Ocupación	0,54	0,44	0,56
Estado Civil	0,34	0,04	0,29
Instrucción	0,56	0,47	0,49
Vivencia Religiosa	0,21	0,18	0,11
Variables Médicas			
Tiempo con el diagnóstico	0,05	0,03	-0,05
Antecedentes Familiares	0,52	0,42	0,38
Comorbilidad	0,41	0,39	0,36
Trat Salud mental	0,41	0,44	0,43

N=45, $p^* < 0.05$

Anexo D2

Relación entre el Bienestar Psicológico y las variables sociodemográficas y médicas

	Relaciones Positivas	Autonomía	Dominio del entorno	Crecim personal	Propósito en la vida	Auto aceptación
Variabes Sociodemográficas						
Sexo	0,04	-0,9	0,02	0,01	0,08	-0,07
Edad	0,06	-0,003	0,09	-0,22	-0,26	-0,03
Ocupación	-0,16	-0,1	0,07	0,02	0,05	-0,01
Estado Civil	0,06	-0,6	0,13	-0,08	0,002	0,1
Instrucción	0,35*	0,36*	0,17	0,29*	0,37*	0,44*
Con quién vive	-0,18	-0,11	-0,19	0,01	-0,15	-0,09
Religión	-0,09	0,02	-0,12	-0,13	-0,15	-0,1
Variabes Médicas						
Tiempo de enfermedad	0,02	0,13	0,13	-0,17	-0,14	0,003
Anteced Familiares	0,05	0,30*	-0,17	-0,15	-0,02	0,32*
Comorbilidad	0,14	-0,18	-0,11	0,02	0,004	-0,04
Trat en Salud mental	0,09	0,29*	0,02	0,04	0,02	-0,09

N=45, p*<0.05

Anexo D3

Relación entre los estilos/estrategias de afrontamiento y variables sociodemográficas

	Sexo	Edad	Ocup	Estado Civil	Instruc	Religión
Estilo Enfocado en el Problema	0,21	-0,22	-0,02	0,01	0,12	0,18
Afrontamiento Activo	0,22	-0,08	-0,13	0,04	-0,04	0,15
Planificación	0,14	-0,23	0,02	0,07	0,18	0,02
Sup de actividades competentes	0,17	-0,18	0,08	0,01	-0,03	0,21
Postergación del afrontamiento	-0,01	-0,08	-0,02	0,06	0,06	0,07
SS por motivos instrumentales	0,18	-0,17	0,02	-0,11	0,1	0,1
Estilo Enfocado en la Emocion	-0,09	-0,06	-0,05	0,06	-0,04	0,19
SS por motivos emocionales	0,02	-0,23	0,4	0,01	-0,11	0,02
Re interpretación positiva y crecimiento	-0,09	-0,17	0,01	0,07	0,14	0,03
Aceptación	-0,22	0,12	0,07	0,12	0,15	0,02
Acudir a la religión	0,03	0,2	-0,15	-0,02	-0,03	0,37*
Negación	-0,05	-0,17	-0,08	0,03	-0,28	0,08
Estilo Evitativo /Otros	0,12	-0,15	0,13	0,003	0,04	0,01
Enfocar y liberar emociones	0,17	-0,28	0,06	0,05	-0,08	0,09
Desentendimiento conductual	0,02	0,03	0,13	-0,28	-0,01	-0,03
Desentendimiento cognitivo	0,06	-0,09	-0,04	-0,02	-0,01	0,04

N=45, p*<0.05

Anexo D4

Relación entre los estilos y estrategias de afrontamiento y las variables Médicas

	Tiempo Diagn	Anteced Familiares	Comorbilidad	Tratam Mental
Estilo Enfocado en el Problema	-0,15	0,16	0,08	0,23
Afrontamiento Activo	-0,09	0,12	0,16	0,18
Planificación	-0,04	-0,01	0,03	0,16
Sup de actividades competentes	-0,15	0,16	0,19	0,16
Postergación del afrontamiento	0,19	-0,06	-0,08	0,26
SS por motivos instrumentales	-0,21	0,28	-0,05	0,83
Estilo Enfocado en la Emocion	0,05	0,08	-0,2	0,03
SS por motivos emocionales	-0,16	0,27	-0,08	0,07
Re interpretación positiva y crecimiento	0,14	-0,08	-0,09	-0,003
Aceptación	0,29	-0,17	-0,13	0,01
Acudir a la religión	0,06	0,01	-0,01	0,09
Negación	-0,03	0,17	-0,29*	-0,15
Estilo Evitativo /Otros	-0,18	-0,13	-0,24	0,16
Enfocar y liberar emociones	-0,31*	-0,09	-0,24	0,03
Desentendimiento conductual	-0,07	0,11	-0,07	-0,06
Desentendimiento cognitivo	-0,04	-0,04	-0,16	0,15

N=45, p*<0.05

Tabla D5

Relación entre las variables sociodemográficas y médicas, y el puntaje total del BDI II

	Depresión
Variables Sociodemográficas	
Sexo	0,03
Edad	-0,03
Ocupación	0,05
Estado Civil	-0,07
Instrucción	-0,15
Con quién vive	-0,16
Religión	0,13
Variables Médicas	
Tiempo de diagnóstico	-0,07
Antecedentes Familiares	0,24
Comorbilidad	0,14
Tratamiento en Salud mental	0,03

N=45, p*<0.05