

INTELIGENCIA EMOCIONAL, PERSONALIDAD Y AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO

González, Vanessa; Ramírez-Maestre, Carmen y Herrero, Ana M^a

RESUMEN

El objetivo general del presente trabajo fue conocer la influencia de la personalidad, la inteligencia emocional y el afrontamiento en la adaptación de los pacientes al padecimiento de dolor (medida en términos de funcionamiento, deterioro e intensidad de dolor). Para ello se contó con una muestra de 91 pacientes con dolor crónico. Los resultados obtenidos aplicando análisis de frecuencias, U de Mann-Whitney y análisis de regresiones mostraron la presencia de Patrones Clínicos de Personalidad (evaluados mediante el "Inventario Clínico Multiaxial de Millon II") en la muestra y cómo el uso diferencial de las estrategias de afrontamiento y la adaptación del paciente se relacionaban con la presencia de dichos trastornos. Se observó además la influencia de la Inteligencia Emocional sobre el afrontamiento y que el uso de las estrategias de afrontamiento activas se relacionaba positivamente con el nivel de funcionamiento diario y negativamente con el deterioro del paciente.

Palabras claves: inteligencia emocional, personalidad, estrategias de afrontamiento, dolor crónico, Millon.

EMOTIONAL INTELLIGENCE, PERSONALITY AND COPING WITH CHRONIC PAIN

ABSTRACT

The general purpose of this study was to analyse how personality, emotional intelligence and coping influence patients' adjustment to the pain they suffer (measured in terms of functioning, impairment and pain intensity). For that purpose the sample was composed of 91 patients. The results obtained through frequency analyses, U of Mann-Whitney, and regression analyses showed the presence of Clinical Patterns of Personality (assessed with "Millon Clinical Multiaxial Inventory- II") in the sample and how the differential use of coping strategies and patients' adjustment related to the presence of such patterns. Additionally, it was observed how coping with chronic pain was influenced by emotional intelligence. The use of active coping strategies had a positive effect on daily functioning and a negative one on impairment.

Key words: emotional intelligence, personality, coping, chronic pain, Millon.

INTELIGENCIA EMOCIONAL, PERSONALIDAD Y AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO

La insuficiencia del modelo médico para la explicación del dolor tiene como consecuencia la consideración de otros fenómenos que trascienden criterios meramente biológicos y fisiológicos, lo que contribuye a acrecentar el interés de otros ámbitos científicos (entre ellos la psicología) en el tema en cuestión. Hoy día el dolor es concebido como un fenómeno multidimensional, tal y como se refleja en la definición aportada por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, 1986). Posiblemente sea dicha multidimensionalidad la responsable de que los resultados logrados hasta ahora en el tratamiento del dolor disten de ser satisfactorios. Un creciente número de autores sugiere que las variables psicológicas no sólo son importantes en la experiencia de dolor, sino que representan una enorme influencia en la respuesta de los pacientes al tratamiento (Garofalo, 2000). De hecho, en los últimos años se ha venido desarrollando un especial interés en torno a la detección de las características psicosociales de pacientes cuyo tratamiento médico -en general- y quirúrgico -en particular- tienen peor pronóstico. Las revisiones que se han efectuado en este sentido (e.g., Franklin, Haug, Heyer, McKeefrey, & Picciano, 1994; Hoffman, Wheeler, & Deyo, 1993) ponen de manifiesto que en torno a un 30% de las intervenciones quirúrgicas que se efectúan al objeto de eliminar el dolor crónico fracasan. Como consecuencia, pueden producirse efectos iatrogénicos (nervios dañados o debilitamiento de estructuras físicas) lo cual implica, además de consecuencias psicológicas en ocasiones serias, que estos pacientes continúen demandando atención al sistema de cuidados de salud que trata de dar respuesta a los mismos incrementando el uso de narcóticos y poniendo en marcha tratamientos múltiples que elevan, más aún, los costes

sanitarios que devienen de esta problemática. De cualquier forma, más allá de la intervención quirúrgica, el hecho es que las características del dolor crónico en tanto que fenómeno rebelde a toda intervención, de duración prolongada (habitualmente más de tres meses) y en cuyo transcurso se observa en los pacientes altos niveles de ansiedad y depresión (Cruzado, Labrador, De la Puente, & Vallejo, 1990) llevan inevitablemente a una concepción multidimensional del síndrome. Tomando como marco teórico referencial el Modelo Procesual del Estrés propuesto por Lazarus y Folkman (1986), se considera el dolor crónico como una experiencia que se constituye en una situación de tensión crónica mantenida, de acuerdo a la terminología utilizada en el ámbito del estudio del estrés (Kanner, Coyne, Schaefer, & Lazarus, 1981). De hecho, esta idea ha despertado un enorme interés en torno a qué tipo de estrategias de afrontamiento parecen ser más eficaces para el manejo de esta patología. En el ámbito del dolor, Brown y Nicassio (1987) distinguen entre estrategias de afrontamiento activas y pasivas. Según definición de sus creadores, las estrategias activas se dirigen directamente al control del dolor o a seguir funcionando a pesar de él. Por el contrario, las estrategias pasivas hacen que el dolor deteriore otras áreas de la vida del sujeto y con ellas se cede a otros el control del dolor. Los resultados genéricos derivados de los diferentes trabajos que este equipo ha realizado engrosan el cuerpo de hallazgos empíricos obtenidos por diversos autores -nacionales e internacionales- a este respecto. Concretamente, se evidencia que determinadas estrategias de afrontamiento, como el pensamiento catastrofista o la delegación de la responsabilidad del dolor a otros (estrategias pasivas) incrementan la percepción subjetiva de dolor, en tanto que estrategias de afrontamiento dirigidas a la supresión de emociones negativas derivadas del dolor (estrategia activa) tienden a disminuir el mismo (Camacho, Anarte, & Ramírez-Maestre, 2002; Esteve, López, & Ramírez-Maestre, 1999; Rodríguez, Esteve,

& López, 2000). En general, el uso de estrategias de afrontamiento pasivas se asocia con niveles superiores de dolor y de malestar psicológico, mientras que el uso de estrategias de afrontamiento activas se relaciona con un mayor nivel de actividad diaria (grado de funcionamiento) y un mejor estado de ánimo (Brown & Nicasio, 1987; Brown, Nicasio, & Wallston, 1989; Riquelme, Buendía, & Rodríguez, 1993; Soriano & Monsalve, 1999). Son muchos los estudios que consideran el funcionamiento diario como un índice del estado de salud y la calidad de vida de los pacientes con dolor (Crook, Tunks, Rideout, & Browne, 1986; Follick, Zitter, & Ahern, 1984; Naliboff, Cohen, Swanson, Bonebakker, & McArthur, 1985; Romano & Turner, 1985). En este sentido, la medición del impacto que tiene el padecimiento de dolor sobre el funcionamiento cotidiano debe ser un aspecto a incluir en la evaluación de estos pacientes (Karloly & Jensen, 1987; Turk & Rudy, 1986, 1987). Por ello, en este trabajo, la adaptación del paciente fue evaluada a través de la medición de tres variables: la intensidad de dolor percibida, su nivel de actividad diaria (funcionamiento) y el grado de deterioro. Para conocer el deterioro se analizó la posible diferencia entre el grado de funcionamiento que presentaba el paciente antes de sufrir dolor y su funcionamiento en el momento del estudio.

La relación existente entre las variables de personalidad y las estrategias de afrontamiento ha permitido explicar y comprender mejor el nivel de adaptación de sujetos que se hallan en una situación estresante. En este sentido, se puede encontrar un número importante de estudios teóricos y empíricos que apoyan dicha afirmación (Bolger, 1990; David & Suls, 1999; Hewitt & Flett, 1996; Sánchez, J. & Sánchez, M.P. 1994). En lo referente al ámbito de la personalidad y la salud, se observan estudios en los que se destaca el importante papel que juega la personalidad no sólo en la autopercepción del bienestar psicológico (Díaz & Sánchez, 2002), sino también en la

satisfacción vital (Costa & McCrae, 1996) y en la predicción de conductas saludables (Booth-Kewley & Vickers, 1994). En el ámbito del dolor crónico, son varios los trabajos cuyos resultados apoyan la importancia de la personalidad sobre el tipo de afrontamiento y el bienestar de los pacientes que sufren dolor crónico (Garofalo, 2000; Ramírez-Maestre, 2002; Ramírez-Maestre, Esteve, & López, 2001; Ramírez-Maestre, López, & Esteve, 2004). Sin embargo, todos éstos analizan la influencia de dimensiones de personalidad sana como variables antecedentes. En este sentido, es posible encontrar una alta coincidencia entre los trabajos citados, en tanto que todos los resultados apuntan a una interesante relación positiva entre bajas puntuaciones en neuroticismo, altas en extraversión y el uso de estrategias de afrontamiento eficaces que permiten al paciente un buen nivel de adaptación al padecimiento de dolor crónico. Respecto a la influencia de los trastornos de personalidad en los procesos de dolor, el número de estudios es considerablemente menor. Según Millon (1994), los trastornos de personalidad serían aquellos estilos de funcionamiento mal adaptados atribuibles a deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad de un miembro para relacionarse con las situaciones con que se enfrenta. Así, los sujetos con trastornos de personalidad van a encontrar reducidos sus recursos sociales y psicológicos, siendo más vulnerables a las dificultades impuestas por una condición de dolor crónico, lo que les va a hacer frecuentar en una mayor medida los centros de dolor (Bockian, Meager, & Millon, 2000). En este sentido, es muy interesante el trabajo de Bockian et al., (2000) en el que se concluye que existe una alta prevalencia de trastornos de personalidad en pacientes con dolor crónico (entre un 40% y un 60%). De hecho, algunos autores señalan que es más probable que los problemas de personalidad precedan a los problemas de dolor y a complicaciones en el tratamiento (Elliot, Jackson, Layfield, & Kendall, 1996). Así, Monti, Herring, Schwartzman, y Marchese (1998) encuentran una

alta incidencia de trastornos de personalidad en dos grupos de dolor crónico y concluyen que puedan deberse a rasgos de personalidad no adaptativos y al uso de estrategias de afrontamiento ineficaces, tal vez como consecuencia de estar sometidos a un dolor intenso y crónico. Por otro lado, aunque hasta el momento no se han encontrado estudios que relacionen directamente la presencia de trastornos de personalidad y el uso de estrategias de afrontamiento ineficaces ante el dolor, en otros trabajos se pone de relieve que el hecho de padecer un trastorno de personalidad hace que los individuos encuentren sus recursos sociales y psicológicos reducidos, hallándose así más vulnerables ante las dificultades impuestas por su experiencia estresante de dolor crónico (Bockian et al., 2000).

Otra de las características personales incluidas en este estudio, como variable antecedente en el proceso de afrontamiento del dolor crónico, fue la inteligencia emocional. Esta variable ha sido definida como la capacidad para reconocer, comprender y regular las emociones propias y las de los demás (Salovey, Bedell, Detweiler, & Mayer, 1999). Algunos autores señalan que las competencias de la inteligencia emocional influyen tanto en la selección como en el control de las estrategias de afrontamiento dirigidas hacia la situación inmediata (Matthews & Zeidner, 2000), de hecho, se señalan como componentes principales de la inteligencia emocional el manejo del estrés y la adaptación (Bar-On, 1997). Así, se encuentra que los sujetos que son más inteligentes emocionalmente afrontan con mayor éxito porque perciben y valoran sus estados emocionales, saben cómo y cuándo expresar sus emociones y pueden regular efectivamente sus estados de humor (Salovey et al., 1999), lo cual contribuye a alcanzar niveles adecuados de salud mental (Taylor, 2001). En la literatura científica se encuentra un número creciente de estudios que relacionan la inteligencia emocional con la percepción de satisfacción vital, la calidad de las

relaciones sociales, el bienestar emocional y el manejo del estrés (Ciarrochi, Chan, & Caputi, 2000; Ciarrochi, Deane, & Anderson, 2002), con el mantenimiento de la buena salud (Salovey, 2001; Salovey et al., 1999), con una mejor calidad de vida (Martínez-Pons, 1997) y con una menor tendencia a la sintomatología somática, o al aumento de la misma, en situaciones de estrés (Dawda & Hart, 2000). Dada la ausencia de trabajos que analicen la influencia de la inteligencia emocional en el proceso de dolor, surge como una idea interesante replicar los resultados obtenidos respecto al efecto de dicha variable en otros contextos estresantes. Se trata entonces de analizar las diferencias individuales entre los pacientes sometidos a una experiencia de dolor, indagando qué características personales predicen la adaptación al padecimiento de un síndrome de dolor crónico.

En este contexto, concretamente los objetivos de este estudio han sido varios: (1) conocer la presencia de trastornos de personalidad en una muestra de pacientes con dolor crónico; (2) analizar la relación de dichos trastornos con las estrategias de afrontamiento utilizadas y con la adaptación del individuo a su padecimiento (medida en términos de funcionamiento, deterioro e intensidad de dolor); (3) estudiar la relación entre la inteligencia emocional, el afrontamiento y la adaptación; y por último, (4) conocer la influencia de dichas estrategias sobre la adaptación del paciente.

Método

Participantes

La muestra estaba compuesta por 91 pacientes con dolor crónico que acudían a la Unidad Clínica del Dolor del Hospital Civil de Málaga. Del total de la muestra, un 34% eran hombres y un 57% mujeres, con edades comprendidas entre 30 y 79 años, y una edad media de 54,8 años. La mayoría de ellos estaban casados (63%). El 71% de la muestra no tenía estudios o sólo cursó estudios primarios. El tiempo medio que llevaban

con el dolor era de 11,23 años, con un tiempo mínimo de 7 meses y un máximo de 52 años. Los diagnósticos más frecuentes fueron: dolor óseo (42%), dolor oncológico (15%), Fibromialgias (14%), Hernias (9,9%), Fibrosis (7,7%), Lumbalgias (4%), Neuralgias (2,2%) y otros (12%).

Procedimiento

Los sujetos fueron captados en la sala de espera de la Unidad del Dolor o al salir de la consulta del médico de dicha unidad. Todos participaron voluntariamente en el estudio, tras haberles explicado la finalidad del mismo y haber asegurado el anonimato y la confidencialidad de los resultados. Las evaluaciones fueron realizadas individualmente y sin presencia de acompañantes. Todos los instrumentos fueron aplicados en formato de entrevista.

Instrumentos

Dolor: Para evaluar el grado de dolor manifestado por los pacientes, se aplicó el Cuestionario de Dolor de McGill (Melzack, 1975) en la versión española desarrollada por Lázaro et al. (1994). Se trata de una escala compuesta por 64 descriptores de dolor agrupados en 19 subclases. El paciente debía escoger los descriptores que mejor describían su dolor, seleccionando sólo uno de cada subclase (ejemplo: subclase 19: Débil, soportable, intenso o terriblemente molesto). Los descriptores se ordenan según el nivel de intensidad de dolor percibido. El instrumento proporciona una puntuación total de dolor que se obtiene a partir de la suma de las puntuaciones en cada una de las 19 subclases. En la versión en castellano, la escala total presenta una buena consistencia interna ($\alpha = 0.74$).

Estrategias de afrontamiento: esta variable fue evaluada con el Inventario Vanderbilt para el Afrontamiento del Dolor (VPMI) (Brown & Nicassio, 1987) en su versión española (Esteve, López, & Ramírez-Maestre, 1999). El cuestionario evalúa dos

estrategias de afrontamiento generales: activas y pasivas. Las primeras estarían dirigidas al control del dolor o a seguir funcionando a pesar de él (ejemplo: Cuando le duele, usted procura distraerse del dolor); con las estrategias pasivas se cede a otros el control del dolor (ejemplo: Cuando le duele, usted piensa que no puede hacer nada para aliviar el dolor). Consta así de 18 ítems agrupados en dos escalas que muestran una consistencia interna aceptable (escala de estrategias activas: $\alpha = 0.63$; escala de estrategias pasivas: $\alpha = 0.70$). El paciente debía valorar en una escala de 1 a 4 la frecuencia con la que hacía o pensaba lo descrito en el ítem (1 = Casi nunca; 4 = Casi siempre).

Inteligencia Emocional: Evaluada a través de Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24; Fernández-Berrocal, Extremera, & Ramos, 2004; versión original de Salovey, Mayer, Goldman, Turvey, & Palfai, 1995). Se trata de una escala rasgo de meta-conocimiento de los estados emocionales que evalúa, a través de 24 ítems, las diferencias individuales en las destrezas con las que los individuos perciben prestar atención a sus propias emociones, discriminar entre ellas y su capacidad percibida para regularlas. La escala final está compuesta por 24 ítems, 8 ítems por factor, y su fiabilidad para cada componente es: Atención ($\alpha = 0.90$); Claridad ($\alpha = 0.90$) y Reparación ($\alpha = 0.86$). Asimismo, presenta una fiabilidad test-retest adecuada (Atención = 0.60; Claridad = 0.70 y Reparación = 0.83). Los tres factores correlacionan de forma apropiada y en la dirección esperada con variables criterios clásicas tales como depresión, ansiedad, rumiación y satisfacción vital (Fernández-Berrocal & Ramos, 2002; Fernández-Berrocal et al., 2004). El paciente debía expresar en una escala de 1 a 5 la frecuencia con la que hacía o pensaba las afirmaciones recogidas en cada ítem (ejemplo: Aunque me sienta mal, intento pensar en cosas agradables).

Funcionamiento y Deterioro: Se evalúa con el Instrumento de deterioro y funcionamiento para pacientes con dolor crónico (IDF) (Ramírez-Maestre & Valdivia Velasco, 2003). Elaborado con población española, consta de 19 ítems que permiten obtener dos índices generales: el nivel de funcionamiento actual y el nivel de deterioro, ambos con índices de fiabilidad elevados (funcionamiento: $\alpha = 0.76$; deterioro: $\alpha = 0.72$). El paciente ha de expresar en una escala de 1 a 9 la frecuencia con la que llevó a cabo en la última semana cada una de las actividades recogidas en los ítems (ejemplo: He visitado a mis amigos; he hecho la compra). Para evaluar el deterioro deberá además contestar si realizaba, o no, esas actividades antes de sufrir dolor.

Evaluación de estilos de personalidad y síndromes clínicos: Para ello se ha utilizado el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II) (Millon, 1999). Incluye 13 patrones clínicos de personalidad que son definidos según la nomenclatura del eje II del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM-IV). El instrumento consta de 9 síndromes clínicos que suelen ser relativamente breves o transitorios, tendiendo a cambiar en el tiempo en función de los estresores. Dentro de las escalas básicas del MCMI-II, nos encontramos los siguientes Patrones Clínicos de Personalidad: Escala 1: Esquizoide; Escala 2: Fóbica (Evitativa); Escala 3: Dependiente (Sumisa); Escala 4: Histriónica; Escala 5: Narcisista; Escala 6A: Antisocial; Escala 6B: Agresivo-Sádica; Escala 7: Compulsiva; Escala 8A: Pasivo-Agresiva; y, Escala 8B: Autodestructiva (Masoquista). En lo que se refiere a la Personalidad Patológica, se encuentran las siguientes escalas: Escala S: Esquizotípica; Escala C: Límite (Borderline); y, Escala P: Paranoide. Este cuestionario no sólo mide patología de la personalidad sino que también muestra características básicas de funcionamiento de la personalidad. Millon establece que puntuaciones de 75 y superiores en las escalas básicas rebelan riesgo de padecer un trastorno de la personalidad.

Resultados

Para cumplir el primer objetivo de este estudio, se analizaron las frecuencias con las que aparecían los patrones clínicos de personalidad en la muestra. Los resultados obtenidos mediante el MCMI-II (Millon, 1999) permitieron agrupar a los pacientes en cuatro perfiles de personalidad: un Perfil esquizoide, compulsivo y dependiente (Perfil 1); un Perfil de desajuste social y compulsivo (Perfil 2) (característico de pacientes con las puntuaciones más altas del patrón básico de personalidad clínica en la escala compulsiva, narcisista y agresivo-sádica); un Perfil compulsivo (Perfil 3) (característico de pacientes con las puntuaciones más altas del patrón básico de personalidad clínica en la escala compulsiva); y un Perfil de desajuste psicosocial (Perfil 4) (característico de pacientes con las puntuaciones más altas del patrón básico de personalidad clínica en las escalas agresivo-sádica y narcisista). En la Tabla 1 se presentan el número y el porcentaje de pacientes que fue clasificado en cada uno de los cuatro perfiles y de aquellos que, por no presentar ninguna patología, no pudieron ser clasificados en algún perfil.

INSERTAR TABLA 1

En los análisis posteriores, relativos a la relación de estos perfiles de personalidad con el afrontamiento y la adaptación de los pacientes, sólo se incluyeron los sujetos con los Perfiles 1, 2 y 3. El resto de categorías no se incluyó por el escaso número de sujetos que las formaban. Como muestra esta Tabla, casi la mitad de los pacientes se clasificó en el Perfil 1, formado por sujetos con las puntuaciones más altas del patrón básico de personalidad clínica en la escala esquizoide, compulsiva y dependiente. Por otro lado, un 24% de la muestra presentó las puntuaciones más altas del patrón básico de personalidad clínica en la escala compulsiva, narcisista y agresivo-sádica y, casi el 19%, sólo en la escala compulsiva, integrando el Perfil 3. Esto implica,

que el 89% de la muestra obtuvo altas puntuaciones en la escala compulsiva, diferenciándose en perfiles diversos por la combinación de puntuaciones en las demás escalas. Nótese, por tanto, que los perfiles descritos se definieron por la combinación exclusiva de escalas. Así, por ejemplo, el comportamiento de un sujeto con Perfil 1 (compulsivo, esquizoide y dependiente) será distinto al presentado por individuos con el Perfil 2 (compulsivos, narcisistas y agresivos-sádicos).

El segundo objetivo planteado fue conocer la relación de dichos trastornos con las estrategias de afrontamiento utilizadas y con la adaptación del individuo a su padecimiento. Para ello, dado que los datos relativos a los perfiles de personalidad no se distribuyen normalmente, se aplicaron dos análisis no paramétricos. Así se compararon los rangos promedio de las puntuaciones obtenidas por los pacientes de la muestra en los cuestionarios de afrontamiento, dolor, funcionamiento y deterioro, en función de la presencia de uno de los tres perfiles de personalidad. En primer lugar, se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis para comparar los tres perfiles. Los resultados de este análisis se muestran en la Tabla 2.

INSERTAR TABLA 2

Como se puede observar en esta Tabla, las únicas diferencias estadísticamente significativas ocurrieron en los rangos promedio de las variables funcionamiento y deterioro. De hecho, parece que los sujetos que presentaban el perfil 2, caracterizados por altas puntuaciones en la escala compulsiva, narcisista y agresivo-sádica, eran los tenían un mayor nivel de funcionamiento diario y un menor grado de deterioro. Por el contrario, los pacientes incluidos en el perfil 3 (característico de pacientes con las puntuaciones más altas del patrón básico de personalidad clínica en la escala compulsiva) presentaron el mayor grado de deterioro y el nivel más bajo de funcionamiento. Posteriormente, se procedió a aplicar la prueba U de Mann-Whitney

con el objeto de conocer más sobre las diferencias entre los tres perfiles sólo en las dos variables en las que apareció significación estadística. Estos resultados se presentan en la Tabla 3.

INSERTAR TABLA 3

En esta tabla se observa las diferencias significativas entre perfiles en los rangos promedios obtenidos en las variables funcionamiento y deterioro. Efectivamente, las diferencias significativas aparecieron entre los perfiles 1 y 2, y entre los perfiles 2 y 3, confirmándose los resultados de la prueba Kruskal-Wallis. Es decir, los sujetos que aparecieron con un perfil 2 de personalidad presentaron el menor grado de deterioro y el mayor nivel de funcionamiento diario (comparados con los sujetos de perfil 1 y 3)

Para cumplir el tercer propósito del presente trabajo, se estudió la relación entre la inteligencia emocional, el afrontamiento y la adaptación. Teniendo en cuenta que los datos relativos a estas variables se distribuyen normalmente, se llevaron a cabo cinco análisis de regresión múltiple, tomando en todos ellos como variables predictoras las tres subescalas de la inteligencia emocional (atención emocional, claridad emocional y regulación emocional). Como variables dependientes se contemplaron las estrategias de afrontamiento (activas y pasivas), el nivel de funcionamiento, el grado de deterioro y el índice de dolor respectivamente. Sólo los resultados significativos de dichos análisis se presentan en la Tabla 4.

INSERTAR TABLA 4

Este mismo tipo de análisis se realizó para conocer la influencia de dichas estrategias sobre la adaptación del paciente, cumpliendo así con el cuarto y último objetivo del trabajo. En este caso las variables predictoras fueron las estrategias de

afrontamiento, y las variables dependientes el nivel de funcionamiento, el grado de deterioro y el índice de dolor. De nuevo, en la Tabla 5 se presentan sólo los resultados significativos de dichos análisis.

INSERTAR TABLA 5

Se puede observar que el hecho de obtener una alta puntuación en la subescala de atención emocional se asoció a un menor uso de estrategias de afrontamiento activas y un mayor uso de pasivas. Por el contrario, altas puntuaciones en la subescala de regulación emocional se relacionaron con una mayor utilización de estrategias de afrontamiento activas, así como con un mejor nivel de funcionamiento y un menor grado de deterioro. En línea con lo anterior, se obtuvo que el uso de estrategias de afrontamiento activas se asociaba con un mejor nivel de funcionamiento y un menor grado de deterioro. Sin embargo, ni las subescalas de la inteligencia emocional, ni las estrategias de afrontamiento, ejercieron influencia alguna sobre el dolor percibido.

Discusión

Los resultados del presente trabajo coinciden con los obtenidos por Monti et al., (1998). En dicho estudio, un análisis de frecuencias permitió observar que el 92.4% de los pacientes de la muestra mostraban una elevada puntuación en una o más escalas de personalidad básica del MCMI-II, indicando riesgo de padecer un trastorno de personalidad. Los perfiles clínicos de personalidad más frecuentes en la presente muestra fueron el Perfil 1, integrado por sujetos con altas puntuaciones en las escalas dependiente, compulsiva y esquizoide; el Perfil 2, compuesto por sujetos con elevadas puntuaciones en las escalas compulsiva, narcisista y agresivo-sádica; y el Perfil 3, en el que se incluyen los sujetos que obtuvieron elevadas puntuaciones sólo en la escala

compulsiva. Por lo tanto, un 89,1% de la muestra obtuvo altas puntuaciones en la escala compulsiva. Según Millon (1999), los sujetos con altas puntuaciones en esta escala se caracterizan por mostrar una conducta fruto de un conflicto dividido entre la hostilidad a los demás y el temor a la desaprobación social, que suelen resolver a través de la supresión del resentimiento, la sobreaceptación y el establecimiento de elevadas exigencias sobre sí mismos y los demás, características que dan lugar a que se muestren pasivos y condescendientes socialmente. Parece importante notar que algunas de las características descritas como la pasividad, la supresión de emociones o la necesidad de los demás pueden estar muy relacionadas con las consecuencias físicas y sociales del padecimiento de dolor crónico. Se podría concluir que los pacientes con dolor crónico de la presente muestra se caracterizaban mayoritariamente por rasgos esquizoides, compulsivos y dependientes, como perfiles básicos de funcionamiento de su personalidad. Así, desde la teoría de Millon, los pacientes presentes en este trabajo se caracterizarían por rasgos de personalidad que, sometidos al estrés que supone el padecimiento de dolor crónico, pueden estar en riesgo de padecer un trastorno. Este resultado coincide con los encontrados por Rodríguez, Cebriá, Corbella, Segura, & Sobreques, (2003) en un trabajo realizado con una muestra de hiperfrecuentadores de consultas de Atención Primaria.

Sin embargo, contrariamente a lo esperado, la presencia de distintos perfiles de personalidad no parece influir en las estrategias de afrontamiento utilizadas ni en la intensidad de dolor percibida. De hecho, no se encontraron diferencias significativas entre los pacientes de la muestra en este sentido. Respecto a la intensidad de dolor, con frecuencia y en trabajos anteriores llevados a cabo por este grupo de investigación, no se muestra como una variable consecuente que discrimine a sujetos bien adaptados a su padecimiento de dolor de los que no. El nivel de actividad diaria, sin embargo, parece

ser uno de los principales indicios del estado de salud y la calidad de vida de los pacientes con dolor (Crook et al., 1986; Follick et al., 1984; Naliboff et al., 1985; Romano & Turner, 1985). Por ello, los resultados obtenidos permiten concluir que los sujetos de la muestra que presentaban un perfil 2 estaban mejor adaptados a su padecimiento, funcionando a pesar de él.

En cuanto a los resultados obtenidos sobre inteligencia emocional y las estrategias de afrontamiento, altas puntuaciones en la subescala de atención emocional se asociaron a un menor uso de estrategias de afrontamiento activas y una mayor utilización de estrategias de afrontamiento pasivas. Por otra parte, se puede observar que obtener altas puntuaciones en la subescala de regulación emocional se relacionó con una mayor utilización de estrategias de afrontamiento activas, aunque pareció no influir en el uso de las pasivas. Finalmente, la subescala de claridad emocional no influyó ni en el uso de estrategias activas ni pasivas. Sin embargo, se encuentran en la literatura estudios que sugieren que los sujetos que son emocionalmente inteligentes afrontan con mayor éxito o realizan un mayor uso de estrategias de afrontamiento activas porque tienen claras sus emociones y pueden regularlas efectivamente (Ciarrochi, Deane, & Anderson, 2002; Rodríguez et al., 2000; Salovey et al., 1999). En este sentido, tal y como se esperaba, altas puntuaciones en la subescala de regulación emocional predecían un mejor funcionamiento y un menor deterioro. Esto va en línea con lo encontrado por otros autores, que relacionan la inteligencia emocional con la promoción de bienestar, de salud, de calidad de vida y con una menor tendencia a la sintomatología somática, o al aumento de la misma, en situaciones de estrés (Dawda & Hart, 2000; Salovey, 2001; Salovey et al., 1999; Martínez-Pons, 1997).

Por otro lado, si bien las estrategias activas se asocian con un buen nivel de funcionamiento y un menor deterioro, las estrategias de afrontamiento pasivas, lejos de

lo esperado, no mostraron relación alguna con estas variables, y por lo tanto con el nivel de adaptación del paciente. Parece claro, entonces, que un buen entrenamiento en estrategias eficaces de afrontamiento permitiría predecir un buen nivel de adaptación del individuo con dolor crónico.

En definitiva, sería necesario continuar con esta línea de investigación, explorando nuevas variables que quizás estén influyendo de manera relevante en la adaptación del individuo a la difícil situación de padecer dolor crónico. En este estudio se pretendió continuar con el análisis profundo de las variables psicológicas implicadas en el proceso de afrontamiento y adaptación al dolor crónico. El conocimiento del efecto de las mismas en el bienestar de los pacientes permite a los psicólogos clínicos aumentar claramente la eficacia de sus intervenciones, promocionando y entrenando a los pacientes en aquellas variables que surjan como determinantes en la calidad de vida del individuo. Por otro lado, es imprescindible que los profesionales de las Unidades de Dolor de los centros hospitalarios conozcan la enorme influencia de las variables psicológicas, tomando conciencia del efecto que las mismas pueden tener en la adherencia del paciente al tratamiento.

Referencias

- Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (1986). Classification of chronic pain. *Pain*, 3, 19-32.
- Bar-On, R. (1997). *Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-I): Technical manual*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Bockian, N., Meager, S., & Millon, T. (2000). Assessing personality with the Millon Behavioral Health Inventory, the Millon Behavioral Medicine Diagnostic, and the Millon Clinical Multiaxial Inventory. En R. J. Gatchel, & J. N. Weisberg

- (Eds.), *Personality characteristics of patients with pain*, (pp. 61-88). Washington DC, EEUU: American Psychological.
- Bolger, N. (1990). Coping as a personality process: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 525-537.
- Booth-Kewley, S., & Vickers, R. R., Jr. (1994). Associations between major domains of personality and health behavior. *Journal of Personality*, 62, 281-297.
- Brown, G. K., & Nicassio, P. M. (1987). The development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 31, 53-65.
- Brown, G. K., Nicassio, P. M., & Wallston, K. A. (1989). Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 652-657.
- Camacho, L., Anarte, M. T., & Ramírez-Maestre, C. (2002). Variables cognitivas y estados de ánimo relacionados con el dolor crónico en pacientes de diferentes servicios médicos. *Revista de Psicología de la Salud*, 14, 3-24.
- Ciarrochi, J., Chan, A. Y. C., & Caputi, P. (2000). A critical evaluation of the emotional intelligence construct. *Personality and Individual Differences*, 28, 539-561.
- Ciarrochi, J., Deane, F. P., & Anderson, S. (2002). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences*, 32, 197-209.
- Costa, T. P., & McCrae, R. R. (1996). Mood and personality in adulthood. En C. Magai & S. H. MacFadden (Eds.), *Handbook of emotion, adult development and aging*, (pp. 369-383). San Diego, EEUU: Academic Press.

- Crook, J., Tunks, E., Rideout, E., & Browne, G. (1986): Epidemiologic comparison of persistent pain sufferers in a sociality pain clinic and in the community. *Archives Physical and Medical Rehabilitation*, 67, 451-455.
- Cruzado, J. A., Labrador, F. J., De la Puente, M. L., & Vallejo, M. A. (1990). En F. Fuentenebro, & C. Vázquez (Eds.). *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría*, (pp. 113-174). Madrid, España: McGraw-Hill.
- David, J. P., & Suls, J. (1999). Coping efforts in daily life: Role of Big Five traits and problem appraisals. *Journal of Personality*, 67, 265-294.
- Dawda, D., & Hart, S. D. (2000). Assessing emotional intelligence: Reliability and validity of the Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-I) in University students. *Personality and Individual Differences*, 28, 797-812.
- Díaz, J. F., & Sánchez, M. P. (2002). Relaciones entre estilos de personalidad y satisfacción autopercebida en diferentes áreas vitales. *Psicothema*, 14, 100-105.
- Elliot, T. R., Jackson, W. T., Layfield, M., & Kendall, D. (1996). Personality disorders and response to outpatient treatment of chronic pain. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 3, 219-234.
- Esteve, R., López, A. E., & Ramírez-Maestre, C. (1999). Evaluación de estrategias de afrontamiento al dolor crónico. *Revista de Psicología de la Salud*, 11, 133-141.
- Fernández-Berrocal, P., & Ramos, N. (2002). Evaluando la inteligencia emocional. En P. Fernández-Berrocal & N. Ramos (Eds.), *Corazones inteligentes*, Barcelona: Editorial Kairós.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755.

- Follick, M. J., Zitter, R. E., & Ahern, D. K. (1984). Failures in the operant treatment of chronic pain. En E. B. Foa & P. Emmelkamp (Eds.), *Failures in Behavior Therapy*, (pp. 45-71). New York, EEUU: Wiley.
- Franklin, G., Haug, J., Heyer, N., McKeefe, S., & Picciano, J. (1994). Outcome of lumbar fusion in Washington state workers' compensation. *Spine*, *19*, 1897-1903.
- Garofalo, J. P. (2000). Perceived optimism and chronic pain. En R. J. Gatchel & J. N. Weisberg (Eds.), *Personality characteristics of patients with pain*, (pp. 324-360). Washington, EEUU: APA.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1996). Personality traits and the coping process. En M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping*, (pp. 228-310). New York, EEUU: Wiley.
- Hoffman, R. M., Wheeler, K. J., & Deyo, R.A. (1993). Surgery for herniated lumbar discs: a literature synthesis. *Journal of General Internal Medicine*, *8*, 487-496.
- Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C., & Lazarus R. S. (1981). Comparison of two models of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, *4*, 1-39.
- Karoly, C., & Jensen, M.P. (1987). *Multimethod assessment of chronic pain*. New York: Pergamon Press.
- Lázaro, C., Bosh, F., Torrubía, R., & Baños, J. E. (1994). The development of a Spanish questionnaire for assessing pain: Preliminary data concerning reliability and validity. *European Journal of Psychological Assessment*, *10*, 145-151.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Martínez-Pons, M. (1997). The relation of emotional intelligence with selected areas of personal functioning, *Imagination, Cognition and Personality*, *17*, 3-13.

- Matthews G., & Zeidner, M. (2000). Emotional intelligence, adaptation to stressful encounters and health outcomes. En Bar-On, R. & Parker, J. (Eds.). *The handbook of emotional intelligence: Theory, and application at home, school and in the workplace*, (pp. 459-489). San Francisco, CA, EEUU: Jossey- Bass Inc Publisher.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain, 1*, 277-299.
- Millon, Th. (1999). *MCMII-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon. Manual*. (2ª ed. rev.). Madrid, España: TEA
- Millon, Th. (1997). *Inventario Millon de Estilos de Personalidad*. Buenos Aires, Argentina: Paidós (Trabajo original publicado en 1994).
- Monti, D. A., Herring, C. L., Schwartzman, R. J., & Marchese, M. (1998). Personality assessment of patients with complex regional pain syndrome type I. *Clinical Journal of Pain, 14*, 295-302.
- Naliboff, B. D., Cohen, M.J., Swanson, G.A., Bonebakker, A.D., & McArthur, D.L. (1985). Comprehensive assessment of chronic low back pain patients and controls: Physical abilities, level of activity, psychological adjustment and pain perception. *Pain, 23*, 121-134.
- Ramírez-Maestre, C., Esteve, R., & López, A. (2001). Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Anales de Psicología, 17*, 129-137.
- Ramírez-Maestre, C. (2002). El papel de las características personales en la experiencia del dolor y en el proceso de afrontamiento. Revisión teórica. *Escritos de Psicología, 6*, 40-52
- Ramírez-Maestre, C., López, A. E., & Esteve, R. (2004). Personality characteristics as differential variables of the pain experience. *Journal of Behavioral Medicine, 27*, 147-165.

- Ramírez-Maestre, C., & Valdivia, Y. (2003). Evaluación del funcionamiento diario en pacientes con dolor crónico. *Psicología Conductual, 11*, 283-291.
- Riquelme, A., Buendía, J., & Rodríguez, M. C. (1993). Estrategias de afrontamiento y apoyo social en personas con estrés económico. *Psicothema, 5*, 83-89.
- Rodríguez C., Cebriá, J., Corbella, S., Segura, J., & Sobreques, J. (2003). Rasgos de personalidad y malestar psíquico asociados a los pacientes hiperfrecuentadores de consultas de Atención Primaria. *Medifam, 13*, 143-150.
- Rodríguez, M. J., Esteve, R. M., & López, A. E. (2000). Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. *Psicothema, 12*, 339-345.
- Romano, J. M., & Turner, J. A. (1985). Chronic pain and depression: Does the evidence support a relationship? *Psychological Bulletin, 97*, 18-34.
- Salovey, P. (2001). Applied emotional intelligence: Regulating emotions to become healthy, wealthy, and wise. En J. Ciarrochi, J. P. Forgas & J. D. Mayer (Eds.), *Emotional intelligence in everyday life: A scientific inquiry*, (pp. 168-184). Philadelphia, EEUU: Psychology Press.
- Salovey, P., Bedell, B. T., Detweiler, J. B., & Mayer, J. D. (1999). Coping intelligently: Emotional intelligence and the coping process. En C. R. Snyder (Ed.), *Coping: The psychology of what works*, (pp. 141-164). New York, EEUU: Oxford University Press.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, & health*, (pp. 125-151). Washington, EEUU: American Psychological Association.

- Sánchez, J., & Sánchez, M. P. (1994). *Psicología diferencial: Diversidad e individualidad humanas*. Madrid, España: Ramón Areces.
- Soriano, J., & Monsalve, V. (1999). Valoración, afrontamiento y emoción en pacientes con dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 62, 43-64.
- Taylor, G. J. (2001). Low emotional intelligence and mental illness. En J. Ciarrochi; J. P. Forgas & J. D. Mayer (Eds.), *Emotional intelligence in everyday life: A scientific inquiry*, (pp.67-81). Philadelphia, EEUU: Psychology Press.
- Turk, D. C., & Rudy, T. (1986). Assessment of cognitive factors in chronic pain: A worthwhile enterprise? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 760-768.
- Turk, D. C., & Rudy, T. (1987). Towards a comprehensive assessment of chronic pain patients. *Behavioral Research and Therapy*, 4, 237-249.

Tabla 1. - Porcentajes de sujetos de la muestra que presentan los Perfiles de Personalidad.

Perfil de Personalidad	N / %
Perfil 1: Esquizoide, compulsivo y dependiente	42 / 46,2%
Perfil 2: Desajuste psicosocial y compulsivo	22 / 24,2%
Perfil 3: Compulsivo	17 / 18,7%
Perfil 4: Desajuste psicosocial	3 / 3,3%
No puntúan en ninguna escala del MCMI-II	4 / 4,4%
Puntúan en todas las escalas del MCMI-II	2/2,2%
Histriónico	1/1,1%
TOTAL	91 / 100%

Tabla 2. -Resultados de la prueba Kruskal-Wallis. Diferencias en los rangos promedio de los tres perfiles de personalidad.

	PERFILES	Rango promedio	Chi cuadrado	Sig. asintót.
Dolor	Perfil 1	42,32	2,151	,341
	Perfil 2	35,05		
	Perfil 3	45,44		
Estrategia de afrontamiento activa	Perfil 1	35,99	4,228	,121
	Perfil 2	48,07		
	Perfil 3	44,24		
Estrategia de afrontamiento pasiva	Perfil 1	43,06	1,278	,528
	Perfil 2	36,20		
	Perfil 3	42,12		
Funcionamiento	Perfil 1	38,40	8,754	,013
	Perfil 2	52,98		
	Perfil 3	31,91		
Deterioro	Perfil 1	43,98	5,237	,073
	Perfil 2	31,34		
	Perfil 3	46,15		

Tabla 3. -Resultados de la U de Mann-Whitney. Diferencias entre los rangos promedio.

	PERFILES	Rango promedio	Sig. asintót. (bilateral)
Funcionamiento	Sujetos con perfil 1	28,21	,011
	Sujetos con perfil 2	40,68	
	Sujetos con perfil 1	31,69	,235
	Sujetos con perfil 3	25,82	
	Sujetos con perfil 2	23,80	,017
	Sujetos con perfil 3	15,09	
Deterioro	Sujetos con perfil 1	35,88	,044
	Sujetos con perfil 2	26,05	
	Sujetos con perfil 1	29,60	,775
	Sujetos con perfil 3	31,00	
	Sujetos con perfil 2	16,80	,045
	Sujetos con perfil 3	24,15	

Tabla 4
 Análisis de regresión lineal múltiple

Relación entre la inteligencia emocional, las estrategias de afrontamiento y los niveles de funcionamiento y deterioro				
Variable dependiente		Coefficientes estandarizados	t	Sig.
<i>Estrategia Activa</i>				
	(Constante)	Beta		
R ² = .48			5.050	.0000
F= 41.36	Atención emocional.	-.263	-3.296	.0014
p= .0000	Regulación emocional	.58	7.280	.0000
<i>Estrategia Pasiva</i>				
	(Constante)	Beta		
R ² = .08			8.757	.0000
F= 41.36	Atención emocional.	.288	2.827	.0058
p= .0058				
<i>Funcionamiento</i>				
	(Constante)	Beta		
R ² = .11			3.665	.0004
F= 11.50	Regulación emocional	.339	3.391	.0010
p= .0010				
<i>Deterioro</i>				
	(Constante)	Beta		
R ² = .16			10.800	.0000
F= 17.11	Regulación emocional	-.403	-4.137	.0001
p= .0001				

Tabla 5
 Análisis de regresión lineal múltiple

Relación entre las estrategias de afrontamiento y los niveles de funcionamiento y deterioro				
Variable dependiente		Coefficientes estandarizados	t	Sig.
<i>Funcionamiento</i> R ² = .21 F= 23.7 p= .0000		Beta		
	(Constante)		2.865	.0052
	Estrategia Activa	.460	4.870	.0000
<i>Deterioro</i> R ² = .14 F= 15.38 p= .0002		Beta		
	(Constante)		10.711	.0000
	Estrategia Activa	-.385	-3.992	.0002