

ULL

Universidad
de La Laguna

Escuela Universitaria de
Enfermería y Fisioterapia



Trabajo Fin de Grado

Grado en Fisioterapia

**Evaluación de las estrategias de
afrontamiento en pacientes con Artritis
Reumatoide**

**Evaluation of coping strategies in
Rheumatoid Arthritis patients**

Alba Castillo Gil

Curso 2016/2017 – Convocatoria de Junio



Universidad
de La Laguna

Escuela Universitaria de
Enfermería y Fisioterapia



Trabajo Fin de Grado

Grado en Fisioterapia

**Evaluación de las estrategias de
afrontamiento en pacientes con Artritis
Reumatoide**
**Evaluation of coping strategies in
Rheumatoid Arthritis patients**

Alba Castillo Gil

Curso 2016/2017 – Convocatoria de Junio

RESUMEN

Introducción. La Artritis Reumatoide es una enfermedad crónica progresiva que cursa con altos niveles de dolor. En la percepción de dolor del paciente influye no solo el daño físico ocasionado por la enfermedad sino también factores psicológicos y sociales.

Objetivo. Estudiar la relación entre las estrategias de afrontamiento llevadas a cabo por el paciente y el dolor que experimenta, es decir, si este es más o menos intenso al usar estrategias activas como la autoeficacia o la búsqueda de apoyo, o estrategias pasivas, como la simple toma de medicación o la evitación.

Material y métodos. La investigación se llevará a cabo con una muestra aleatoria de 153 pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Universitario de Canarias de la isla de Tenerife. Se empleará el índice de Ritchie, la Escala Visual analógica, el Cuestionario de Afrontamiento ante el dolor crónico y la Escala de autoeficacia. El procedimiento de recogida de datos se explicará más adelante

Resultados y discusión. Se llevará a cabo mediante el programa SPSS, aplicando las técnicas estadísticas apropiadas para estudiar la relación entre las variables objeto de estudio. Estos resultados servirán a los pacientes para la mejora del cuidado y de la adaptación a la enfermedad que les acompañara durante su vida.

Palabras clave. Artritis Reumatoide, dolor crónico, estrategias de afrontamiento

ABSTRACT

Introduction. Rheumatoid arthritis is a chronic progressive disease that it presents with high levels of pain. In the perception of pain of the patient influences not only the physical damage caused by the disease but also psychological and social factor.

Objective. To study the relationship between the coping strategies carried out by the patient and the pain he experiences, that is, if it is more or less intense using active strategies such as self-efficacy or the search for support or passive strategies, such as simple Taking medication or avoidance.

Material and methods. Investigation will work over a random sample of 153 Rheumatoid Arthritis patients in the Hospital Universitario de Canarias from Tenerife island. Ritchie Index, Visual Analogue Scale, Coping Pain Questionnaire and Self-efficacy scale will be employed. The procedure to collect data of these patients will be explained later.

Results and Discussion. Results will be analyzed with SPSS program applying the appropriate statistical techniques to study the relationship between the variables under study. These results will serve the patients to improve the care and adaptation to the illness that will accompany them during their life.

Keywords: Rheumatoid Arthritis, chronic pain, coping strategies.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.....	1
2. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL DOLOR.....	2
2.1. Según su duración.....	3
2.1.1. Dolor agudo.....	3
2.1.2. Dolor crónico.....	3
2.2. Según su etiología.....	4
2.2.1. Espiritual.....	3
2.2.2. Físico.....	4
2.2.3. Psicológico.....	5
2.3. Según su intensidad.....	5
2.3.1. Leve.....	5
2.3.2. Moderado.....	5
2.3.3. Severo.....	5
2.4. Según su localización.....	5
2.4.1. Dolor localizado.....	5
2.4.2. Dolor difuso o propagado.....	6
3. TEORÍAS DEL DOLOR.....	6
3.1. Teoría de la especificidad.....	6
3.2. Teoría del patrón.....	7
3.4. Teoría de la compuerta.....	7
4. DIMENSIONES DE LA EXPERIENCIA DE DOLOR.....	8
4.1. Dimensión sensorial-discriminativa.....	9
4.2. Dimensión motivacional-afectiva.....	9
4.3. Dimensión cognitivo-evaluativa.....	9
5. DOLOR EN LA ARTRITIS REUMATOIDE.....	10
5.1. Medidas generales de dolor y evaluación.....	12
5.1.1. Entrevista clínica.....	12
5.1.2. Los autorregistros.....	12
5.1.3. Estimadores cuantitativos y cualitativos.....	13
5.1.4. Cuestionarios.....	14
5.2. Medidores del dolor en la artritis.....	15
5.2.1. Índice articular de Lansbury.....	15

5.2.2. Índice de la Ara.....	15
5.2.3. Índice de Ritchie.....	16
5.3. Estrategias de afrontamiento.....	16
5.3.1. Estrategias activas.....	17
5.3.2. Estrategias pasivas.....	17
5.3.3. Estrategias más frecuentes.....	17
5.4. Variables psicológicas implicadas en el dolor crónico.....	18
5.5. Instrumentos de evaluación del afrontamiento.....	20
5.5.1. Ways of Coping Checklist.....	20
5.5.2. Vanderbilt Pain Management Inventory.....	21
5.5.3. Pain-Related Self-Statements Scale.....	21
5.5.4. Cuestionario de Afrontamiento al Dolor.....	21
6. METODOLOGÍA.....	22
6.1. Objetivos.....	22
6.2. Hipótesis.....	23
6.3. Método.....	24
6.3.1. Participantes.....	24
6.3.2. Diseño.....	25
6.4. Materiales.....	25
6.5. Procedimiento.....	27
6.6. Resultados y discusión.....	29
7. CRONOGRAMA.....	31
8. BIBLIOGRAFÍA.....	32
9. ANEXOS.....	35

1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La artritis reumatoide es una enfermedad crónica autoinmune caracterizada por la inflamación de la membrana sinovial, afectando sobre todo a las articulaciones periféricas (metacarpofalángicas, metatarsfalángicas, rodillas, hombros, cadera, tobillo y codos).¹

Esta patología es de carácter progresivo y va produciendo un debilitamiento de los tendones y una degeneración en los cartílagos, provocando así dolor persistente, rigidez, atrofia muscular, deformidad y limitación de los movimientos.

La artritis reumatoide incide aproximadamente al 1% de la población, afectando en mayor frecuencia a las mujeres, siendo tres veces superior que en los hombres. Además, aumenta con la edad, siendo más frecuente su inicio entre los 35 y 40 años.²

Al ser una enfermedad de etiología desconocida, el tratamiento principal es minimizar el deterioro mediante fármacos y cambios en la rutina diaria, como dietas y ejercicio físico, de acuerdo con el grado de discapacidad. De este modo, el paciente se ve obligado a cambiar su vida cotidiana, lo que puede afectar a su calidad de vida, ya que en algunos casos, no pueden ni continuar con su empleo. Se ha mostrado que entre los 5 y 10 años del inicio de la enfermedad hay una incapacidad laboral del 43 al 50%.³

Esta situación, provoca que cambie la percepción que tiene el paciente sobre sí mismo, dificulta su desenvolvimiento autónomo, generando una pérdida de su independencia. Todo ello, puede llevar a una desesperanza y afectividad negativa (depresión y ansiedad) que a su vez pueden agravar la sintomatología del dolor percibido. Por lo que, esta enfermedad no es puramente física, sino que también afecta las experiencias de los componentes psicológicos.

Varios estudios han demostrado que algunos factores psicológicos influyen en el aprendizaje para convivir con la enfermedad, ya que la forma en la que asume su nueva condición de vida incide sobre la adaptación, evolución y tratamiento. En este sentido, el modo que tenga el paciente de enfrentar su enfermedad van a influir en su percepción del dolor.

En este sentido, el presente Trabajo de Fin Grado se basará en diferenciar las estrategias de afrontamiento y los factores psicológicos que repercuten en la percepción del dolor. Además, se analizará otros factores que influyen en la mejora de la convivencia con la enfermedad como puede ser el apoyo social recibido, la autonomía del paciente, la autoeficacia... etc.

Por tanto, este trabajo en su marco teórico abordará, las diferentes definiciones de dolor y su clasificación, así como las teorías más relevantes que explican la experiencia de dolor y los factores psicológicos predictores de la cronicidad. A continuación, se tratará de forma más concreta el dolor en la artritis reumatoide, así como los procedimientos de evaluación de éste y sus estrategias de afrontamiento, explicando los factores psicológicos más relacionados con dicha enfermedad. Por último, se expondrá el proyecto de investigación.

2. DEFINICIÓN Y CLASIFICACION DEL DOLOR

El dolor es el síntoma principal por el que las personas acuden a las consultas médicas. Históricamente, se definían con un carácter meramente físico, basado en un daño o agresión tisular. Según esto, la percepción del dolor debería ser proporcional al daño, es decir, se produce mayor dolor cuando mayor sea la herida, y si no hay herida, no hay dolor.

Sin embargo, actualmente, la definición del dolor también añade un carácter psicológico, pues La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (Cf. González, 1999) lo define como “Una experiencia sensorial y emocional asociada a una lesión real o potencial” La palabra “emocional” convierte al dolor en una experiencia basada también en lo psicológico, y “potencial” da la posibilidad de sufrir dolor sin una lesión real.⁴

Por tanto, llegamos a la conclusión de que un mismo daño tisular no va a producir la misma percepción de dolor a todas las personas por igual, pues hay componentes psicológicos que van hacer que la percepción de una persona a otra sea distinta.²⁷

Por otro lado, debido a su complejidad podremos clasificar el dolor de diferentes maneras atendiendo a su duración, etiología, intensidad y localización.

2.1. Según su duración

Dependiendo del tiempo de duración del dolor lo podremos clasificar en dolor agudo o crónico.

2.1.1. Dolor agudo.

Es parte del mecanismo fisiológico protector, que nos informa cuando hay un daño adicional de los tejidos, siendo resultado de una lesión. Esta limitado en el tiempo, pues cede cuando sana el tejido, y generalmente se controla con medicamentos. Teniendo una duración inferior a los tres meses.⁵

2.1.2. Dolor crónico.

Tiene una duración mayor de 3 meses, y suele estar asociado a patologías permanentes. Además, suele ser resistente a los tratamientos.

A su vez, lo podemos clasificar en: dolor maligno, es el que indica que existe un deterioro progresivo en nuestro organismo (dolor oncológico) y dolor benigno, se trata de un dolor con causa orgánica que, una vez desaparecida, todavía persiste (por ejemplo, artritis reumatoide).⁴

Ambos tipos generan consecuencias en las personas que los sufren. Sin embargo, el dolor crónico crea repercusiones negativas en las actividades de la vida diaria de las personas y exige costes económicos más altos. Además, genera impotencia y desesperanza por no tener una recuperación tras haberse sometido a varios tratamientos.⁶ Por otro lado, el dolor agudo crea un principio de ansiedad, ya que es más intenso pero menos incapacitante, ya que sirve de alerta al individuo sobre algo que no funciona bien.

2.2. Según su etiología

Esta clasificación se divide en espiritual, físico y psicológico.

2.2.1. Espiritual.

Este dolor es producido por las incomprendiones, la muerte de un ser querido, las injusticias, la depresión, la soledad. Es una señal de alarma de que algo no va bien, asociado a alteraciones físicas o psicológicas.⁵

2.2.2. Físico.

Es una sensación subjetiva de dolor en alguna parte del cuerpo, producido por lesiones. Este a su vez puede ser de carácter nociceptivo o neuropático.⁵

- Nociceptivo. Es producido por la activación de nociceptores periféricos, sin producir daño en el nervio ni en el sistema nervioso central. Lo podemos dividir en:
 - Dolor somático: Se encuentra bien localizado, de tipo punzante, definido y puede ser atribuido a una estructura anatómica
 - Dolor Visceral: es difuso, mal localizado, sordo y puede acompañarse de respuestas autonómicas como por ejemplo náuseas.
 - Dolor profundo: es aquel que se percibe en una zona diferente del lugar que se origina.
- Neuropático: Es producido por una lesión directa sobre los nervios periféricos, los receptores nociceptivos o el sistema nervioso central. Es un dolor quemante, que suele tener distribución dermatómica.

2.2.3. Psicológico.

Es un dolor real, aunque no tenga una base orgánica explicable. Se presenta en sujetos predispuestos a reacciones exageradas a mínimos estímulos. El problema principal es la amplificación involuntaria, con distorsión de esos impulsos por razones psicológicas, es decir, la exageración de dolor en los estímulos recibidos debido al estado de ánimo de la persona.⁵

2.3. Según su intensidad

Esta clasificación debe ser medida con escalas que reflejan el dolor percibido por el paciente. Destacan las escalas numéricas (0: ausencia de dolor, 10: máximo dolor) y la escala visual análoga (E.V.A) que se trata de una representación gráfica de lo anterior⁵. De acuerdo con esto, lo dividimos en:

Leve. Interviene la sensación cutánea y E.V.A esta entre 1 y 3

Moderado. Interviene la epidermis y el tejido celular subcutáneo. La E.V.A esta entre 4 y 6

Severo. Intervienen los músculos, articulaciones, huesos y otros tejidos. La E.V.A está entre 7 y 10.

2.4. Según su localización

Según su localización nos podemos encontrar con dolor localizado y difuso o propagado.⁵

2.4.1. Dolor localizado.

Es producido por lesiones o condiciones agudas o crónicas, y reconocible por ser un dolor limitante de la estructura inflamada o lesionada.

2.4.2. Dolor difuso o propagado.

Es aquel que se siente en estructuras sanas producido de una lesión en otra estructura. Este puede ser irradiado o referido.

- Dolor irradiado. Es producido por una lesión en la fibra sensitiva dolorosa, a distancia de su terminación.
- Dolor referido. Es percibido a distancia de su origen, pero las vías nerviosas están indemnes y la lesión se produce en estructuras esqueléticas.

3. TEORÍAS DEL DOLOR

A continuación, se explicará de una forma breve las teorías más destacadas: La teoría de la especificidad del dolor, teoría del patrón del dolor y la teoría de la compuerta.

3.1. Teoría de la especificidad del dolor

Fue el primer modelo explicativo de la transmisión del dolor. Este se basaba en una sensación nociceptiva, es decir, los receptores específicos del dolor proyectan impulsos sobre vías nerviosas específicas hasta llegar al cerebro mediante la medula. Por tanto, crea una relación causa-efecto, en la que según la magnitud del daño tisular o de la estimulación será la respuesta de dolor.

Esta teoría, hoy en día, solo es válida para los dolores agudos y la primera fase de cronificación, pues no toma en cuenta las variables psicológicas, sino la magnitud del daño físico.

3.2. Teoría del patrón del dolor

La teoría del patrón del dolor considera que no hay nociceptores específicos, sino que la percepción de dolor se debe a la intensidad del estímulo y a un patrón sumatorio a nivel central en el cuerno posterior de la médula espinal. Se demostró que los nociceptores no respondían solo al dolor, sino también a estímulos como la presión y la temperatura.⁷

Por tanto, la conducción del dolor es controlada por los patrones espaciales y temporales de impulsos nerviosos y no por las rutas separadas de transmisión específica.

3.3. Teoría de la compuerta

Esta teoría es considerada una de las más completas de la ciencia médica y en la que se basa los actuales tratamientos del dolor. Por ello, dicha teoría se explicará de manera más detallada.

De acuerdo con esta teoría, el dolor se encuentra modulado por un sistema en el asta dorsal de la médula, que se encarga de gestionar los impulsos nociceptivos hacia centros nerviosos superiores. Por tanto, le da importancia tanto al sistema periférico como al sistema central en la modulación del dolor, donde el cerebro es el sistema encargado de seleccionar y modular los estímulos.

Según la teoría de la compuerta los impulsos nerviosos aferentes deben atravesar compuertas y el dolor debe alcanzar un nivel de conciencia para ser percibido. Los impulsos dolorosos son frenados cuando la compuerta está cerrada, evitando que lleguen al cerebro. Sin embargo, cuando la compuerta está abierta, se percibe el dolor, ya que logra el nivel de conciencia necesario.

Actualmente hay tres formas de estímulo de cierre de las compuertas:

- La activación de las fibras nerviosas de gran diámetro (fibras A-beta), mientras que las fibras nerviosas de menor diámetro (fibras A-delta y fibras C) abren las compuertas.
- La creación de estímulos sensoriales diferentes al dolor.

- La disminución de la angustia o la depresión innecesaria, es decir, mediante la sensación de control.

Las fibras A-beta, inhiben la propagación nociceptora, por ello cierran la compuerta. Son activadas mediante un estímulo táctil producido sobre el dolor, cuya señal viaja hacia la médula espinal, lo que produce alivio.⁸

Por otro lado, las fibras A delta y fibras C, que son de menos diámetro, abren la compuerta produciendo sensación dolorosa. Su señal viaja desde la médula espinal hasta el tálamo y la corteza cerebral, siendo centros de conciencia, necesario para la percepción del dolor como se nombró con anterioridad.⁸

Sin embargo, hay que destacar que el centro del cerebro es el que determina el estado de la compuerta, recibiendo la información mediante células de transmisión.

En conclusión, esta teoría añade aspectos psicológicos, dejando de ser el dolor puramente sensorial, como indicaban las anteriores teorías, pues no hay solo una relación entre el daño tisular y la experiencia del dolor, sino que también hay un mecanismo de compuerta que regula tanto a nivel medular como cerebral.

4. DIMENSIONES DE LA EXPERIENCIA DEL DOLOR

Las dimensiones de la experiencia del dolor las analizaremos mediante la propuesta de Melzack y Casey, destacando sus aspectos psicológicos más relevantes.

La percepción y experiencia de dolor según estos autores está compuesta por tres dimensiones: sensorial-discriminativa, motivacional-afectiva y cognitivo-evaluativa. Cada una da características psicológicas determinadas al dolor y se apoyan en una estructura neurológica subyacente.⁹

4.1. Dimensión sensorial-discriminativa

En esta dimensión la función es transmitir la estimulación nociceptiva, su intensidad y características espacio-temporales. Esto produce una primera codificación del dolor referida a la valoración de la intensidad de la estimulación.⁹

Sus variables son la atención y percepción, de esta forma, se encarga de aumentar los niveles del umbral de dolor y modular la valoración de la intensidad de la estimulación nociceptiva. Cabe destacar, que la atención puede acentuar o disminuir la experiencia de dolor.

4.2. Dimensión motivacional-afectiva

Esta dimensión se encarga de condicionar la experiencia de dolor como tolerable o desagradable, mediante respuestas emocionales determinadas por el afrontamiento personal.

Estas respuestas suelen ser miedo, ansiedad, astenia o irritabilidad, lo que conduce a una estrategia de escape ante una estimulación.

Sus variables incluyen las alteraciones emocionales que acompañan al dolor y sus cambios de comportamiento, lo que determina un estado motivacional que hace que la sensación dolorosa disminuya o desaparezca. Esto produce una relación entre dolor, emociones, motivación y conducta.

4.3. Dimensión cognitivo-evaluativa

La dimensión cognitivo-evaluativa se encarga de regular el resto del sistema implicado en la experiencia del dolor, controlando y/o retransmitiendo la conducta, es decir, modula las dimensiones sensorial-discriminativa y la motivacional-afectiva.

Por lo tanto, esta dimensión es importante para explicar problemas de percepción del dolor en experiencias pasadas, como puede ser una interpretación de un síntoma de dolor ya sufrido que conlleva a una obsesión sobre éste. También esta dimensión explica el papel de las creencias irracionales, de autoeficacia y de control.

5. DOLOR EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

La Artritis reumatoide es una poliartritis inflamatoria de alteración crónica y etiología desconocida. Es una enfermedad autoinmune, que produce una proliferación persistente de la membrana sinovial, principalmente, de las articulaciones periféricas, dañando cartílago, hueso y cápsula articular. Esto causa incapacidad funcional e incrementa la mortalidad. La prevalencia varía de 0,097 a 2,9 por mil. En España afecta a unas 200.000 personas, con unos 20.000 casos nuevos cada año^{10,33}

Los síntomas clínicos frecuentes son: dolor, inflamación, rigidez, sobre todo por las mañanas, pérdida de peso, cansancio, febrícula, articulaciones congeladas o fijas y deformidades, pues la progresión de la enfermedad produce una degeneración de los cartílagos y debilidad de los tendones, lo que puede ocasionar una destrucción de estos e incluso de los ligamentos próximos.

Su progresión es muy variable, pues puede afectar desde unas pocas articulaciones de forma breve y con lesiones mínimas, habiendo un 15% de pacientes que presentan una remisión. Por otro lado, hay un 10% que llega a una etapa destructiva, sin respuesta a tratamiento,¹¹ afectando a múltiples articulaciones provocando una importante deformación. Las muñecas, los dedos de las manos, rodillas y tobillos son los que resultan afectados con mayor frecuencia.

El tratamiento se basa principalmente en minimizar el deterioro, al no conocer la causa, mediante fármacos como antiinflamatorios no esteroideos (AINE), opiodes, sales de oro... etc. Es llevado a cabo durante un periodo largo y a dosis altas, lo que puede provocar diferentes efectos secundarios. Además, se recomienda cambios en la dieta y ejercicio físico, de acuerdo con el grado de discapacidad. Todo esto, implica que dicha patología cree grandes cambios en la vida cotidiana del paciente, afectando así, a la calidad de vida, ya que, puede producir consecuencias tanto en lo laboral como en lo familiar. En algunos casos le crea al enfermo dependencia y, además, dificultades para mantener las relaciones interpersonales, llegando hasta aislarse de su grupo social.

Por tanto, el paciente experimenta cambios a nivel cognitivo, emocional y comportamental desde que recibe el diagnóstico, generando un gran impacto emocional que trae consigo desorientación, negación y miedo. Sin embargo, este impacto en un primer momento tiene una función protectora que reduce los niveles de estrés, pero si se alarga en el tiempo afecta el tratamiento de forma negativa.

Cabe destacar, que cada paciente tiene su forma de afrontamiento de la enfermedad, y cada paciente tiene una reacción emocional particular. Comprender el tipo de reacciones, en qué momento ocurren y que factores influyen en su aparición es importante para saber si son favorables o desfavorables para el tratamiento y recuperación. Por otro lado, la ausencia de reacciones emocionales se asocia con una recuperación lenta y problemática.³

Además, la sintomatología que sufre el paciente le lleva a experimentar una discapacidad funcional, que le afecta no solo físicamente, sino también psicológicamente. Así pues, la influencia de los factores psicológicos puede afectar a la correlación entre el grado de dolor que el paciente informa con los signos físicos y resultados del diagnóstico observado.¹²

Por tanto, en el dolor de la artritis reumatoide no solo afecta la percepción corporal, sino hay también un componente emocional que ejerce una importante influencia en la adaptación del paciente a la enfermedad. Además, la cronicación de la patología aumenta la posibilidad de la influencia de factores psicosociales contribuyendo al desorden emocional y a la discapacidad física, produciendo mayor estrés, debido a pérdida del trabajo y dificultades sociales, como nombramos anteriormente.

Así pues, en el tratamiento de una patología crónica, se debe tener en cuenta los condicionantes psicológicos que determinaran el modo en el que el paciente se enfrentará a la enfermedad mediante las diferentes estrategias.

5.1. Medidas del dolor generales del dolor y evaluación

Estas medidas son obtenidas de forma indirecta, pues es el propio paciente el que suministra los datos de su problema tanto de forma oral como escrita.

5.1.1. La entrevista clínica

Es el procedimiento más utilizado y recoge la información de cuando, como y donde se produce la enfermedad, además de sus características, si hay irradiación, la intensidad, el tiempo, si fluctúa durante el día o si le impide alguna actividad de la vida diaria... Además, también recoge información del entorno social. Se realizan una serie de preguntas que el paciente va contestando oralmente mientras van siendo anotadas. Esta debe cumplir dos condiciones esenciales:

- Debe abarcar todas las dimensiones del dolor, explorando las áreas que están afectadas. Además debe registrarse en un modelo metamérico donde se refiere el dolor¹³.
- Debe ser realizada por un profesional que tenga cuidado con la relación empática, para evitar la pérdida de información y falseamiento de datos.¹³

5.1.2. Los autorregistros

Recogen información de los parámetros básicos del dolor como la frecuencia, duración e intensidad en su patrón temporal habitual. Los más utilizados son “El Diario de Dolor” y el “Indicador del Patrón de Actividad”

Este procedimiento, destaca porque es el único que es llevado a cabo por el propio paciente. Durante varios días seguidos va apuntando en la hoja de registro los parámetros, inmediatamente después de haberle sucedido.

Además, tiene la finalidad de crear cambios en la conducta del paciente, pues al ser este quien la observa, coge conciencia sobre ella.

Sin embargo, los autorregistros se ven afectados por factores del sujeto, como puede ser no haber entendido la tarea o el falseamiento de datos. Por ello, es una medida recomendada para pacientes realmente motivados.¹³

5.1.3. Estimadores cuantitativos y cualitativos

En este procedimiento los instrumentos de evaluación recogen información mediante magnitudes de la intensidad del dolor. Da medidas de control adecuadas para la efectividad del tratamiento, ya que tiene una gran facilidad de uso y corrección. Sin embargo, da una información muy limitada. Para su realización encontramos diferentes tipos de escalas:

Escalas verbales o descriptivas simples

Es un tipo de escala cualitativa. Consiste en elegir entre una serie de palabras ordenadas decreciente o creciente, siendo estas, un conjunto de adjetivos o adverbios correspondientes a la intensidad del dolor. Por ejemplo: para la pregunta “¿Cómo definiría la intensidad de su dolor?” elegir entre “Ligero, moderado, intenso, atroz”.

Escala Visual Analógica (EVA).

Es representada por una línea vertical, limitada por dos extremos horizontales, que indican desde la ausencia de dolor hasta el dolor máximo de forma creciente. Es considerado el más fiable, por su facilidad de ejecución, además, de ser el más usado en clínica.

Cabe destacar una variante de este procedimiento, La escala de grises Luesher, basada en una serie de tonalidades grises, donde el blanco simboliza bienestar y el negro el mayor dolor

Escala Numérica

Es de tipo cuantitativa. Se presenta número del 0 al 10 o del 10 al 100, donde 0 es la ausencia de dolor y 10 el máximo dolor, y el sujeto debe elegir el número que se ajuste a su intensidad de dolor.

Escala de Expresiones Faciales

Es representada mediante imágenes con expresiones faciales, donde el paciente elige la que mejor represente su percepción de dolor.

Por otro lado, también existe la combinación de varias escalas, como puede ser las numéricas con verbales, de esta forma, hay un equilibrio entre sensibilidad y facilidad de uso.

5.1.4. Los cuestionarios

Los cuestionarios son aplicados a campos concretos y realizados de acuerdo a los criterios de psicometría. Estos surgen para organizar la información recogida anteriormente en la entrevista.

En nuestro caso, destacaremos los usados en dolor crónico, que se dividen habitualmente en tres categorías: cuestionarios para la evaluación clínica, cuestionarios específicos sobre variables psicológicas implicadas en el dolor e inventarios de personalidad.¹³

Los cuestionarios para la evaluación clínica dan información sobre la intensidad, frecuencia, duración, localización y caracterización del dolor. Por otro lado, los cuestionarios sobre variables psicológicas implicadas en el dolor dan información sobre los aspectos afectivos del dolor, principalmente de la ansiedad y la depresión, y para evaluar los aspectos cognitivos implicados en el dolor crónico.

5.2. Medidas del dolor en Artritis Reumatoide

Para medir de una forma más concreta el dolor en la artritis reumatoide se usan índices articulares que evalúan la afectación producida. Nos encontramos con: Índice de Ritchie, Índice De La Ara y el Índice Articular de Landsbury

5.2.1. Índice Articular de Lansbury

Fue desarrollado en 1956 y a pesar de que fue el primero que se propuso, se ha usado en pocas ocasiones.¹⁵ Se basa en la estimación del porcentaje de afección articular relacionada con la posible inflamación mediante la suma de puntuaciones parciales de tumefacción en relación con el área articular.¹⁴ Se examinan bilateralmente: temporomandibular, esternoclavicular, acromioclavicular, hombro, codo, muñeca (radiocarpiana, intercarpiana y carpometa-carpiana como unidad), cadera y rodilla, exceptuando carpometacarpiana, mediocarpiana, IFP o IFD de los dedos del pie, mediotarsiana, tarso-metatarsiana, astragaloescafoidea, astragalo-calcanea, y calcaneocuboidea que son exploradas por separado.

5.2.2. Índice de La Ara

Se encarga de medir las articulaciones activas con presencia de dolor a la presión y/ a la movilización pasiva. Solo tiene en cuenta la presencia o ausencia del hallazgo clínico, es decir, de la presencia de sintomatología de artritis. Son examinadas bilateralmente: temporomandibular, esternoclavicular, acromioclavicular, hombro, codo, muñeca (radiocarpiana, intercarpiana y carpometa-carpiana como unidad), IF del pulgar, IFP e IFD de los dedos, cadera, rodilla, tobillo, tarso, IF del dedo gordo del pie, IFP e IFD de los pies. Tiene una puntuación máxima de 68.

5.2.3. Índice de Ritchie

Evalúa el dolor a la palpación, ejerciendo presión en los márgenes de la articulación y las estructuras periarticulares. Es subjetivo y varía entre diferentes observadores. En este sentido, hay gran variación en la magnitud de dolor haciendo menos reproducibles las medidas articulares a la intensidad de dolor.

Se lleva a cabo mediante la suma total de los grados de dolor producidos en cada articulación independiente, por lo tanto, es solo para articulaciones dolorosas. Se realiza mediante la escala: 0- sin dolor, 1- dolor, 2- dolor y gesto 3-dolor y retirada. Puede tener una puntuación máxima de 78.¹⁴

Estos tres índices que hemos nombrado, solo valoran la intensidad de dolor o la extensión articular. Por otro lado, existen otros índices binarios en los que se recoge la existencia de dolor y tumefacción según su número de articulaciones. De estos últimos destacamos el índice reducido de 28 articulaciones, capaz de detectar cambios en el dolor y la tumefacción.¹⁵

5.3. Estrategias de afrontamiento del dolor crónico

Las estrategias de afrontamiento se definen como esfuerzos cognoscitivos y conductuales en constante cambio, para manejar las demandas internas y/o externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del sujeto.¹⁶ Además, comprende el manejo o control de estados emocionales y la planificación y solución del problema.¹⁷

Se considera que el afrontamiento tiene dos funciones: una encargada de cambiar el desarrollo de la situación, está centrada en el problema, y otra, que pretende alterar la emoción que causa la situación en el sujeto, centrada en la emoción.¹⁸

Por otro lado, se considera que las estrategias son independientes del éxito del esfuerzo,³⁰ por lo que no hay una estrategia mejor que otra, ya que el resultado depende de la situación e interacción que se presente en el momento. Sin embargo, algunos estudios han demostrado que los resultados del afrontamiento se relacionan

con cambios en los parámetros del dolor, por lo que, hay unas estrategias más adaptativas que otras.

De esta manera, se han agrupado en dos categorías: estrategias activas y estrategias pasivas.

5.3.1. Estrategias activas

Son aquellas centradas en el bienestar y en el problema, es decir, van orientadas al control directo del dolor y no interfieren de manera directa en actividades de la vida diaria. Ejemplo de ellas es ignorar sensaciones, autoverbalizaciones de afrontamiento, distracción, etc. Se relaciona con procesos más adaptativos, pues están asociadas a una disminución en los parámetros de dolor.

Algunos estudios han demostrado que dichas estrategias permiten una adaptación positiva en 6 meses.¹⁹

5.3.2. Estrategias pasivas

Están relacionadas con procesos desadaptativos, pues están asociadas con el incremento de la intensidad y frecuencia del dolor, depresión, deterioro físico y peor ajuste psicológico. Ejemplo de estas son rezo, esperanza, pensamiento desiderativo...etc..

5.3.3. Estrategias de afrontamiento más frecuentes

Según Lazarus y Folkman^{24,34} estas estrategias son evitación, confrontación, planificación, distanciamiento, autocontrol, responsabilidad, apoyo social y reevaluación positiva.

Evitación: incluye comportamientos dirigidos hacia la reducción del dolor y su anticipación. Se usa para huir o evitar el dolor, mediante otras actividades no recomendadas o búsqueda de un problema mayor.

La **confrontación** se basa en la afrontación directa a la situación dolorosa mediante acciones y respuestas inmediatas. Además, el sujeto asume las posibles consecuencias.

La **planificación** se basa en analizar la situación, para cambiarla y poder disminuir el dolor.

El **distanciamiento** se basa en la minimización del problema, desentendiéndose y no pensando en ello, tratándolo con indiferencia.

El **autocontrol** supone la disminución de las reacciones al dolor, es decir, controlar los sentimientos que éste nos produce y las conductas que tenemos ante él.

El **apoyo social** es de las estrategias más usadas, pues el paciente acude a su entorno social en búsqueda de comprensión e información, mediante consejo o la compañía de su familia y amigos. Los pacientes con mayor apoyo social expresan más sus sentimientos en torno al dolor y esto ayuda a solventar las situaciones problemáticas.

Por último, la **reevaluación positiva** se basa en buscar el lado bueno de las cosas, es decir, modificar la experiencia de dolor atendiendo a los aspectos positivos.

5.4. Variables psicológicas implicadas en el dolor

Catastrofismo: El individuo considera el dolor como incontrolable y es el centro de su vida al padecer una enfermedad crónica.

Varios estudios han demostrado que esta perspectiva aumenta la intensidad del dolor y, además, hay una mayor incidencia de depresión y ansiedad.¹⁸

Neurocitismo: se considera un predictor de la conducta observable del dolor, ya que se encuentra relacionada con valoraciones de vigilancia al dolor y con el catastrofismo. Además, este rasgo de personalidad promueve un mayor uso de estrategias pasivas, lo que afecta a la adaptación de la enfermedad, y por tanto, a un aumento de la percepción del dolor.

Autoeficacia: se define como la capacidad que considera cada individuo que posee para manejar por sí mismo la percepción del dolor. Por tanto, se relaciona con la cantidad de esfuerzo que empleará el sujeto para superar los obstáculos como consecuencia de padecer una enfermedad crónica como la artritis reumatoide que le implica cambios en su vida diaria y el aprendizaje de nuevas conductas para su adaptación.

De esta forma, el uso de esta variable produce una disminución y mejor manejo del dolor, y un descenso de la angustia y depresión.¹⁸

Desesperanza aprendida: es el estado psicológico en que los acontecimientos son percibidos como incontrolables, el individuo no reconoce la relación entre su comportamiento y las consecuencias, por lo que emite una conducta pasiva al creer que no puede hacer nada para cambiar su situación.³

En este sentido, la desesperanza aprendida induce al sujeto a utilizar estrategias pasivas que lleva a un aumento del dolor.

Creencias: “Son nociones preexistentes o esquemas cognitivos de la realidad que moldean o transforman nuestras percepciones de lo que nos envuelve y de nosotros mismos”.²³

Las creencias pueden afectar tanto a la forma de afrontar el dolor como al tipo de tratamiento que prefiere el paciente. En este sentido, si cree, por ejemplo, que la actividad agrava el daño de la lesión, lo conducirá a la inactividad lo que aumentará la discapacidad y dolor.

Por otro lado, si el paciente cree que su dolor es totalmente físico, los programas psicológicos los suelen descartar o abandonar rápidamente, ya que prefieren terapias médicas.

Psicopatologías: Las psicopatologías más relacionadas con el dolor de la artritis reumatoide son la depresión y la ansiedad y, en menor medida, la ira.²⁹ Estas se consideran características preexistentes activadas por el estrés del dolor. De esta forma, se considera que aunque no sean las responsables del inicio del dolor, sí intervienen en su cronificación.

Locus de control que diferencia entre individuos que creen que lo que nos sucede es resultado de nuestras acciones, y los que creen que depende del destino y la suerte²⁴. Así, los pacientes que consideran que es resultado de esto último, tienen un locus de control externo, por lo que ejercen un escaso control sobre la existencia del dolor y presentarán peor afrontamiento.

Por otro lado, los pacientes con locus de control interno, asumen la experiencia de dolor, ya que se consideran capaces de controlarla y muestran una adaptación más positiva.

Nivel educativo: Estudios han demostrado que a menor nivel educativo, más inadaptación a causa del dolor⁴. Cuando el nivel educativo es bajo se tiene la creencia de que el dolor es señal de daño tisular y, por lo tanto, la experiencia de dolor es más intensa.

5.5. Instrumentos de evaluación del afrontamiento en el dolor crónico

Teniendo en cuenta, como hemos ido nombrado durante este trabajo, la importancia de las estrategias de afrontamiento en la percepción del dolor crónico, a continuación, describiremos los instrumentos de medida más utilizados para ello.

5.5.1. Ways of Coping Checklist (WCC)

Es el instrumento de evaluación más antiguo. Actualmente, se redujo a 50 ítems agrupados en 8 escalas. Sin embargo, para el dolor crónico es más utilizada la versión de Vitaliano y cols. Está constituida por 42 ítems en una escala de 4 puntos agrupada en 5 escalas: afrontamiento centrado en el problema, evitación, autoculpa, pensamiento desiderativo y búsqueda de apoyo social.

5.5.2. Vanderbilt Pain Management Inventory (VPMI)

Este cuestionario se compone de 18 ítems en una escala de 5 puntos. Se agrupa en dos escalas: afrontamiento activo y afrontamiento pasivo. Estas evalúan la frecuencia de uso de estas dos estrategias por los pacientes con dolor crónico, cuando alcanza una intensidad moderada o alta.

Con este instrumento de evaluación se pudo observar que los pacientes que usaban estrategias pasivas tenían puntuaciones más altas en depresión y deterioro funcional, mientras que, las estrategias activas se relacionaban con menor sintomatología de depresión y deterioro funcional.

5.5.3. Pain-Related Self-Statements Scale (PRSS)

La “Escala de autoinforme del dolor”. Está formada por 35 ítems agrupados en dos escalas: catastrofismo y afrontamiento. Son evaluados en una escala de 6 puntos.

5.5.4. Cuestionario de Afrontamiento al Dolor (CAD)

El “Cuestionario de Afrontamiento al Dolor” Es el instrumento de evaluación de referencia, ya que ha sido usado en más del 95% de los trabajos en el ámbito del dolor en los últimos 10 años^{20,28}. Demuestra, sobre todo, la relación con los estados de ánimo, el nivel de dolor y de funcionamiento cotidiano.

Antiguamente estaba compuesto por 48 ítems agrupados en 8 escalas de 6 ítems cada una, más 2 ítems referidos al control que se ejerce sobre el dolor y a la capacidad de disminuirlo. Las escalas son desviación de la atención de la atención reinterpretación de las sensaciones de dolor, ignorar las sensaciones de dolor afrontamiento autoafirmativo, rezo y esperanza, catastrofismo, incremento del nivel de actividad e incremento en la conducta de dolor.²⁵ Sin embargo, han aparecidos trabajos con planteamientos de diferentes estructuras, reduciéndolo a 31 ítems en dos escalas, afrontamiento activo y pasivo, de 5 puntos (1= nunca, 5= siempre) que evalúa 6 estrategias:

- La religión
- La búsqueda de apoyo social emocional (catarsis), es decir, el paciente intenta aliviar el dolor hablando y buscando comprensión en otras personas
- La distracción, el paciente intenta apartar la atención del dolor
- El autocontrol
- La autoafirmación, el paciente intenta motivarse a sí mismo
- Búsqueda de información.

6. METODOLOGÍA

6.1. Objetivos

Con el fin de explorar las observaciones tratadas anteriormente con respecto a las estrategias de afrontamiento en muestras canarias, concretamente en el área de rehabilitación en el Hospital Universitario de Canarias, el siguiente trabajo de fin de grado tiene dos objetivos fundamentales:

En primer lugar, estudiar las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los pacientes con Artritis Reumatoide con dolor crónico.

En segundo lugar, determinar qué estrategias de afrontamiento son más efectivas en el grado de dolor percibido por los pacientes.

6.2. Hipótesis

Hipótesis 1

Los pacientes con dolor crónico en Artritis reumatoide obtendrán puntuaciones más altas de dolor en el índice de Ritchie cuando utilicen estrategias como “evitación” que cuando utilicen estrategias de “distracción”

Hipótesis 2

Los pacientes con dolor crónico en Artritis reumatoide obtendrán puntuaciones más altas de dolor percibido en la escala de EVA cuando utilicen las estrategias de afrontamiento “religión” respecto a cuándo usen las estrategias de afrontamiento “búsqueda de información”

Hipótesis 3

Los pacientes con dolor crónico en Artritis reumatoide con altos niveles de autoeficacia tendrán puntuaciones más bajas de dolor en el índice de Ritchie que los pacientes con bajos niveles de autoeficacia.

Hipótesis 4

Los pacientes con dolor crónico en Artritis reumatoide obtendrán puntuaciones más bajas de dolor en la escala EVA cuando utilicen estrategias de afrontamiento “autoafirmación” y “autocontrol” que cuando utilicen estrategias de afrontamiento de “catarsis”

6.3. Método

6.3.1. Participantes

Teniendo en cuenta que la incidencia de la artritis reumatoide en la población española afecta a uno de cada cien habitantes dado que en España viven 45 millones de personas, se estima que la artritis reumatoide puede afectar a unas 450.000 habitantes. Ya que el estudio se va a realizar en el Hospital Universitario de Canarias, nos centraremos en la población de Tenerife, la cual era de 891.111 en 2016, según el Instituto Canario de Estadística (ISTAC). Por lo cual, la incidencia sería de 8.911 personas, siendo éste nuestro tamaño poblacional.

Para determinar el tamaño muestral se usará la fórmula para el cálculo con poblaciones finitas:

$$n = \frac{N \times K^2 \times P(1 - P)}{(N - 1) \times e^2 + K^2 \times P \times (1 - P)}$$

Donde, asumiendo la máxima variabilidad (varianza) posible, es decir, $P = 0,50$ y un error muestral máximo de 0,08, el número de pacientes a entrevistar adoptando un nivel de confianza de 0,95%

$$n = \frac{8.911 \times 2^2 \times 0'50(1 - 0'50)}{(8.911 - 1) \times 0'08^2 + 2^2 \times 0'50 \times (1 - 0'50)} = 153,53$$

Por lo tanto, tendremos un tamaño muestral de 153 pacientes con edades entre los 35 y 60 años, teniendo en cuenta un mayor número de mujeres, ya que es más común entre estas. Por otro lado, serán seleccionados de acuerdo a unos criterios de selección:

Criterios de inclusión

- Personas con artritis reumatoide diagnosticada y dolor durante 6 meses mínimo.
- Personas mayores de 18 años
- Haber firmado previamente el consentimiento informado para participar voluntariamente en el estudio

Criterios de exclusión

- Personas con artritis reumatoide que padezcan dolor agudo.
- Personas menores de 18 años
- Personas con deterioro cognitivo
- Personas que se nieguen a realizar el estudio.

Los criterios serán consultados con el responsable jefe de la Unidad de Traumatología y reumatología del Hospital Universitario de Canarias.

6.3.1. Diseño

Esta investigación es de diseño transversal correlacional, en el que las variables tomadas serán la intensidad de dolor (variable cuantitativa discreta) y las estrategias de afrontamiento y la autoeficacia (variable cuantitativa continua).

6.4. Materiales

El estudio se llevará a cabo mediante un cuestionario para determinar las estrategias de afrontamiento que el paciente emplea ante dicho dolor y una escala para medir la importancia que tiene la autoeficacia en la artritis reumatoide. Por otro lado, un cuestionario para medir la percepción específica del dolor en la artritis reumatoide y una escala del dolor más general. Por tanto, se empleará, respectivamente, el Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico, la

Escala de autoeficacia para Artritis, la Escala Visual Analógica y el índice de Ritchie

Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico

En el caso de la variable estrategias de afrontamiento ante el dolor, asociado a pacientes con artritis reumatoide, se realizara su valoración mediante la versión original del Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico (Anexo 1). El paciente deberá marcar la opción de la escala de Likert (0 a 5), en cada una de las 31 frases relacionadas con las 6 estrategias de afrontamiento, en función de la frecuencia de uso de estas estrategias.

Escala de autoeficacia

Esta escala mide la autoeficacia percibida por personas con artritis. Está formada por 10 ítems con respuestas Likert que van desde 1 al 4 (1 = incierto, 4 = muy cierto). Dichos ítems hacen referencia a la seguridad que tiene el paciente sobre su eficacia para manejar situaciones estresantes, en este caso, la experiencia de dolor.²⁶ (Anexo 2)

Escala Visual Analógica

Esta escala se usará para valorar la intensidad del dolor experimentado de manera más general en el cuerpo. Como comentamos con anterioridad, dicha escala está representada en una línea recta que presenta valores del 0 al 10 de forma ascendente, donde 0 es ausencia de dolor y 10 el máximo dolor imaginable. En este caso, es el paciente el encargado de marcar el valor que más se asemeje a su dolor (Anexo 3)

Índice articular de Ritchie

Como se ha comentado, valoraremos la variable del dolor en la artritis reumatoide mediante el Índice de Ritchie (Anexo 4). El investigador debe rellenar un cuestionario en el que se mide el dolor en las articulaciones afectadas, del 0 al 3, mediante la presión en cada una de las articulaciones y observando la reacción del paciente: hombros, codos, muñecas, rodillas y tobillos.

Cabe destacar, que las articulaciones metacarpofalángicas, interfalángicas proximales de cada mano (incluida la interfalángica del primer dedo), las Metatarsfalángicas de cada pie, la columna cervical, las acromioclaviculares, las esternoclaviculares y las temporomandibulares son consideradas como un grupo articular.

Por otro lado, la columna cervical, las caderas, las articulaciones astrágalo-calcáneas y las mediotarsianas se registra el dolor producido a través de la movilización pasiva.

Además, hay que tener en cuenta que este índice es solo para articulaciones dolorosas.

6.5. Procedimiento

En primer lugar, pediremos la autorización al gerente del Hospital Universitario de Canarias para realizar la investigación en la Unidad de Reumatología (Anexo 5). Tras su aceptación, se presentará la solicitud de evaluación al Comité Ético de Investigación Clínica (Anexo 6).

Una vez autorizados a realizar la investigación, se seleccionarán los pacientes que cumplan los requisitos (edad, diagnóstico y asistencia a la unidad) de forma aleatorizada. Estos serán informados de los objetivos de la investigación y, a continuación, se solicitará su consentimiento mediante un formulario; también se les comentará el secreto ético de la información, así como que no obtendrán remuneración económica. Por último se les recordará que pueden retirarse de la

investigación cuando ellos lo consideren, ya que su participación es voluntaria (anexo 7).

Tras obtener dicho consentimiento, se les presentará las pruebas a realizar. En primer lugar, se entregará el cuestionario de afrontamiento ante el dolor (anexo 1), luego, la escala de autoeficacia (anexo 2) y, a continuación, la escala de dolor. Por último, se les realizará el índice de Ritchie (anexo 4) que es la única prueba que se realiza por individuo y es el propio investigador el que la lleva a cabo en el paciente. Esta investigación se dividirá en 15 días, creando grupos de 10 pacientes a estudio en cada día.

Instrucciones del cuestionario de afrontamiento al dolor son:

“Este cuestionario está formado por 31 frases divididas en 6 apartados que describen diferentes maneras para afrontar el dolor. Por favor, marque en cada una de ellas la casilla que mejor describa la frecuencia de uso de esos pensamientos o sentimientos.”

Por su parte, las instrucciones de la escala de autoeficacia son:

“Esta escala contiene 8 frases sobre la capacidad y seguridad que siente para poder reducir el dolor en varias actividades cotidianas y en el control de sus limitaciones. Por favor, marque con una cruz el número que más se asemeje a su pensamiento, siendo el 1 muy en seguro al 10 muy seguro en las diversas frases”.

Por otro lado, las instrucciones de la escala visual analógica son:

“En la línea que le mostramos a continuación, cada centímetro equivale a un nivel distinto de dolor de manera ascendente, siendo 0 ausencia de dolor y 10 el máximo dolor imaginable. Por favor, marque con una cruz el valor que mejor exprese su dolor.”

Por último, las instrucciones del índice de Ritchie son:

“Este cuestionario será rellenado por el investigador. Él realizará presión en las articulaciones que se muestran y según su comportamiento anotará con una cruz su reacción. Será la única prueba realizada de forma individual y al terminar con los tres anteriores cuestionarios. Por favor, debe ser sincero con su reacción, no aguante más presión de la que es necesaria.”

6.6. Resultados y discusión.

Para realizar los análisis estadísticos se usará el programa estadístico SPSS que trabaja con una matriz de filas y columnas. En primer lugar, se depurarán los datos, procurando eliminar aquellos sujetos que hayan respondido a los cuestionarios de manera incoherente o aleatoria. Para ello, se llevará cabo un análisis de la distribución de frecuencias de las respuestas Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico y en la Escala de Autoeficacia.

En segundo lugar, en el Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico se calculará el índice de confiabilidad alfa de Cronbach en las respuestas, el cual debe ser igual o superior a 0,60 para seguir con el análisis. Si el índice es menor, se eliminarán enunciados hasta alcanzar el porcentaje de fiabilidad propuesto. Posteriormente, se calculará la media y la desviación típica para cada paciente en cada estrategia de afrontamiento.

Exactamente el mismo procedimiento se llevará a cabo con la Escala de Autoeficacia.

A continuación, se calculará las puntuaciones de dolor para cada paciente en el EVA y en el Índice de dolor de Ritchie. Como medida indirecta de validez de ambas medidas, se calculará la correlación (análisis de correlación de Pearson) entre ellas. Obviamente, el nivel de correlación entre ambas debe ser alto, ya que, supuestamente, deben estar midiendo lo mismo.

Por último, según la distribución de las respuestas en las diversas estrategias de afrontamiento se establecerá una tipología de paciente, que se comparará con la puntuación en las dos escalas de dolor, y en la escala de Autoeficacia. Para reslizar estos contrastes y proceder a la comprobación de nuestras hipótesis, se utilizará análisis multivariados.

La discusión de los resultados se llevara a cabo teniendo en cuenta el marco teórico de este trabajo y la finalidad de la mejora de las estrategias de afrontamiento usadas contra el dolor crónico en pacientes con Artritis Reumatoide.

Por otro lado, se tendrán en cuenta estos resultados para mejorar y ampliar la intervención de la fisioterapia en este campo, dando herramientas útiles que ayuden al paciente en la mejora de su calidad de vida y su bienestar.

7. CRONOGRAMA

La duración de esta investigación se estima en 9 meses organizados en las siguientes fases:

Búsqueda bibliográfica (2 meses)

- Elección del tema a tratar y búsqueda de revisión bibliográfica acuerdo a este.
- Reunión con el tutor del trabajo de fin de grado.
- Planteamiento de los objetivos
- Identificación de la población de estudio.

Elaboración del trabajo de fin de grado (2 meses)

- Desarrollo del marco teórico
- Definición de objetivos
- Desarrollo de la metodología que se llevará a cabo
- Elección de los cuestionarios y escalas para llevar a cabo la investigación

Desarrollo de la intervención (3 meses) y análisis de datos (2 meses)

- Elección aleatoria de los pacientes para el estudio
- Reunión con los pacientes seleccionados para darles información y recogida de los consentimientos.
- Recogida de datos en grupos de 10 personas cada día, haciendo una duración de 15 días.
- Charla informativa para los pacientes sobre la enfermedad y adaptación a ella
- Análisis de los datos
- Exposición de los resultados obtenidos
- Discusión de los resultados y posibles mejoras
- Redacción del informe final.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Vinaccia S, Contreras F, Palacio C, Marín A, Tobon S, Moreno-San Pedro E. Disposiciones fortalecedoras: Personalidad Resistente y Autoeficacia en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide. *Terapia Psicológica* 2005;23(1):15-24.
2. Ramos, F. (1999). *Enfermedades Reumáticas*. México: Mc Graw-Hill.
3. Vinaccia S, Contreras F, Restrepo LM, Cadena J, Anaya JM. Autoeficacia, desesperanza aprendida e incapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2005;5(1):129-142.
4. Queraltó JM. Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology* 2005;36(1):37-60.
5. Sánchez Herrera B. Abordajes teóricos para comprender el dolor humano. *Aquichan* 2003;3(1):32-41.
6. Díaz Acosta G. *Psicología del Dolor: Evaluación y Tratamiento*. *Psicología del Dolor*. 280-286.
7. Acevedo González J. Ronald Melzack and Patrick Wall. La teoría de la compuerta: más allá del concepto científico dos universos científicos dedicados al entendimiento del dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 2013;20(4):191-202.
8. Torres M, Compañ V. *Qué es el dolor. La experiencia del dolor*. Barcelona: Editorial UOC; 2006. 7-22.
9. Díez A, Llorca Díez G. Aspectos psicológicos asociados al dolor. *Máster del dolor*.
10. Neira F, Ortega J. Tratamiento del dolor en la artritis reumatoide fundamentado en medicina basada en la evidencia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 2006;13(8):561-566.
11. Gardner GC, Gilliland BC. Artritis y otras artropatías. En: Loeser JD, Butler SH, Chapman CR, Turk DC *Bonica Terapéutica del Dolor*. México. McGraw Hill. 2003:605-627.
12. Gaviria AM, Vinaccia S, Quiceno JM, Martínez K, Yépes M, Echevarría C, et al. Rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento y dolor en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Terapia Psicológica* 2006;24(1):23-29.
13. *Procedimientos de Evaluación del Dolor Crónico. Plan Nacional para la Enseñanza y Formación en Técnicas y Tratamiento del Dolor*.
14. *Revista Española de Reumatología Vol 18, Nº 7*.
15. Balsa A, Villaverde V, Martín-Mola E. Índices de actividad y mejoría en la artritis reumatoide. *Rev Esp Reumatol* 2002;1(1):4-8.


16. Lazarus, R.-Folkman, S. (1984): *Stress, appraisal and Coping*. Springer, New York. (Versión española en Martínez Roca, 1986)
17. Ramírez, C., Esteve, R. & López, A. (2001). Neuroticismo, afrontamiento y dolor. *Anales de Psicología*, 17, 129-137.
18. Soriano J, Monsalve V. El afrontamiento del dolor crónico. *Boletín de psicología* 2005;84:91-107.
19. Sullivan M.J., Bishop S.R., Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment*. 1995;7(4):524-532.
20. Soriano J, Monsalve V. CAD: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2002;9:13-22
21. Jensen M, Turner J, Romano J, et al. Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain* 1991; 47: 249-83
22. Turner J. Coping and Chronic pain. En: Bond M, Charlton J, Woolf C (Eds.). *Proceedings of the V I t h World Congress on Pain*. Amsterdam: Elsevier Sciences Publishers BV, 1991; 219-27.
23. Camacho, L. y Anarte, M. T. (2001). Importancia de las creencias en la modulación del dolor crónico: concepto y evaluación. *Apuntes de Psicología*, 19 (3), 453-470.
24. Metodología para el control de riesgos psicosociales y su integración en la gestión empresarial [sede Web]. Aragón: Confederación Regional de Empresarios de Aragón. Capítulo 4: Estrés y características individuales; apartado C: Modos de afrontamiento individual. De Fernández Arias JC. Disponible en: www.crea.es/prevencion/estres/capitulo4_3.htm
25. Rosenstiel, A.-Keefe, F. (1983): The use of coping strategies in chronic low back pain: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17, 33-44.
26. Suárez PS, García AMP, Moreno JB. Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema* 2000;12(Suplemento):509-513.
27. Torres M, Compañ V. Qué es el dolor. *La experiencia del dolor*. Barcelona: Editorial UOC; 2006. 7-22
28. Blanco Picabia A, Rodríguez Franco L, Cano García F. Evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico. *Actas Esp Psiquiatr* 2004:82-91.
29. Truyols Taberner M, Pérez Pareja J, Medinas Amorós M, Palmer Pol A, Sesé Abad A. Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y salud* 2008;19(3):295-320.
30. Maestre CR. Las características personales en la experiencia de dolor y en el proceso de afrontamiento. *Escritos de psicología* 2002(6):40-52.
31. Redondo MM, Tobal JJM, Vindel AC. Procesos de afrontamiento y ajuste a la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía* 2005;4(2):199-217.

32. Vinaccia S, Cadena J, Juárez F, Contreras F, Anaya J. Relaciones entre variables sociodemográficas, incapacidad funcional, dolor y desesperanza aprendida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2004;4(1):91-103.
33. Neira F, Ortega J. Tratamiento del dolor en la artritis reumatoide fundamentado en medicina basada en la evidencia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 2006;13(8):561-566.
34. Vázquez Valverde C, Crespo López M, Ring JM. Estrategias de afrontamiento. En: Bulbena Vilarrasa A, director. *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. 1º ed. Barcelona: Masson;2003.

9. ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO ANTE EL DOLOR


Este cuestionario está formado por 31 frases divididas en 6 apartados que describen diferentes maneras para afrontar el dolor. Por favor, marque en cada una de ellas la casilla que mejor describa la frecuencia de uso de esos pensamientos o sentimientos.

 CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO ANTE EL DOLOR CRÓNICO		NUNCA	POCAS VECES	NI MUCHAS NI POCAS	MUCHAS VECES	SIEMPRE
RELIGIÓN						
1.	Rezo para que mis dolores desaparezcan.	1	2	3	4	5
2.	Rezo para conseguir fuerza y guía sobre el problema.	1	2	3	4	5
3.	Rezo para curarme.	1	2	3	4	5
4.	Utilizo la fe para aliviar mis dolores.	1	2	3	4	5
5.	Pido a Dios que me alivie de mis dolores.	1	2	3	4	5
CATARSIS						
6.	Cuando tengo dolor intento hablar con alguien y contarle lo que me pasa. Esto me ayuda a soportarlo.	1	2	3	4	5
7.	Cuando tengo dolor le digo a los demás lo mucho que me duele, pues el compartir mis sentimientos me hace encontrarme mejor.	1	2	3	4	5
8.	Cuento a la gente la situación porque ello me ayuda a encontrar soluciones.	1	2	3	4	5
9.	Hablo con la gente de mi dolor, porque el hablar me ayuda a sentirme mejor.	1	2	3	4	5
10.	Busco a algún amigo o allegado que me comprenda y me ayude a sentirme mejor con el dolor.	1	2	3	4	5
DISTRACCIÓN						
11.	Cuando tengo dolor imagino situaciones placenteras.	1	2	3	4	5
12.	Busco algo en qué pensar para distraerme.	1	2	3	4	5
13.	Ignoro el dolor pensando en otra cosa.	1	2	3	4	5
14.	Intento recrear mentalmente un paisaje.	1	2	3	4	5
15.	Cuando tengo dolor pienso en otra cosa.	1	2	3	4	5

16.	Cuando tengo dolor me esfuerzo en distraerme con algún pasatiempo.	1	2	3	4	5
AUTOCONTROL MENTAL						
17.	Me concentro en el punto en que más me duele intentando disminuir el dolor.	1	2	3	4	5
18.	Me olvido de todo y me concentro en mi dolor intentando que desaparezca.	1	2	3	4	5
19.	Cuando tengo dolor me concentro en su localización e intensidad para intentar controlarlo.	1	2	3	4	5
20.	Cuando tengo dolor me concentro en él e intento disminuirlo mentalmente.	1	2	3	4	5
21.	Trato de dejar la mente en blanco.	1	2	3	4	5
AUTOAFIRMACIÓN						
22.	Pienso que he de tener fuerzas y no desfallecer.	1	2	3	4	5
23.	Me doy ánimos para aguantar el dolor.	1	2	3	4	5
24.	Me digo a mí mismo que tengo que ser fuerte.	1	2	3	4	5
25.	Cuando tengo dolor no me rindo, peleo.	1	2	3	4	5
26.	Aunque me duela me contengo y procuro que no se me note.	1	2	3	4	5
BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN						
27.	Intento que me expliquen qué puedo hacer para disminuir el dolor.	1	2	3	4	5
28.	Busco a algún amigo, familiar o profesional para que me aconseje cómo superar la situación.	1	2	3	4	5
29.	Hablo con un profesional del problema para que me ayude a hacerle frente.	1	2	3	4	5
30.	Intento saber más sobre mi dolor para así poder hacerle frente.	1	2	3	4	5
31.	Hablo con alguien que puede hacer algo concreto sobre mi dolor.	1	2	3	4	5

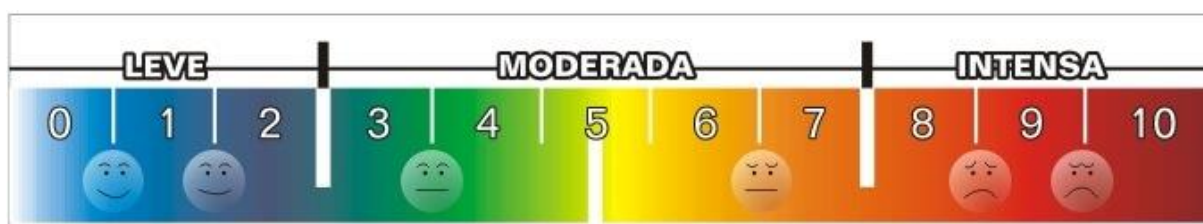
ANEXO 2. ESCALA DE AUTOEFICACIA

Esta escala contiene 8 frases sobre la capacidad y seguridad que siente para poder reducir el dolor en varias actividades cotidianas y en el control de sus limitaciones. Por favor, marque con una cruz el número que más se asemeje a su pensamiento, siendo el 1 muy en seguro al 10 muy seguro en las diversas frases.

 Escala de Autoeficacia		INCORRECTO	APENAS CIERTO	MÁS BIEN CIERTO	CIERTO
1.	Puedo encontrar la forma de obtener lo que quiero aunque se me opongan	1	2	3	4
2.	Soy capaz de resolver problemas difíciles si me esfuerzo	1	2	3	4
3.	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta alcanzar mis metas	1	2	3	4
4.	Soy capaz de manejar eficazmente acontecimientos inesperados	1	2	3	4
5.	Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas	1	2	3	4
6.	Me encuentro tranquilo en las situaciones difíciles porque tengo habilidades para manejar situaciones difíciles	1	2	3	4
7.	Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejar	1	2	3	4
8.	Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo	1	2	3	4
9.	En situaciones difíciles, generalmente se me ocurre que hacer	1	2	3	4
10.	Frente a un problema, generalmente se me ocurren diversas alternativas para resolverlo.	1	2	3	4

ANEXO 3. ESCALA VISUAL ANALÓGICA.

En la línea que le mostramos a continuación, cada centímetro equivale a un nivel distinto de dolor de manera ascendente, siendo 0 ausencia de dolor y 10 el máximo dolor imaginable. Por favor, marque con una cruz el valor que mejor exprese su dolor.



ANEXO 4. ÍNDICE DE RITCHIE

Este cuestionario será rellenado por el investigador. Él realizará presión en las articulaciones que se muestran y según su comportamiento anotará con una cruz su reacción. Será la única prueba realizada de forma individual y al terminar con los tres anteriores cuestionarios. Por favor, debe ser sincero con su reacción, no aguante más presión de la que es necesaria.

Índice de Ritchie	SIN DOLOR	DOLOR	DOLOR Y GESTO	DOLOR Y RETIRADA
Columna Cervical	0	1	2	3
Temporomandibular	0	1	2	3
Esternoclavicular	0	1	2	3
Acromioclavicular	0	1	2	3
Hombro	0	1	2	3
Codo	0	1	2	3
Muñeca	0	1	2	3
Metacarpofalángicas	0	1	2	3
Interfalángicas proximales	0	1	2	3
Metatarsfalángica 1 dedo	0	1	2	3
Caderas	0	1	2	3
Rodillas	0	1	2	3
Tobillos	0	1	2	3
Articulación subtalar	0	1	2	3
Tarsometatarsiana	0	1	2	3

ANEXO 5. EJEMPLO DE UN INFORME DE AUTORIZACIÓN DEL TRABAJO DE FIN DE GRADO, DIRIGIDO AL GERENTE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS:

Señor Gerente del Hospital Universitario de Canarias, Don Eduardo de Bonis Redondo:

Yo, alumna de 4º de Fisioterapia de la Facultad de Ciencias de la Salud, Alba Castillo Gil con DNI 54115053D, solicito su autorización para la toma de datos de mi Trabajo de Fin de Grado, cuyo tutor responsable es Ramón Rodríguez Torres, con DNI 427903810X. Dicho trabajo tendrá como título el siguiente: "Evaluación de las estrategias de afrontamiento en pacientes con Artritis Reumatoide".

Atendiendo a las observaciones comentadas anteriormente, con respecto al desarrollo de las estrategias de afrontamiento, este proyecto se propone un doble objetivo. En primer lugar, estudiar las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los pacientes con Artritis Reumatoide con dolor crónico en el Hospital Universitario de Canarias

En segundo lugar, determinar qué estrategias de afrontamiento son más efectivas en el grado de dolor percibido por los pacientes.

A continuación, procederemos a adjuntarle el cuestionario que emplearemos para dicho estudio.

En La Laguna, a ___ de _____ del _____

Le agradecemos su colaboración.

Firmado:

Alba Castillo Gil

Investigador principal

Firmado:

Ramón Rodríguez Torres

Investigador colaborador

ANEXO 6. EJEMPLO DE UN INFORME DE AUTORIZACIÓN DEL TRABAJO DE FIN DE GRADO, DIRIGIDO AL COMITÉ ÉTICO DE LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS:

SOLICITUD DE EVALUACIÓN DEL ESTUDIO POR EL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

Se solicita la evaluación del estudio: “Evaluación de las estrategias de afrontamiento en pacientes con Artritis Reumatoide”, del que es investigador principal: Alba Castillo Gil. En este estudio participará como investigador colaborador: Dr. Ramón Rodríguez Torres.

Además, se hace constar que ambos investigadores se comprometen a tratar a cada participante según lo establecido en el protocolo autorizado por el Comité Ético de Investigación Clínica y que respetarán las normas éticas aplicables a este tipo de estudios.

En La Laguna, a ___ de _____ del _____

Le agradecemos su colaboración.

Firmado:

Alba Castillo Gil

Investigador principal

Firmado:

Ramón Rodríguez Torres

Investigador colaborador

ANEXO 7. INFORME DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA FORMAR PARTE DEL TRABAJO DE FIN DE GRADO:

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE:

Hola, mi nombre es Alba Castillo Gil, estudiante de 4º curso de Fisioterapia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de La Laguna y estoy realizando mi Trabajo de Fin de Grado, cuyo propósito es estudiar el dolor crónico en la Artritis Reumatoide. Para ello le presento en la siguiente página las instrucciones para realizar las escalas que le propongo.

En cuanto a los datos personales, de acorde con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal, serán confidenciales y, además, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación y cancelación de datos.

Su participación es totalmente voluntaria y no será obligatoria llenar dicha encuesta si usted no lo desea. Si decide participar en este estudio, por favor siga las instrucciones que se presentan y responda con la máxima sinceridad.

FIRMA

Fecha: ___ de _____ del _____

Gracias por su colaboración.