

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO: UN ESTUDIO COMPARATIVO CON ENFERMOS FÍSICOS CRÓNICOS Y PERSONAS SIN ENFERMEDAD CRÓNICA¹

Adelia de Miguel Negredo
Livia García Pérez

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
Facultad de Psicología. UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

RESUMEN

La conceptualización del estrés como variable moduladora entre la situación estresante y la respuesta dada ha conducido al estudio de las estrategias de afrontamiento como variables cognitivas que realizan esa función moduladora. En gran parte de las investigaciones realizadas en esta área se han utilizado datos retrospectivos para sus análisis con grupos de análogos. En este trabajo, se presentan datos prospectivos aportados por 511 personas que padecen una enfermedad crónica (hipertensión, fracaso renal total, nefropatías, trasplante renal, cáncer, diabetes) acerca de las estrategias que utilizan para afrontar en la actualidad su enfermedad. Se completan estos datos con los aportados por una muestra de 353 adultos que no padecen ninguna enfermedad crónica diagnosticada, acerca de las estrategias que utilizan para afrontar una situación de alto estrés. La evaluación se llevó a cabo con la prueba de estrategias de afrontamiento actual de Pelechano, que

Correspondencia: Adelia de Miguel. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de La Laguna. E-mail: admiguel@ull.es.

¹ Una primera redacción, más simple, de este trabajo se presentó en *III Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud*, Torremolinos, 15-17 mayo de 1998.

con 78 ítems mide dieciséis factores de primero orden y tres de segundo orden. La comparación de ambos grupos en los factores de afrontamiento conduce a los siguientes resultados generales: (a) las personas no enfermas obtienen puntuaciones significativamente más altas en los tres factores de segundo orden y en el 75% de los factores de primer orden, (b) estos mismos resultados se obtienen controlando la edad y el género de los participantes y (c) las personas no enfermas puntúan significativamente más alto que algunos de los seis sub-grupos de enfermos analizados pero de forma similar a otros. Los resultados, desde la óptica del modelo de parámetros, apoyan la necesidad de realizar una psicología diferencial del enfermo físico.

Palabras clave: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO, ENFERMEDAD FÍSICA CRÓNICA, PSICOLOGÍA DIFERENCIAL DEL ENFERMO FÍSICO

SUMMARY

Stress as a mediator between stressful situation and behaviour has led to the study of coping skills like cognitive variables which do that modulate function. More of researches in this area use retrospective data with analogue groups. We present prospective data from 511 patients with a chronic physical illness (hypertension, hemodialysis, nephropathies, kidney transplant, cancer, diabetes) about their coping skills in present. Data about coping skills in a stressful situation from 353 adult people without illness complete that information. Pelechano's inventory about coping skills was used, which have 78 items to assess 16 first order factors and three second order factors. Bivariate analyses showed: (a) people without illness have scores higher than chronic physically-ill patients in the three second order factors and in the 75% of first order factors; (b) those results are similar after gender and age are controlled; and (c) there are some differences among non-illness and subgroups of illness patients but there are not a pattern because there are similar scores in others factors. Those results, from Pelechano's parameter model view, support an approach of individual differences to physically-ill patients.

Key words: COPING SKILLS, CHRONIC PHYSICAL ILLNESS, INDIVIDUAL DIFFERENCES AND PHYSICAL ILLNESS.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO: CONCEPTUALIZACIÓN Y EVALUACIÓN

De las tres formas de estudiar el estrés, como estímulo, respuesta y mediador, en este trabajo vamos a presentar datos referidos a la tercera. Y lo vamos a hacer desde la óptica del modelo de parámetros de Pelechano, según el cual las estrategias de afrontamiento (mediadores cognitivos entre estímulo y respuesta) se consideran como competencias de personalidad, dentro de una estructura compleja de personalidad. Concretamente, ese acercamiento propone un modelo de inteligencias múltiples (Pelechano y de Miguel, 1994) que engloba tres bloques de competencias generales, el lingüístico, el mecánico – quinestésico y el socio-personal. Este último subsume dos tipos: el socio-institucional y el socio-interpersonal. Las competencias/estrategias de afrontamiento son justamente un grupo de factores que se consideran socio-interpersonales pues se refieren a la capacidad del individuo para enfrentarse a situaciones estresantes que ha de afrontar tanto a nivel interpersonal como intrapersonal.

Algunos de los supuestos de este modelo de inteligencias múltiples que interesa destacar en este caso, son los siguientes: (a) se defiende que el aprendizaje es el medio principal para adquirir y desarrollar las diferentes competencias, (b) lo anterior no elimina la posibilidad de un anclaje biológico de las mismas, si bien no ha de ser similar ni en tamaño ni en importancia para todas ellas, (c) los diferentes grupos culturales desempeñan un papel muy relevante en el fomento de las competencias que bien puede estar, a su vez, modulado por el tiempo histórico (en el caso que nos ocupa, se nos ocurre que la sociedad occidental, debe estar fomentando actualmente en sus miembros estrategias relacionadas con enfermedades crónicas, mientras que a principios del siglo XX, tuvo que promover estrategias que permitieran hacer frente a las infecciosas) y (d) lo anterior significa que desde el modelo se prevee la posibilidad de modificar estas competencias a través de programas de entrenamiento.

Una consideración más desde el modelo de inteligencias múltiples asentada en los supuestos del acercamiento de parámetros se refiere al carácter de competencias o factores básicos (generalizables a las diferentes situaciones a las que se enfrenta un individuo) o intermedio-situacionales (contextualizados en los diferentes ámbitos en los que

se desenvuelve el individuo: laboral, escolar, familiar, social). Esta es una cuestión que se deduce empíricamente a partir de los datos que han obtenido hasta ahora y se vayan obteniendo en el futuro. En todo caso, ya en 1993 (Pelechano, Matud y de Miguel, 1993), con ocasión de presentar dos pruebas paralelas que miden estas habilidades-competencias de afrontamiento, se propuso que *debe recogerse evidencia experimental que sea coherente con la interpretación de estas habilidades de afrontamiento como modos no-situacionales sino, al menos, contextual-intermedios, que presenten una cierta estabilidad a lo largo del tiempo y de situaciones distintas y cuyas relaciones, si las hay, con otras partes conocidas del funcionamiento personal, no permitan identificarlas con ellas* (pág. 104). De esta forma, esta aproximación teórica se establece como punto intermedio entre la conceptualización situacional del afrontamiento del grupo de Lazarus (Lazarus y Folkman, 1984) y la defensa del afrontamiento generalizado de la dimensión “represión-sensibilización” de Byrne (1964).

Partiendo de pruebas elaboradas por otros autores (por ejemplo, *Ways of Coping Questionnaire*, de Folkman y Lazarus, 1980) añadiendo items, eliminando otros y reformulando otros, al final resultó una prueba compuesta por 78 elementos que hacían referencia a diferentes formas de afrontamiento y cuyos referentes eran “acciones y modos de pensar” en la situación actual. La muestra a la que se iba a administrar la prueba resultante estaba formada por personas que padecían una enfermedad física crónica por lo que las instrucciones indicaban que *las preguntas se refieren al presente, en el que usted sabe que padece de esta enfermedad o dolencia*. Así quedó la prueba de *estrategias de afrontamiento actuales*.

511 personas enfermas, cuya descripción simple se explica más abajo y una más amplia se recoge en otro lugar (Pelechano, Matud y de Miguel, 1993), cumplieron este inventario. El análisis factorial sobre factores principales y rotación oblicua de esta prueba de afrontamiento actual, dio lugar a una estructura compuesta por 16 factores de primer orden. A continuación detallamos la denominación de cada factor con un item como ejemplo de su contenido. En el trabajo de 1993 se encuentra una descripción de sus características psicométricas. Factor 1: *aceptación-conformismo y serenidad* (“Me

desespero y pienso que el mundo es injusto”, saturación negativa); factor 2: *rechazo de información y de análisis cualificados* (“Intento tener la mayor cantidad de información posible preguntando a todos aquellos que creo que saben sobre él”, saturación negativa); factor 3: *negación de diagnóstico y gravedad* (“Confío en que lo que me dicen no sea verdad. Que lo mío no puede ser eso”); factor 4: *ocultación de información a familia y amigos* (“Intento resolver el problema por mí mismo”); factor 5: *rechazo de religión como consuelo* (“Busco tener fe en algo o alguien (religión o un ideal de vida)”, saturación negativa); factor 6: *enganche a la vida con hedonismo* (“Pienso que la vida es corta y que hay que disfrutar más de ella”); factor 7: *autoinculpación* (“Me critico a mí mismo porque creo que yo tengo parte de culpa, al menos”); factor 8: *adecuación de acción y calma* (“Intento no apresurarme y pensar con calma. Una y otra vez me digo que tengo que tomarme las cosas con calma”); factor 9: *inculpación a familia y huida hacia adelante* (“Pienso más de una vez que la culpa la tiene mi familia, por los disgustos que me dan”); factor 10: *negación: olvido y distanciamiento del problema* (“Intento olvidarme de todo esto”); factor 11: *autoencapsulamiento* (“Pienso que tengo que arreglar las cosas con mi familia”, saturación negativa); factor 12: *entereza (junto a “siempre es posible un peor”)* (“Intento mirar las cosas por su lado bueno. Alguna ventaja debe tener”); factor 13: *búsqueda de información y de acción por acción* (“Pregunto a una persona de la que me fío para que me diga qué me está pasando”); factor 14: *reestructuración de valores y visión del mundo* (“Estoy cambiando; creo que estoy madurando como persona”); factor 15: *inevitabilidad con futuro negativo* (“Me digo a mí mismo cosas que me hacen sentir mejor”, saturación negativa) y factor 16: *impacto intenso y negativo de enfermedad* (“Pienso que ya nada puede ser como antes”).

La matriz de correlaciones de estos 16 factores indicaba la necesidad de una segunda factorización. En este caso se hizo también sobre componentes principales pero con rotación varimax. El resultado fue una estructura trifactorial: el primer factor denominado *adaptación general a la enfermedad con reestructuración personal* recoge una idea positiva de adaptación a la enfermedad y enganche con la vida; teóricamente debe ser un factor positivo, que ayude a afrontar

positivamente la enfermedad. El segundo factor, *negación con inculpación familiar y huida hacia adelante* parece, a nivel teórico-racional, un factor perturbador o negativo a la hora de afrontar. Finalmente, el tercer factor, *desesperación con inconformismo y protesta*, también se presenta como negativo en cuanto a su adecuación a la hora de afrontar una situación estresante.

El inventario de *estrategias de afrontamiento actual*, una vez eliminados los items que no saturaron en la estructura de primer orden (los criterios seguidos suponían la elección de un item cuando saturaba al menos $\frac{1}{2}0.30\frac{1}{2}$ en un factor, y en caso de saturar en dos o más, se elegía en aquel donde la saturación fuera mayor; cada factor debía estar formado al menos tres items) quedó formado por 78 elementos a los que se podía contestar en una escala de respuesta tipo Likert de cuatro puntos (en absoluto, de ninguna manera; en alguna medida, ligeramente de acuerdo; bastante o bastante de acuerdo; en gran medida).

Paralelamente al inventario de estrategias de afrontamiento actual, se redactaron las mismas 81 afirmaciones haciendo referencia a las acciones y modos de pensar correspondientes a *los primeros días en los que usted supo que padecía de esta enfermedad o dolencia*. Por lo tanto, se contaba con una prueba de *Estrategias de afrontamiento recordadas*. También fue cumplimentada por los 511 enfermos físicos crónicos y la factorización sobre componentes principales y rotación oblicua resultó algo diferente, tanto en número de factores como en el contenido de los mismos a la obtenida para el afrontamiento actual (para más detalles, véase el trabajo de Pelechano, Matud y de Miguel, 1993). Los 14 factores de primer orden se factorizaron en segundo orden con rotación varimax y se agruparon en cuatro: *primacía de enfermedad con autoinculpación y aceptación de consolación por religión*, *apego a la vida con intento de alejamiento del problema para buscar solución*, *búsqueda de información y solución*, y *negación con inculpación a familia y dar información a amigos*.

Ambas estructuras factoriales son distintas a la obtenida por el grupo del Lazarus con la prueba *Ways of coping* (Folkman y Lazarus, 1980) entremezclándose en las presentadas aquí los elementos emocionales y cognitivos, al menos en el caso de los enfermos físicos crónicos evaluados.

PSICOLOGÍA DIFERENCIAL DEL ENFERMO FÍSICO CRÓNICO

Nos encontramos en la época de la enfermedad crónica ante la que los psicólogos, desde diferentes áreas, intentan establecer conexiones entre conductas y resultados de salud y personalidad, actitudes y características ambientales. La formulación del patrón de conducta tipo A por parte de Friedman y sus colaboradores como responsable de los trastornos coronarios y su contrapartida el patrón de conducta tipo B, o la formulación por parte de Grossarth-Maticek y Eysenck (la última formulación fue en 1995) de los seis estilos o patrones de comportamiento responsables de cinco enfermedades como el cáncer (más uno salutogénico), han sido analizadas y contestadas por parte del modelo de parámetros (Pelechano, 1991), en el sentido de proponer como alternativa a esa "psicología-personalidad del abecedario" una psicología diferencial del enfermo en la que se investiguen características comunes y diferenciales de los enfermos. En el trabajo de 1993 (Pelechano, Matud y de Miguel, 1993), se puso claramente de manifiesto la inexistencia de un patrón único de comportamiento de estrategias de afrontamiento que fuera característico de cada enfermedad analizada. Más bien, en los análisis diferenciales intragrupo se observó que los cambios producidos a lo largo del tiempo en el afrontamiento contenían similitudes y diferencias. Concretamente, en el factor de *adaptación general a la enfermedad con reestructuración personal*, los seis grupos de enfermos físicos crónicos (diálisis, hipertensión, nefropatías, trasplante, cáncer y diabetes) obtenían una puntuación más alta en el afrontamiento actual que en el recordado², pero estos cambios no alcanzaron significación estadística en los grupos de nefropatías y trasplante. En el segundo factor, *negación con inculpación a familia y huída hacia delante*, los grupos de trasplante y diabetes aumentaron sus puntuaciones mientras que los otros cuatro las disminuyeron,

2 Tal y como se explica en el trabajo de 1993, para poder realizar estos análisis, se tuvo que "imponer" la estructura del afrontamiento actual al afrontamiento recordado. Esta imposición se podía hacer puesto que los ítems eran iguales excepto que en el caso del afrontamiento actual se formulaban en presente y en el caso de la recordación se redactaron en pasado.

pero en ningún caso se alcanzó significación. Finalmente, en el caso del tercer factor, *inconformismo y protesta*, los seis grupos disminuyeron sus puntuaciones de forma significativa.

En segundo lugar, los análisis discriminantes realizados entre los seis grupos de enfermos y los 16 factores de afrontamiento, dieron lugar a cinco funciones discriminantes. Cada función era importante para la diferenciación entre dos o tres grupos de enfermos y no más. Esto es, no se aisló ninguna función que discriminase a la vez a todos los grupos con una potencia similar, sino que los enfermos parecían agruparse en dos conjuntos (más o menos opuestos) respecto a cada una de las funciones y cada conjunto estaba definido por enfermedades distintas. La primera función (*impacto intenso y negativo de enfermedad con aceptación*) discriminaba a diálisis frente a hipertensión; la segunda (*rechazo de religión con autoinculpación*) discriminaba entre cáncer y diabetes; la tercera (*reestructuración de valores y negación actual de enfermedad*) servía para diferenciar a cáncer de nefropatías; la cuarta (*apelación a familia como apoyo*) discriminaba a diálisis frente a nefropatías; y, finalmente, la quinta (*rememoración de negación y propósito de cambio con familia*) diferenciaba a hipertensión de diabetes.

El paso siguiente a dar debía incluir a personas que no tuvieran enfermedad física crónica (o que no hubiera sido diagnosticada). Pero su consideración no debía ser la de análogos sino la de grupo criterial ante el que definir a los enfermos físicos, con sus características como grupo frente al de no enfermos además de aislar diferencias y similitudes con los diferentes tipos de enfermedades. Y todo esto utilizando pruebas elaboradas expresamente para enfermos y no al contrario, situación que no es frecuente en psicología de la salud, donde las pruebas se elaboran para individuos “sanos” y no-enfermos para ser administradas posteriormente a los enfermos (desde luego el área de la psicología de la salud no es la única donde se produce ese estado de cosas).

Este, por lo tanto, es el objetivo de este trabajo: evaluar las estrategias de afrontamiento de personas sin enfermedad física crónica diagnosticada y compararlas con los enfermos, con el fin de delimitar las diferencias y similitudes, o en todo caso, establecer un patrón diferencial de “sanos” y enfermos.

MÉTODO

Muestra

Se utilizaron los datos correspondientes a un total de 864 personas adultas que pertenecían a dos subgrupos claramente diferenciados³. La muestra de enfermos físicos crónicos se componía de 511 pacientes de los dos grandes hospitales de la isla de Tenerife⁴. Sus características demográficas se describen en otro lugar (Pelechano, Matud y De Miguel, 1993) aunque las más relevantes para este trabajo se resumen en la tabla 1. El 53.8% eran mujeres, la edad media era de 42.91 años (DT = 13.98) con un rango de 18-77 años, dos terceras partes estaban casados y el mismo porcentaje tenían un nivel de escolarización correspondiente al período obligatorio. Estas personas además fueron reagrupadas según el diagnóstico de enfermedad principal por el que acudían a uno de los dos centros sanitarios. Concretamente, la composición muestral era: 71 personas con fracaso renal superior al 95% por lo que asistían a hemodiálisis hospitalaria, 101 pacientes padecían hipertensión, 72 presentaban alguna nefropatía, 41 habían superado con éxito un trasplante renal, 117 personas presentaban cáncer en diferentes estadios y 109 eran diabéticos insulino-dependientes.

Por lo que se refiere a la segunda submuestra, se componía de 353 adultos⁵ sin un diagnóstico de enfermedad física crónica, recogidos de modo incidental. Casi el 57% eran mujeres, la edad media era de 39 años (DT=12.04) y un tercio permanecían solteros.

3 Expresamos desde aquí nuestro agradecimiento a la Dra. Dña. P. Matud, a la entonces becaria Dña. M. Hernández y al grupo de alumnos que colaboraron en la recogida de datos, introducción de los mismos en el ordenador y su posterior tratamiento estadístico. Así mismo, agradecemos al Dr. V. Pelechano que nos permita usar los datos que aquí se presentarán extraídos de dos pruebas elaboradas por él y aún sin publicar.

4 La evaluación de estos pacientes se realizó como parte de las actividades a realizar en el proyecto *Estilos, calidad de vida y programas de intervención psicológica en pacientes renales*, subvencionado por el Gobierno Autónomo de Canarias, cuyo investigador principal era V. Pelechano.

5 Estas personas formaban parte del grupo de personas sin enfermedad física crónica a evaluar en el proyecto de investigación *Evaluación subjetiva de la calidad de vida en enfermos crónicos: determinantes la propuesta de un modelo* subvencionado por la DGICYT del Ministerio de Educación, cuyo investigador principal era V. Pelechano.

Tabla 1.- Características muestrales

	ENFERMOS (n=511)	NO ENFERMOS (n = 353)	p
Edad	42,91 (DT=13,98) rango (18-77)	39,38 (DT=12,04) rango 18-64	***
Sexo			
Mujeres	275 (53,8%)	201 (56,9%)	ns
Hombres	236 (46,2%)	152 (43,1%)	
Estado civil			
Solteros	123 (24,1%)	112 (31,7%)	ns
Casados	342 (66,9%)	205 (58,1%)	
Separados/divorciados	23 (4,5%)	21 (6,0%)	ns
Viudos	18 (3,5%)	15 (4,2%)	ns
NS/NC	5 (1,0%)	--	ns
Nivel educativo			
Analfabeto	30 (5,9%)	2 (0,6%)	ns
Primarios	342 (66,9%)	164 (46,4%)	
Medios	73 (14,3%)	134 (38,0%)	**
Universitarios	56 (11,0%)	50 (14,2%)	**
NS/NC	10 (1,9%)	3 (0,8%)	ns

NOTA: ** = p < .01; *** = p < .001.

Entre ambas muestras, además de la existencia/no existencia de enfermedad crónica, había una serie de diferencias que alcanzaron significación estadística: la muestra de enfermos tenía más edad, se componía de un porcentaje mayor de personas casadas y tenía un nivel educativo menor (más personas con estudios primarios y, a la vez, menos personas con estudios medios). No creemos, a priori, que las diferencias en estas variables demográficas afecten a las diferencias, si las hubiera, entre los diferentes grupos en los factores de afrontamiento evaluados.

Instrumentación y procedimiento

La participación de todas estas personas fue voluntaria. Cumplimentaron una batería muy amplia que incluía pruebas similares para ambas muestras y otras diferentes. Concretamente, por lo que se refiere a las estrategias de afrontamiento, los enfermos físicos crónicos contestaron a los dos inventarios, el referente al afrontamiento actual y el correspondiente al rememorado, ambos elaborados por Pelechano, y comentados con cierto detalle más arriba. El orden de administración de los mismos fue aleatorio y en todos los casos transcurrió un período medio de cuatro días entre una prueba y otra.

Alumnos del práctico del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de La Laguna, tras ser entrenados como entrevistadores, se ponían en contacto con los enfermos a través del personal del Hospital Universitario de Canarias y del Complejo Hospitalario Nuestra Señora de la Candelaria. Una vez se aceptaba participar en la investigación, entrevistador y enfermo mantenían una serie de contactos en los cuales el paciente cumplimentaba las pruebas, bien leídas por el alumno, bien autoadministradas. El lugar de las entrevistas y cumplimentación dependía de la elección que del mismo hacía el enfermo: su domicilio y/o una sala del centro sanitario. También el paciente proponía el momento y se llegaba a un acuerdo entre enfermo-entrevistador.

La muestra de personas sin enfermedad crónica diagnosticada, también dentro de una amplia batería de pruebas, cumplimentó sólo

el inventario de afrontamiento actual y no el correspondiente a estrategias de afrontamiento rememorado. Se modificaron las instrucciones de modo que se les pedía que respondieran a los items teniendo en cuenta que se trataba de *acciones y modos de pensar posibles ante una situación de crisis, enfermedad, problema serio o situaciones estresantes de la vida cotidiana* (de esta forma no queda contextualizado ni en tiempo ni en situación alguna el afrontamiento). El acceso a esta muestra se realizó a través de alumnos de las diferentes asignaturas de segundo ciclo impartidas por el equipo investigador en la Facultad de Psicología de la Universidad de La Laguna. Las instrucciones que recibían los alumnos se referían a elegir personas adultas de su entorno (familiares o conocidos) que no padecieran de ninguna enfermedad física crónica. La confidencialidad estaba garantizada en la medida en que estas personas remitían, si así lo deseaban, la información correspondiente, por correo, utilizando un sobre con franquicia que se les había repartido con el material.

RESULTADOS

Validez diferencial y discriminante de las estrategias de afrontamiento actual

Antes de realizar un análisis diferencial bivariado y analizar las diferencias si las hubiera, realizamos MANOVAs, que aún siendo análisis más gruesos, permiten, en nuestro caso, descartar la influencia de ciertas variables demográficas que, en un primer acercamiento, no debiera existir. Concretamente nos referimos al efecto del género y la edad. En la tabla 2-A se recogen los valores de F y p asociados correspondientes a los MANOVAs siendo el factor "grupo de pertenencia" con dos niveles (enfermos y no-enfermos) y las variables dependientes los tres factores de segundo orden de afrontamiento actual. En la primera columna se incluyen los datos para el MANOVA sin covariantes y se observa que tanto el análisis multivariado como los univariados obtienen F cuyos valores son estadísticamente significativos, indicando, por lo tanto, claras diferencias entre ambos grupos, enfermos y no enfermos. En el caso de la segunda columna,

Tabla 2.- Análisis de varianza para los factores de segundo orden de estrategias de afrontamiento actual entre ambos grupos

A) MANOVAs con covariantes

	Con covariante		
	Sin covar.	Sexo	Edad
Multivariado	17.81***	92.07***	89.79***
Univariado			
F1: Adaptación general y reestructuración personal	4.87***	6.48**	10.47***
F2: Negación de gravedad con inculpación a familia	41.94***	243.8***	243,1***
F3: Desesperación con inconformismo	8.06***	1.87	3,37*

NOTA: Factor = grupo (enfermo – no enfermo); VD = los tres factores de segundo orden de estrategias de afrontamiento actual (F1, F2 y F3); * = p<.05; ** = p<.01; *** = p<.001. En el interior del cuadro, valor de F.

B) MANOVA con dos factores

	Efecto principal		
	Grupo x sexo	Grupo	Sexo
Multivariado	5.09**	95.14***	6.20***
Univariado			
F1: Adaptación general y reestructuración personal	0.57	6.87**	8.35**
F2: Negación de gravedad con inculpación a familia	11.81***	257.15*	0.87
F3: Desesperación con inconformismo	9.09**	3.10	14.48***

NOTA: Factores = grupo (enfermo – no enfermo), sexo (mujer – hombre); VD = los tres factores de segundo orden de estrategias de afrontamiento actual (F1, F2 y F3); * = p<.05; ** = p<.01; *** = p<.001. En el interior del cuadro, valor de F.

C) Análisis bivariados

	Enfermos	No-enfermos	t
F1: Adaptación general y reestructuración personal			
Hombres	71.71 (26.7)	77.50 (1.48)	-2.52**
Mujeres	77.46 (24.0)		ns
	t = -2.53**		ns
F2: Negación de gravedad con inculpación a familia			
Hombres	5.87 (4.9)	13.27 (4.6)	-14.36***
Mujeres	7.63 (5.5)	12.46 (5.1)	-9.86**
	t = -3.74***		ns
F3: Desesperación con inconformismo			
Hombres	10.11 (8.7)	13.15 (5.8)	-4.05***
Mujeres	14.34 (10.5)		ns
	t = -4.96***		ns

las Fs se refieren al MANOVA manteniendo “género” como covariante y se obtienen datos similares al análisis anterior excepto para el tercer factor donde desaparecen las diferencias entre ambos grupos. Finalmente, en la tercera columna aparecen las Fs del MANOVA siendo la edad la covariante y los resultados son similares a los encontrados cuando no se controla ninguna variable contaminante.

En la tabla 2-B incluimos los resultados de un cuarto MANOVA en el que se analizó el efecto de la variable género como tal, sin controlarla. De este modo, contamos con dos factores con dos niveles cada uno: el factor grupo (enfermo/no enfermo) y el factor género (hombre/mujer). Se observa un importante efecto de la interacción tanto a nivel multivariado como univariado (factores 2 y 3), así como efecto principal del género multivariado y univariado (factores 1 y 3). Las comparaciones bivariadas con el fin de encontrar los subgrupos diferentes se encuentran en la tabla 2-C. Realmente las diferencias intergénero se producen en el grupo de enfermos, siendo las mujeres quienes puntúan más alto en los tres factores. En el grupo de personas sin enfermedad crónica no hay diferencias intergénero. Los hombres enfermos puntúan significativamente más bajo que los hombres no enfermos en los tres factores, mientras que las mujeres son más similares, apareciendo una *t* significativa sólo en el caso del factor 2, puntuando más alto las mujeres sin enfermedad (por lo tanto, mayor negación de gravedad e inculpación a la familia).

En resumen, ambos grupos son claramente distintos en los factores de segundo orden de afrontamiento siendo más claras estas diferencias en el caso de los hombres.

El modelo de parámetros considera que no siempre es más adecuado trabajar con factores muy generales, siendo en algunas ocasiones más esclarecedoras las agrupaciones específicas (como los factores de primer orden). Por ese motivo, realizamos los mismos análisis pero con los factores de primer orden de afrontamiento actual. En la tabla 3 se recogen los datos correspondientes a los MANOVAs con un solo factor: sin covariante en la primera columna, con género como covariante en la segunda columna y con edad como covariante en la tercera columna. Se observan valores similares en las tres columnas por lo que no parecen afectar ambas variables demográficas a las diferencias entre ambos grupos. De hecho, el

Tabla 3.- MANOVAs para los factores de primer orden de estrategias de afrontamiento actual entre ambos grupos, con y sin covariantes:

	Sin covar.		Con covariante	
	Sexo	Edad	Sexo	Edad
Multivariado	37.22***	35.54***	37.59***	35.54***
Univariado				
1. Aceptación-conformismo y serenidad	13.16***	14.56***	12.34***	14.56***
2. Rechazo de información y de análisis cualificados	.11	.06	.09	.06
3. Negación de diagnóstico y gravedad	178.4***	180.31***	177.07***	180.31***
4. Ocultación de información a familiares y amigos	162.2***	156.99***	161.82***	156.99***
5. Rechazo de religión como consuelo	3.13	.64	4.73*	.64
6. Enganche a la vida con hedonismo	2.75	4.86*	2.26	4.86*
7. Autoinculpación	13.62***	15.93***	14.15***	15.93***
8. Adecuación de acción y calma	18.79***	14.07***	19.40***	14.07***
9. Inculpación a familia y huida hacia delante	35.10***	36.84***	34.78***	36.84***
10. Negación: olvido y distanciamiento del problema	2.81	1.94	3.04	1.94
11. Autoencapsulamiento	69.21***	74.15***	70.24***	74.15***
12. Entereza (junto a "siempre es posible un peor")	10.51***	5.60**	11.09***	5.60**
13. Búsqueda de información y de acción por acción	50.19***	55.60***	48.96***	55.60***
14. Reestructuración de valores y visión del mundo	27.49***	28.27***	26.40***	28.27***
15. Inevitabilidad con futuro negativo	33.56***	33.97***	33.85***	33.97***
16. Impacto intenso y negativo de enfermedad	4.92*	2.98	5.3*	2.98

NOTA: Factor = grupo (enfermo – no enfermo); VD = los 16 factores de primer orden de estrategias de afrontamiento actual; * = p<.05; ** = p<.01; *** = p<.001. En el interior del cuadro, valor de F.

MANOVA con dos factores (grupo y género) sólo encontró cinco factores donde se producía efecto de interacción (factores 1, 3, 4 y 7 y 16; F_s , respectivamente, 10.78 ($p < .001$), 3.85 ($p < .05$), 12.15 ($p < .001$), 4.91 ($p < .05$)).

Por lo tanto, asumimos una clara diferenciación entre ambos grupos criterio, el de enfermos y el de no enfermos, lo que significa la no equiparación de ambos a la hora de hablar de estrategias de afrontamiento.

Puesto que los MANOVAs no permiten aislar los subgrupos donde se producen las diferencias, realizamos diferencias bivariadas con la t de Student tanto para los factores de segundo orden como de primero, entre el grupo de no enfermos y el de enfermos por una parte y entre el grupo de no enfermos y cada uno de los seis subgrupos de enfermos, por otra, con el fin de encontrar, si las hay, similitudes y diferencias específicas para cada enfermedad, aunque esperamos que no se produzcan patrones distintos entre las enfermedades.

La tabla 4 recoge todos los valores de medias, desviaciones típicas, tamaño de los grupos/subgrupos, valores de t y p asociados, para los factores de primer y segundo orden. Con el fin de dar una visión más específica y organizada, hemos agrupado bajo cada factor de segundo orden, aquellos de primer orden que lo componen y ordenados en función del tamaño de su saturación en la estructura factorial (de mayor a menor). Veamos algunos de los resultados más interesantes.

Por lo que se refiere al primer factor de segundo orden, *adaptación general a la enfermedad con reestructuración personal*, el grupo de no enfermos puntúa más alto que todo el grupo de enfermos, pero esas diferencias sólo se mantienen, con significación estadística para los grupos de hipertensión y diabetes (los dos grupos en los que la enfermedad es menos "visible", con menor sintomatología y menor percepción de inminencia de muerte). Hay una excepción, aunque sin significación estadística: el grupo de enfermos de cáncer puntúa más alto que el de no enfermos, lo que significa una mayor adaptación general, aunque sólo podemos considerarla como tendencia. Respecto a los factores de primer orden que lo configuran, el grupo de cáncer es el que mayor número de diferencias significativas

Tabla 4.- Análisis diferencial intergrupos para las estrategias de afrontamiento actual

	No enfermos (n=353)	Enfermos (n=511)	SUBGRUPOS DE ENFERMOS FÍSICOS CRÓNICOS						
			Dialítis (n=101)	Hipertensión (n=72)	Nefropatías (n=41)	Trasplante (n=117)	Cáncer (n=117)	Diabetes (n=109)	
F1: ADAPTACIÓN GENERAL A LA ENFERMEDAD CON REESTRUCTURACIÓN PERSONAL	79.24 (16.9)	74.8 (25.4) 1 = -2.98**	73.8 (26.9) 1 = -1.64	71.02 (27.8) 1 = -2.73**	77.36 (27.7) 1 = -0.55	75.56 (27.1) 1 = -0.85	81.89 (20.6) 1 = 1.35	69.03 (23.1) 1 = -4.17**	
12. Entereza (junto a "siempre es posible un peor")	12.37 (3.9)	13.48 (5.2) 1 = 3.57**	13.25 (5.2) 1 = 1.35	12.75 (5.8) 1 = 0.62	13.28 (5.2) 1 = 1.40	14.39 (5.2) 1 = 2.41*	14.81 (4.4) 1 = 5.29**	12.6 (5.0) 1 = 0.55	
14. Reestructuración de valores y visión del mundo	8.08 (2.4)	6.97 (3.1) 1 = -5.86**	7.04 (3.2) 1 = -2.59**	6.33 (3.4) 1 = -4.77**	7.13 (3.3) 1 = -2.32*	7.12 (3.4) 1 = -1.77	7.49 (2.8) 1 = -2.02*	6.77 (2.7) 1 = -4.46**	
15. Inevitabilidad con futuro negativo	9.39 (3.3)	11.04 (4.1) 1 = 6.51**	11.69 (4.3) 1 = 4.22**	11.12 (4.2) 1 = 3.76**	10.34 (4.4) 1 = 1.70	10.20 (4.2) 1 = 1.19	10.78 (3.7) 1 = 3.84**	11.60 (3.9) 1 = 5.31**	
8. Adecuación de acción y calma	6.92 (2.1)	7.74 (2.7) 1 = 4.91**	7.94 (2.8) 1 = 2.92**	7.32 (2.9) 1 = 1.27	7.84 (6.9) 1 = 2.66**	7.41 (3.0) 1 = 1.02	8.12 (2.5) 1 = 4.60**	7.63 (2.5) 1 = 2.63**	
6. Enganche a la vida con hedonismo	5.97 (2.0)	5.78 (2.4) 1 = -1.26	5.92 (2.7) 1 = -0.15	5.34 (2.53) 1 = -2.26*	5.55 (2.4) 1 = 1.35	5.78 (2.4) 1 = -0.56	6.44 (2.1) 1 = 2.19*	5.51 (2.3) 1 = -1.84	
11. Autoencapsulamiento	8.43 (3.0)	10.49 (3.6) 1 = 9.15**	10.56 (3.8) 1 = 4.49**	10.54 (3.8) 1 = 5.15**	10.18 (3.8) 1 = 4.49**	10.0 (3.4) 1 = 3.17**	10.22 (3.3) 1 = 5.16**	11.09 (3.5) 1 = 7.78**	
5. Rechazo de religión como consuelo	9.72 (4.0)	9.27 (4.7) 1 = -1.53	9.28 (4.5) 1 = -0.84	10.31 (5.0) 1 = 1.08	8.49 (4.5) 1 = -2.32*	9.88 (4.2) 1 = 0.38	7.04 (4.0) 1 = -6.30**	10.95 (4.5) 1 = 2.71**	
10. Negación: olvido y distanciamiento del problema	3.21 (1.8)	3.46 (2.3) 1 = 1.75	3.58 (2.5) 1 = 1.19	3.31 (2.3) 1 = 0.41	3.39 (2.1) 1 = 0.72	3.27 (2.7) 1 = 0.13	4.13 (2.3) 1 = 3.99**	2.91 (2.2) 1 = -1.32	
2. Rechazo de información y de análisis cualificados	5.48 (2.8)	5.49 (3.7) 1 = 0.03	6.27 (3.9) 1 = 1.61	5.68 (3.7) 1 = 0.49	5.07 (4.1) 1 = -0.82	4.76 (4.1) 1 = -1.11	5.32 (3.3) 1 = -0.46	5.54 (3.5) 1 = 0.15	
13. Búsqueda de información y de acción por acción	4.55 (2.0)	3.36 (2.7) 1 = -7.43**	3.07 (2.7) 1 = -4.44**	3.33 (2.8) 1 = -4.10**	3.59 (2.7) 1 = -2.85**	3.34 (2.5) 1 = -2.95**	3.97 (2.8) 1 = -2.02*	2.78 (2.4) 1 = -7.05**	
7. Autoinculpación	4.75 (2.2)	4.06 (3.1) 1 = -3.69**	4.77 (3.5) 1 = 0.06	4.13 (2.9) 1 = -1.95*	4.30 (3.0) 1 = 1.21	3.17 (3.0) 1 = -3.26**	4.05 (3.3) 1 = -2.15*	3.79 (2.7) 1 = -3.31**	
F2: NEGACIÓN DE GRAVEDAD CON INCULPACIÓN A LA FAMILIA	12.78 (4.9)	6.82 (5.0) 1 = -16.44**	6.19 (5.4) 1 = -10.34**	6.71 (5.6) 1 = -10.4**	7.4 (5.4) 1 = -8.16**	5.73 (5.5) 1 = -8.46**	7.56 (5.2) 1 = -9.74**	6.56 (5.5) 1 = -11.1**	
3. Negación de diagnóstico y gravedad	4.22 (2.0)	2.02 (2.4) 1 = -14.47**	1.89 (2.2) 1 = -8.27**	1.85 (2.3) 1 = -9.20**	2.52 (2.5) 1 = -6.26**	1.44 (2.1) 1 = -8.45**	2.31 (2.7) 1 = -7.04**	1.85 (2.4) 1 = -9.28**	
9. Inculpación a familia y huida hacia delante	1.41 (1.6)	0.82 (1.4) 1 = -5.61**	0.86 (1.4) 1 = -2.76*	0.81 (1.54) 1 = -3.44**	0.85 (1.7) 1 = -2.84**	0.80 (1.7) 1 = -2.33*	0.78 (1.3) 1 = -4.43**	0.84 (1.5) 1 = -3.36**	
4. Ocultación de información a familia y amigos	7.12 (3.2)	4.2 (3.2) 1 = -13.78**	3.54 (2.7) 1 = -0.89**	4.10 (3.2) 1 = -8.16**	4.09 (3.4) 1 = -7.10**	3.60 (3.4) 1 = -6.48**	4.48 (3.3) 1 = -7.58**	3.86 (3.2) 1 = -9.17**	
F3: DESESPERACIÓN E INCONFORMISMO	13.52 (6.4)	12.39 (9.9) 1 = -2.01*	14.79 (9.9) 1 = 1.36	9.39 (8.9) 1 = -4.28**	13.75 (10.5) 1 = 0.17	9.41 (6.5) 1 = 3.87**	15.56 (10.3) 1 = 2.50**	10.32 (9.5) 1 = -3.23**	
16. Impacto intenso y negativo de enfermedad	4.10 (2.6)	4.59 (4.0) 1 = -3.17**	6.42 (4.0) 1 = 4.73**	2.94 (3.4) 1 = -3.11**	4.70 (4.2) 1 = 1.18	3.75 (2.8) 1 = -0.83	6.15 (4.3) 1 = 4.91**	3.47 (3.7) 1 = -1.65	
1. Aceptación-conformismo y serenidad	17.63 (4.7)	19.21 (6.5) 1 = 4.21**	18.63 (6.3) 1 = 1.28	20.58 (6.1) 1 = 4.49**	17.96 (6.9) 1 = 0.39	21.32 (4.9) 1 = 4.95**	17.59 (6.8) 1 = -0.5	20.12 (6.3) 1 = -3.78**	

NOTA: En el interior del cuadro, valor de la media y entre paréntesis el valor de la desviación típica. El valor de t de Student corresponde, en todas las ocasiones, a la comparación "grupo/subgrupo de enfermos frente a grupo de no enfermos". * = p < .05; ** = p < .01; *** = p < .001.

presenta frente al grupo de no enfermos (10 de 11 posibles), y a diferencia de los otros subgrupos, los enfermos de cáncer muestran mayor enganche con la vida, menor rechazo de la religión como consolación y mayor olvido y distanciamiento, siendo el resto de las comparaciones en la dirección de los otros subgrupos. El grupo de pacientes que han superado con éxito un trasplante de riñón es donde menos diferencias aparecen respecto al grupo de no enfermos (4 de 11 comparaciones), indicando mayor entereza, más autoencapsulamiento, menor búsqueda de información y menor autoinculpación (enfermos frente a no enfermos).

En el segundo factor de segundo orden, *negación de gravedad con inculpación a la familia*, claramente el grupo de no enfermos puntúa más alto que todo el grupo de enfermos y que todos los subgrupos de enfermos. Y este patrón se produce en los tres factores de primer orden que lo configuran. De esta forma, las personas que no padecen una enfermedad física crónica, diagnosticada, niegan más la gravedad de la situación estresante, inculpan más a la familia y ocultan su situación a familia y amigos.

Finalmente, en el tercer factor de segundo orden, *desesperación e inconformismo*, el grupo de no enfermos puntúa significativamente más alto que el grupo total de enfermos, que el grupo de hipertensión, que el grupo de trasplante y que el grupo de diabetes. Sin embargo, parece mostrar menor desesperación que el grupo de diálisis y el grupo de nefropatías (en ambos casos la diferencia no es significativa) y claramente menos que el grupo de cáncer. Los factores de primer orden muestran claras diferencias: diálisis y cáncer puntúan más alto que los no enfermos en impacto intenso y negativo de la enfermedad, mientras que el grupo de hipertensión puntúa menos que los no enfermos; en el factor de conformismo y serenidad, todos los grupos de enfermos puntúan más alto que los no enfermos, aunque sólo alcanzan significación las comparaciones con los grupos de hipertensión, trasplante y diabetes.

A la vista de estos resultados, buscamos patrones diferenciales que englobasen varios factores y que fuesen capaces de clasificar al grupo de no enfermos y al/los grupo/subgrupos de enfermos físicos. Realizamos siete análisis discriminantes, siempre con la misma lógica: grupos criterio "enfermo-no enfermo" y predictores "los factores

de segundo orden de afrontamiento". En la tabla 5 aparecen los coeficientes tipificados de las variables que conforman las funciones discriminantes, el porcentaje de clasificaciones correctas y el valor de los centroides. En la primera columna aparecen los datos correspondientes a los grupos criterio de no enfermos y el formado por todos los enfermos y en las seis columnas siguientes los correspondientes a las funciones para el grupo de no enfermos y cada uno de los seis subgrupos de enfermos. Las cuatro notas más características son: (a) en todos los casos, el porcentaje de clasificaciones correctas está en torno al 75%; (b) el primer factor sólo es relevante en el caso de diabetes; (c) el segundo factor es importante en todos los casos y (d) el tercer factor sólo es relevante para los grupos de diálisis, nefropatías y cáncer (justamente los tres grupos que puntuaban más alto que los no enfermos, una tendencia contraria a los otros grupos de enfermos).

Tabla 5.- Coeficientes tipificados de los factores de segundo orden que componen las funciones discriminantes entre grupo / subgrupo de enfermos y grupo de no enfermos

	Enfermos (n=511)	SUBGRUPOS DE ENFERMOS FÍSICOS CRÓNICOS						
		Diálisis (n=71)	Hipertensión (n=101)	Nefropatías (n=72)	Trasplante (n=41)	Cáncer (n=117)	Diabetes (n=105)	
F1: ADAPTACIÓN GENERAL A LA ENFERMEDAD							.23	
F2: NEGACIÓN DE GRAVEDAD CON INCULPACIÓN	1.10	1.05	1.00	1.09	1.00	1.04	.92	
F3: DESESPERACIÓN E INCONFORMISMO	-.38	-.47		-.45			-.58	
	% clasificaciones correctas	75.1	78.1	73.6	71.3	74.1	74.5	73.0
Centroides	Grupo no enfermos	.78	.30	.30	.22	.17	.36	.33
	Grupo/subgrupo enfermos	-.46	-1.23	-.93	-.94	-1.25	-.89	-.91

NOTA. En el interior del cuadro, valor del coeficiente tipificado en cada función.

Tabla 6.- Coeficientes tipificados de los factores de primer orden que componen las funciones discriminantes entre grupo / subgrupo de enfermos y grupo de no enfermos

	Enfermos (n=511)	SUBGRUPOS DE ENFERMOS FISICOS CRONICOS						
		Dialisis (n=71)	Hipertensión (n=101)	Neuropatías (n=72)	Trasplante (n=41)	Cáncer (n=117)	Diabetes (n=109)	
F1: ADAPTACIÓN GENERAL A LA ENFERMEDAD CON REESTRUCTURACIÓN PERSONAL								
12. Entereza (junto a "siempre es posible un peor")	-.44	.40	-.41	-.55	-.72	.62	-.37	
14. Reestructuración de valores y visión del mundo	.36	-.21	.42	.43	.45	-.22	.31	
15. Inevitabilidad con futuro negativo	-.15	.23				.19		
8. Adecuación de acción y calma	-.20	.24	-.23	-.33		.20	-.30	
6. Enganche a la vida con hedonismo	-.29	.21	-.30	-.36		.29	-.33	
11. Autoencapsulamiento	.21							
5. Rechazo de religión como consuelo	.21							
10. Negación: olvido y distanciamiento del problema	-.29	.22	-.36	-.23	-.23	.28	-.25	
2. Rechazo de información y de análisis cualificados								
13. Búsqueda de información y de acción por acción	.27	-.42	.31	.38	-.38	-.21	-.46	
7. Autoinculpación		.21						
F2: NEGACIÓN DE GRAVEDAD CON INculpACIÓN A LA FAMILIA								
3. Negación de diagnóstico y gravedad	.50	-.37	.55	.42	.67	-.47	.48	
9. Inculpación a familia y huida hacia delante				.24		-.28		
4. Ocultación de información a familia y amigos	.53	-.55	.51	.39	.51	-.43	.54	
F3: DESESPERACIÓN E INCONFORMISMO								
16. Impacto intenso y negativo de enfermedad	-.38	.72	-.52	-.52		.66	-.23	
1. Aceptación-conformismo y seriedad		.35						
% clasificaciones correctas								
Centros	83.6	91.0	85.7	84.7	89.3	87.2	86.7	
Grupo no enfermos	1.14	-.51	.46	.36	.28	-.66	.52	
Grupo/si: grupo enfermos	-.87	2.13	-1.43	-1.52	-2.02	1.64	-1.45	

NOTA: I:n el interior del cuadro, valor del coeficiente tipificado en cada función

La misma lógica se siguió con los factores de primer orden de afrontamiento actual. En la tabla 6 se recogen los resultados. Como se puede observar, el porcentaje de clasificaciones correctas aumenta un poco más del 10% en todos los casos, de modo que se supera con claridad el 80 %, llegando incluso al 91% en el caso del grupo de diálisis frente a no enfermos. Las notas más características son: (a) aparecen en las funciones discriminantes factores que conforman el primer factor de segundo orden (que, recuérdese, no aparecía en los discriminantes donde se utilizaban como predictores los factores de segundo orden); (b) con respecto a los factores de primer orden que conforman el segundo factor de segundo orden (relevante en las funciones de la tabla 5), sólo dos de los factores son importantes, la negación de diagnóstico y la ocultación de información a la familia y amigos; y (c) del tercer factor de segundo orden y sólo para los grupos de diálisis, nefropatías, cáncer y diabetes, es importante el impacto intenso y negativo de la enfermedad.

ANÁLOGOS Y DATOS RETROSPECTIVOS / PROSPECTIVOS

En muchas de las investigaciones sobre afrontamiento se pregunta a los sujetos acerca de sus emociones y sus actos en aquel momento en que se encontraban en una situación estresante y de ahí se generaliza a emociones y acciones que los mismos sujetos harían en el momento actual en caso de tener que afrontar una situación de estrés. Además no siempre coinciden los tipos de situaciones sobre las que se plantean las preguntas sobre afrontamiento y aquellas donde se generalizarán los resultados. Y decimos "generalizar" porque no siempre está claro si los predictores y los criterios están en el mismo nivel de consolidación (lo que sería predicción).

Por este motivo, nos arriesgamos a comparar las respuestas dadas por las personas no enfermas al inventario de estrategias de afrontamiento actual (sabiendo que las preguntas no están contextualizadas en un problema concreto) y las respuestas dadas por los enfermos acerca de qué sintieron y qué hicieron en el momento en que se les comunicó el diagnóstico de la enfermedad que padecían, o al menos el momento en que fueron conscientes del mismo. Estas

Tabla 7.- Análisis diferencial para las estrategias de afrontamiento "pseudo-rememorado"

	No enfermos (n=353)	Enfermos (n=511)	SUBGRUPOS DE ENFERMOS FÍSICOS CRONICOS					Diabetes (n=109)
			Dialísis (n=71)	Hipertensión (n=101)	Neuropatías (n=72)	Trasplante (n=41)	Cáncer (n=117)	
FACTORES DE SEGUNDO ORDEN								
F1: ADAPTACIÓN GENERAL A LA ENFERMEDAD CON REESTRUCTURACIÓN PERSONAL	79.24 (16.9)	66.94 (24.4) t = -4.01***	68.14 (25.6) t = -3.43***	64.06 (26.9) t = -5.16***	75.55 (25.6) t = -1.13	72.93 (23.5) t = -1.67	72.44 (19.2) t = -3.54***	64.18 (24.9) t = -5.74***
12. Entereza (junto a "siempre es posible un peor")	12.37 (3.9)	12.62 (5.1) t = 0.83	12.54 (5.2) t = 0.26	12.00 (5.3) t = -0.64	13.2 (4.6) t = 1.4	13.85 (4.5) t = 2.27**	13.65 (4.9) t = 2.54**	11.30 (5.1) t = -2.0*
14. Reestructuración de valores y visión del mundo	8.09 (2.4)	5.88 (3.3) t = -11.28***	5.97 (3.3) t = -5.06***	5.03 (3.4) t = -8.39***	6.33 (3.4) t = -4.05**	6.49 (3.2) t = -3.83***	6.36 (3.0) t = -5.54***	5.56 (3.1) t = -7.71***
15. Inevitabilidad con futuro negativo	9.39 (3.3)	11.75 (3.8) t = 9.58***	12.06 (3.7) t = 6.09**	12.02 (3.9) t = 6.75***	10.31 (4.3) t = 1.67	11.27 (3.9) t = 3.42**	11.76 (3.3) t = 6.77***	12.38 (3.9) t = 7.07***
8. Adecuación de acción y calma	6.92 (2.1)	7.41 (2.8) t = 2.88**	7.59 (2.73) t = 1.94	6.84 (2.9) t = -0.26	7.79 (3.0) t = 2.26*	7.88 (2.3) t = 2.70**	7.5 (2.6) t = 2.06*	7.35 (3.1) t = 1.35
6. Enganche a la vida con hedonismo	5.97 (2.0)	4.88 (2.6) t = -6.86***	5.20 (2.8) t = -2.20*	4.42 (2.6) t = -5.40***	5.0 (2.5) t = -2.99**	4.88 (2.4) t = 2.84**	5.28 (2.6) t = -2.64**	4.58 (2.7) t = -4.90***
11. Autoencapsulamiento	8.43 (3.0)	11.20 (3.5) t = 12.45***	11.06 (3.9) t = 5.35**	11.44 (3.5) t = 8.59***	10.75 (3.8) t = 4.84**	10.51 (3.6) t = 4.17***	11.30 (3.1) t = 8.90***	11.49 (3.3) t = 9.12***
5. Rechazo de religión como consuelo	9.72 (4.0)	9.74 (4.7) t = .06	10.46 (4.7) t = 1.22	11.08 (4.8) t = 2.59**	8.93 (4.6) t = -1.35	9.0 (4.1) t = 1.10	7.93 (4.2) t = 4.14***	10.8 (4.9) t = 2.07*
10. Negación: olvido y distanciamiento del problema	3.21 (1.8)	3.05 (2.3) t = -1.15	3.08 (2.2) t = -0.41	2.64 (2.3) t = -2.29*	3.46 (2.1) t = 0.91	3.37 (2.5) t = 0.38	3.38 (2.3) t = 0.74	2.66 (2.3) t = -2.26*
2. Rechazo de información y de análisis cualificados	5.48 (2.8)	6.0 (3.8) t = 2.23*	6.45 (3.9) t = 1.99*	6.07 (4.0) t = 1.37	5.56 (3.8) t = 0.16	4.95 (3.5) t = 2.46*	6.40 (3.7) t = 2.46*	5.83 (3.7) t = 0.91
13. Búsqueda de información y de acción por acción	4.55 (2.0)	3.51 (2.4) t = -6.87***	3.45 (2.6) t = -3.32**	3.34 (2.7) t = -4.19***	3.76 (2.0) t = -5.03**	3.12 (2.4) t = -3.66***	3.79 (2.2) t = -3.43***	3.38 (2.4) t = -4.57***
7. Autoinculpación	4.75 (2.2)	4.02 (3.2) t = -3.94***	4.44 (3.3) t = -0.76	3.97 (3.1) t = -2.38*	4.58 (3.4) t = -0.4	3.07 (2.9) t = -4.36***	3.99 (3.2) t = 2.40*	3.81 (3.1) t = -2.92**
F2: NEGACIÓN DE GRAVEDAD CON INCULPACIÓN A LA FAMILIA	12.46 (4.93)	7.62 (4.8) t = -15.10***	7.24 (4.6) t = -8.70***	6.59 (4.1) t = -12.69***	8.09 (5.3) t = -7.16***	6.44 (3.6) t = -10.19***	8.35 (4.6) t = -8.54***	8.19 (5.7) t = -8.13***
3. Negación de diagnóstico y gravedad	4.22 (2.0)	2.69 (2.8) t = -9.38***	2.62 (2.7) t = -4.70***	1.99 (2.1) t = -9.88***	2.73 (2.7) t = -4.32**	2.17 (2.4) t = -6.13***	3.32 (3.1) t = -2.99**	2.90 (3.1) t = -4.19***
9. Inculpación a familia y huida hacia delante	1.41 (1.6)	0.81 (1.5) t = -5.66***	0.85 (1.6) t = -2.79*	0.85 (1.4) t = -3.23***	0.93 (1.7) t = 2.33*	0.54 (1.2) t = -4.38***	0.62 (1.1) t = 6.13***	0.97 (1.8) t = -2.48**
4. Ocultación de información a familia y amigos	7.12 (3.2)	3.33 (3.0) t = -17.53***	2.86 (2.4) t = -12.92***	3.0 (3.1) t = -11.27***	3.46 (3.2) t = -8.58***	3.85 (3.7) t = -6.02**	3.55 (2.8) t = -10.69***	3.41 (3.1) t = -10.52***
F3: DESESPERACIÓN E INCONFORMISMO	13.52 (6.4)	14.95 (10.6) t = 2.43*	16.58 (11.1) t = 2.26*	10.53 (8.9) t = -3.09**	16.04 (10.2) t = 1.99*	13.44 (7.9) t = -0.06	18.87 (11.1) t = 4.92**	13.42 (10.6) t = -0.10
16. Impacto intenso y negativo de enfermedad	4.10 (2.6)	5.37 (4.3) t = 5.31***	6.56 (4.6) t = 4.33**	3.42 (3.8) t = -1.66	5.70 (4.1) t = 3.13**	5.12 (3.4) t = 1.87	6.78 (4.4) t = 6.23**	4.75 (4.2) t = 1.51
1. Aceptación-conformismo y serenidad	17.63 (4.5)	17.43 (6.2) t = -0.50	16.97 (6.9) t = -0.77	19.91 (5.7) t = 4.16**	16.66 (6.8) t = -1.15	18.68 (5.2) t = 1.41	14.91 (7.3) t = -3.81***	18.29 (6.9) t = 0.94

NOTA: En el interior del cuadro, valor de la media y entre paréntesis el valor de la desviación típica. El valor de t de Student correspondiente, en todas las ocasiones, a la comparación "grupo/subgrupo de enfermos frente a grupo de no enfermos". * = p<.05; ** = p<.01; *** = p<.001.

respuestas se recogían en el inventario de estrategias de afrontamiento rememorado.

Puesto que se trataba de la primera versión (81 ítems formulados en pasado) se podían corregir utilizando la estructura factorial de afrontamiento actual y así poder comparar a enfermos y no enfermos. En la tabla 7 se recogen los estadísticos descriptivos y de contraste para los factores de segundo y de primer orden, para los grupos de enfermos, no enfermos y subgrupos de enfermos.

Respecto al primer factor de segundo orden (*adaptación general y reestructuración personal*) el grupo de no enfermos obtiene una puntuación superior (con significación estadística) que los grupos de cáncer, diálisis, hipertensión y diabetes. Recuérdese que en el este factor, y en afrontamiento actual, las diferencias sólo se encontraban al comparar no enfermos con los grupos de hipertensión y diabetes. De modo que hay más diferencias. Además, teniendo en cuenta los datos del trabajo de Pelechano, Matud y de Miguel (1993), los cuatro grupos en los que aparecen las diferencias en afrontamiento "pseudo-rememorado" (lo denominamos así porque teóricamente no se pide a los no enfermos que rememoren nada) experimentaron un aumento en sus puntuaciones desde lo recordado hacia el afrontamiento actual. Estas modificaciones parecen haber sido lo suficientemente fuertes como para que desaparezcan las diferencias entre no enfermos y personas con cáncer, o aquellas sometidas a hemodiálisis (ambas enfermedades pueden considerarse muy graves en su pronóstico).

En el caso del segundo factor (*negación con inculpación a familia*), también en este caso del afrontamiento "pseudo-rememorado" el grupo de no enfermos obtienen puntuaciones más alta que cualquiera de los subgrupos de enfermos. Ninguno de los -grupos de enfermos experimentó cambios significativos en este factor entre lo rememorado y lo actual.

Finalmente, en el tercer factor (*desesperación con inconformismo*) es donde aparecen más diferencias no sólo en uno de los momentos sino en ambos, en consonancia con la modificación experimentada por los grupos de enfermos. En primer lugar, los seis grupos de enfermos disminuyeron su puntuación en este factor (la diferencia

siempre con significación estadística), de modo que actualmente dicen mostrar menos desesperación con inconformismo respecto a su enfermedad que cuando fueron conscientes del diagnóstico. En segundo lugar, esta disminución provoca cambios en las comparaciones con el grupo de no enfermos: (a) las diferencias con hipertensión se mantienen (antes y ahora estos enfermos parecen desesperarse menos que los no enfermos); (b) los enfermos de diabetes y los que han superado con éxito un trasplante de riñón aparecen menos desesperados que los no enfermos en el momento actual (recuérdese la tabla 4), pero respecto al momento de ser conscientes de la enfermedad, mostraban un mismo nivel de desesperación que los no enfermos; (c) los enfermos de diálisis y quienes padecían alguna nefropatía, antes mostraban una mayor desesperación e inconformismo que los no enfermos pero cuando las comparaciones se realizaron con el afrontamiento actual, estas diferencias desaparecieron; y (d) en último lugar, el grupo de personas con cáncer muestra mayor desesperación que los no enfermos tanto en el afrontamiento rememorado como en el actual.

Finalmente ya, para no hacer muy engorrosa la descripción de los cambios producidos en los factores de primer orden, resaltamos que en el caso de todo el grupo de enfermos frente al de no enfermos, los cambios se producen en los factores 12, 2 y 1; en el caso de diálisis frente a no enfermos, en 8, 6 y 2; en hipertensión frente a no enfermos, sólo en los factores 10 y 16; para nefropatías, en los factores 6 y 16; en el caso de trasplante, sin llegar a producir cambios en el primer factor de segundo orden, se obtienen coeficientes t diferentes en los factores de primer orden 14, 15, 8 y 6, y sí modificando la significación del tercer factor de segundo orden, en el factor 1 de primer orden; para el grupo de cáncer, los cambios (significativos) en 10 y 2 de primer orden van unidos con un cambio también significativo en el primer factor de segundo orden; y finalmente, con respecto al grupo de diabetes, las modificaciones experimentadas en las comparaciones en los factores 12, 8 y 10 no parecen afectar a la comparación en el primer factor de segundo orden, aunque sí el cambio en el factor 1 de primer orden se relaciona con la falta de significación de la comparación "enfermo-no enfermo" en el tercer factor de segundo orden.

CONCLUSIONES

La propuesta de una psicología diferencial del enfermo físico en lugar de una psicología de las enfermedades en el campo de la psicología de la salud conduce a la necesaria realización de estudios complejos, que incluyan diferentes grupos criterioles con un suficiente número de personas en cada uno de ellos, uso de instrumentación adecuada, tanto en su adaptación a la población concreta a la que evaluar como del problema a estudiar, y el manejo de estadística multivariada, que junto a una visión global permita también establecer aspectos específicos.

El resultado de todo ello en este trabajo, nos permite proponer las siguientes conclusiones: (a) en primer lugar, recordamos que no es posible establecer un patrón de afrontamiento para cada tipo de enfermedad, sino que más bien parece tratarse de grupos de enfermos, pero no de enfermedad; (b) en segundo lugar, existen claras diferencias en las estrategias de afrontamiento utilizadas ante situaciones estresantes (enfermedad concreta en el caso de los enfermos físicos crónicos) entre quienes no padecen ninguna enfermedad física crónica y quien sí la padece tal y como verbalizan realizar en el momento actual, de modo que los primeros resultan tener una mayor adaptación general a la situación estresante, junto a una mayor negación de la situación estresante y menor desesperación; (c) este patrón cambia cuando se trata de la rememoración de lo sentido y hecho cuando se conoció el diagnóstico, en este caso el grupo de enfermos manifiesta menor adaptación general, menor negación de gravedad pero mayor desesperación (indicando un aumento en el conformismo a medida que se va viviendo con la enfermedad); (d) en cuarto lugar parece haber un fenómeno de modulación en estas diferencias por parte del diagnóstico principal que tiene el paciente enfermo aunque no podemos establecer un patrón concreto de modulación, ni por tipo de enfermedad ni por factor de afrontamiento; (e) en quinto lugar, la evolución experimentada por parte de los enfermos físicos crónicos en sus estrategias de afrontamiento parece afectar a las diferencias entre enfermos y no enfermos (lo cual tiene una repercusión inmediata a la hora de interpretar los resultados de investigaciones en las que se utilizan

análogos); (f) en sexto lugar, tal y como se presentaba en el trabajo de Pelechano y de Miguel (1994), la edad de los pacientes no supone un factor que influya en las estrategias de afrontamiento utilizadas y por lo mismo una fuente de diferenciación entre los diferentes subgrupos; en el caso de este trabajo, donde se comparaban enfermos y no enfermos con edades diferentes, tampoco la edad supone una fuente de variación; y (g) por el contrario, el género del enfermo sí parece afectar a las diferenciaciones entre enfermos y no enfermos, a la vez que debería tenerse en consideración a la hora de trabajar a nivel diferencial sólo con enfermos.

Nos gustaría hacer una última consideración. Vista la no equiparación en afrontamiento actual entre enfermos y no enfermos manifestando los primeros una menor adaptación general, menor negación de gravedad y menor desesperación que los segundos, podemos pensar en la elaboración de programas de intervención en los que se fomente la adaptación general, dejando al margen los otros dos factores. Esto también está por hacer.

BIBLIOGRAFÍA

- Byrne, D.** (1964). Repression-sensitization as a dimension of personality. En Maher, B. A. (dir.): *Progress in experimental personality research* (vol. 1), Nueva York: Academic Press.
- Folkman, S. y Lazarus, R.S.** (1980).- An analysis of coping in a middle-aged community sample, *Journal of Health and Social Behavior*, 21, pp. 2129-239.
- Grossarth-Maticek, R. y Eysenck, H.J.** (1995).- Self-regulation and mortality from cancer, coronary heart disease, and others causes: a prospective study. *Personality and individual differences*, 19, 781-795.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S.** (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York, Springer.
- Pelechano, V.** (1991). Familia, estrés y enfermedad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17, pp. 729-774.

Pelechano, V., Matud, M.P. y de Miguel, A. (1993). Habilidades de afrontamiento en enfermos físicos crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19(63), 91-149.

Pelechano, V. y de Miguel, A. (1994). Habilidades interpersonales en la vejez y salud. En J. Buendía (comp.) *Envejecimiento y salud*, Pirámide, Madrid.