

## Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico

Carmen Ramírez Maestre\*, Rosa Esteve Zarazaga y Alicia Eva López Martínez

Universidad de Málaga

**Resumen:** El objetivo principal de este estudio es contrastar las hipótesis respecto a la relación entre los niveles de neuroticismo, la intensidad de dolor percibida y las estrategias de afrontamiento utilizadas por pacientes con dolor crónico. Para ello, contamos con una muestra compuesta por 100 pacientes con dolor crónico, tanto benigno como oncológico, que acuden a la Unidad del Dolor y al Servicio de Reumatología de la Residencia Hospitalaria Carlos Haya de Málaga. Los instrumentos de evaluación utilizados son: *Escala Vanderbilt de Afrontamiento al Dolor* (Brown y Nicassio, 1987); *Cuestionario de McGill de Dolor* (Ruiz et al., 1990) y el *Inventario de Personalidad de Eysenck* (Eysenck y Eysenck, 1990). El modelo hipotético formulado fue sometido a contrastación empírica mediante el programa LISREL.8.20 (Jöreskog y Sörbom, 1993), utilizando el método de los mínimos cuadrados no ponderados. Los resultados del presente trabajo proporcionan evidencia empírica que apoya la teoría propuesta acerca de la relación existente entre la variable de personalidad neuroticismo y las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes con dolor crónico. Podríamos decir que altos niveles de neuroticismo se convierten en predictores del catastrofismo y de la búsqueda de apoyo social, como estrategias de afrontamiento poco eficaces.

**Palabras clave:** Dolor crónico, afrontamiento, neuroticismo.

**Title:** Neuroticism, coping and chronic pain.

**Abstract:** This study aims mainly to collate the various hypotheses on the relationship between the levels of neuroticism, the intensity of experienced pain and the coping strategies used by patients with chronic pain. In order to achieve that, we used a sample of 100 patients with chronic pain, either benign or oncologic, who come to the Pain Unit and to the Rheumatology Service of the Residencia Hospitalaria Carlos Haya in Málaga. The assessment tools used are: *Vanderbilt Pain Management Inventory* (Brown and Nicassio, 1987); *Spanish Version of Pain McGill Questionnaire* (Ruiz et al., 1990) and *Spanish Version of Eysenck Personality Inventory* (Eysenck and Eysenck, 1990). The hypothetical model developed has been subjected to an empirical collation using the program LISREL.8.20 (Jöreskog and Sörbom, 1993), applying the method of unweighted least squares. The results of this work provide empirical evidence to support the forwarded theory on the existing relationship between the personality variable of neuroticism and the coping strategies used by patients with chronic pain. It could be said that high levels of neuroticism become predictors of catastrophizing and seeking of social support, which are rather inefficient coping strategies.

**Key words:** Chronic pain, neuroticism, coping strategies.

### Introducción

El *dolor crónico*, como situación de tensión mantenida que el individuo suele percibir como amenazante, se conceptualiza desde el *modelo del análisis procesual del estrés* (Lazarus y Folkman, 1986) como situación estresante. Las repercusiones del dolor crónico pueden ser numerosas, y es muy probable que las personas que lo padecen experimenten pérdidas importantes en la esfera laboral, económica, familiar, social, sexual, etc. La amenaza de estas pérdidas llevará al sujeto a movilizarse para intentar controlar el dolor de una u otra forma. Se asume, por

tanto, que ante la amenaza resultante del padecimiento del dolor los sujetos ponen en marcha mecanismos de actuación para paliar los daños producidos. Dichos mecanismos, definidos como intentos de afrontamiento, se entienden como un conjunto de esfuerzos cognitivos y comportamentales, continuamente cambiantes, que son utilizados para afrontar demandas que son valoradas por el individuo como excesivas respecto a los recursos de que dispone -o cree que dispone- (Lazarus y Folkman, 1986). El objetivo perseguido, en última instancia es reducir el malestar causado por la amenaza percibida.

Lo que se propone desde nuestro grupo de trabajo, coincidiendo con otros autores (Brenngelman, 1986; Pelechano, Matud y de Miguel, 1994), es abordar el estudio del dolor crónico y sus implicaciones para la calidad de vida, desde

\* **Dirección para correspondencia:** Carmen Ramírez Maestre. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga. Campus de Teatinos. 29071 Málaga (España). E-mail: cramirez@uma.es

el *análisis procesual del estrés*. En líneas generales, se defiende que la experiencia de dolor vendrá determinada por: 1) la capacidad del sujeto para manejar una situación que es, en sí misma y dadas sus características contextuales, estresante (lo cual alude al concepto de afrontamiento); 2) los recursos (internos y externos) con los que cuenta para hacerles frente; y 3) las características personales (sexo, edad, variables de *personalidad*) que, en interacción con las anteriormente reseñadas, pueden actuar como variables diferenciales en la vivencia de la experiencia de dolor (Sánchez Cánovas y Sánchez López, 1994).

Aunque los estudios acerca de los estilos y estrategias de afrontamiento que utilizan los individuos ante sucesos vitales importantes y ante la enfermedad han sido prolíficos durante los últimos 20 años, es limitada la información que tenemos acerca de cómo se afronta el dolor crónico. Sin embargo, en este contexto, varios autores argumentan que las estrategias de afrontamiento que predicen una mejor adaptación al dolor crónico incluyen conductas encaminadas a aliviar el dolor (afrontamiento

conductual), y ciertos procesos cognitivos como reinterpretar o ignorar las sensaciones de dolor y distraerse del mismo (supresión de emociones negativas) (Keefe *et al.*, 1989; Lawson *et al.*, 1990). Catastrofizar es, posiblemente, el caso más claro de estrategia de afrontamiento que predice un mayor grado de malestar asociado al dolor crónico (Keefe *et al.*, 1989; Rosentiel y Keefe, 1983).

De vuelta al contexto más amplio del estrés, varios autores defienden que el análisis de la relación existente entre las estrategias de afrontamiento y ciertas variables de personalidad, ayuda a comprender y explicar por qué ciertos factores de personalidad se relacionan a su vez con el nivel de adaptación de los sujetos sometidos a situaciones estresantes (Lazarus y Folkman, 1984; Hewitt y Flett, 1996; Martin *et al.*, 1996; David y Suls, 1999; DeJong *et al.*, 1999). Desde esta perspectiva, y alejado de los argumentos propuestos por Lazarus y Folkman (1986), se propone un modelo acerca de la relación entre estas tres variables (personalidad, afrontamiento y adaptación), tal y como aparece en la Figura 1.



Figura 1: Modelo de relación entre personalidad, afrontamiento y adaptación.

Este modelo asume que la personalidad determina las estrategias de afrontamiento que utilizará el individuo en situaciones estresantes, siendo éstas a su vez, las que permitirán al sujeto un alto o bajo nivel de adaptación (Hewitt y Flett, 1996). Los estudios que se enmarcan dentro de este modelo, evalúan la posible relación entre los niveles de una determinada variable disposicional de personalidad y la utilización de determinadas estrategias de afrontamiento (Endler y Parker, 1990). Concretamente, estos trabajos tratan de determinar si ciertas variables de personalidad llevan a utilizar estrategias de afrontamiento que conducen a un bajo nivel de adaptación. En este sentido, la mayoría de las investigaciones se han centrado en el *neuroticis-*

*mo*, y los resultados de las mismas muestran la existencia de una relación significativa entre altos niveles de neuroticismo y estrategias de afrontamiento que predicen una adaptación deficiente (Bolger, 1990; Costa y McCrae, 1990; Endler y Parker, 1990; Epstein y Meier, 1989). Así, encontramos evidencia empírica que apoya un aumento en la probabilidad de que los sujetos con altas puntuaciones en neuroticismo utilicen estrategias de afrontamiento poco eficaces, como el catastrofismo, en el manejo del estrés (Affleck *et al.*, 1992). De hecho, parece que el uso de este tipo de estrategias de afrontamiento modula la relación entre el neuroticismo y el malestar psicológico (Bolger, 1990).

Concretamente, en el ámbito del dolor crónico como situación estresante, según Affleck y colaboradores (1992), el *catastrofismo*, como estrategia de afrontamiento poco eficaz, media en la relación entre el *neuroticismo* y la intensidad del *dolor* percibida. En la actualidad, los estudios acerca de la relación existente entre los rasgos de personalidad y el grado de adaptación de los pacientes con dolor crónico se centran principalmente en el análisis de la interacción entre neuroticismo, estrategias de afrontamiento y variables situacionales (Asghari *et al.*, 1999). En este sentido, varios estudios encuentran relaciones significativas entre el neuroticismo y ciertas variables relevantes en el ámbito del dolor crónico como las evaluaciones cognitivas que los pacientes realizan respecto al significado de dicho dolor (Wade *et al.*, 1992b), la intensidad de dolor percibida (Wade *et al.*, 1992b), la represión emocional (Wade *et al.*, 1992a), el estado de ánimo (Affleck *et al.*, 1992) y las estrategias de afrontamiento (Affleck *et al.*, 1992).

## Método

### Objetivos e Hipótesis

El objetivo principal del presente trabajo es contrastar hipótesis respecto a la relación entre los niveles de neuroticismo, las estrategias de afrontamiento utilizadas y la intensidad de dolor percibida por pacientes con dolor crónico.

Las hipótesis quedan expresadas en el modelo de la Figura 2.

1. Los sujetos con altas puntuaciones en neuroticismo utilizarán estrategias de afrontamiento poco eficaces como el catastrofismo y la búsqueda de apoyo social (estrategias pasivas) en el manejo del dolor crónico (Affleck *et al.*, 1992).
2. Los sujetos con altas puntuaciones en neuroticismo no utilizarán estrategias de afrontamiento eficaces como la supresión de emociones y el afrontamiento conductual (estrategias activas) en el manejo del dolor crónico (Affleck *et al.*, 1992).
3. El uso de estrategias de afrontamiento pasivas predice una mayor intensidad de dolor percibida (Affleck *et al.*, 1992; Bolger, 1990, Brown y Nicassio, 1987).
4. El uso de estrategias de afrontamiento activas predice una menor intensidad de dolor percibida (Affleck *et al.*, 1992; Bolger, 1990, Brown y Nicassio, 1987).
5. Existe una relación inversa entre las estrategias activas y las pasivas (Brown y Nicassio, 1987).

### Instrumentos

Los instrumentos de evaluación son los siguientes: *Escala Vanderbilt de Afrontamiento al Dolor* (Brown y Nicassio, 1987), para evaluar las estrategias de afrontamiento que utilizan los sujetos de la muestra; *Cuestionario McGill de Dolor* (Ruiz *et al.*, 1990), para evaluar la intensidad de dolor percibido, y el *Inventario de Personalidad de Eysenck* (Eysenck y Eysenck, 1990), para obtener una medida de la variable neuroticismo.

\* *Escala Vanderbilt de Afrontamiento al Dolor* (Brown y Nicassio, 1987), en la adaptación realizada por este grupo de investigación (Esteve, López y Ramírez, en prensa y Esteve, Ramírez y López, enviado). La escala consta de 15 ítems distribuidos en cuatro subescalas que se agrupan a su vez, en dos escalas que evalúan la frecuencia con que los pacientes que padecen dolor crónico utilizan estrategias activas o pasivas cuando el dolor alcanza una intensidad moderada o alta:

- *Estrategias activas*: dirigidas al control del dolor o a seguir funcionando a pesar de él. Se distinguen:

- *Afrontamiento conductual*: se refiere a intentar influir sobre el dolor mediante conductas observables o combinaciones de conductas y cogniciones (ejemplo: "Se pone a leer").
- *Supresión de emociones negativas*: eliminar los pensamientos y sentimientos negativos respecto al dolor (ejemplo: "Se quita de la cabeza los pensamientos que le molestan").

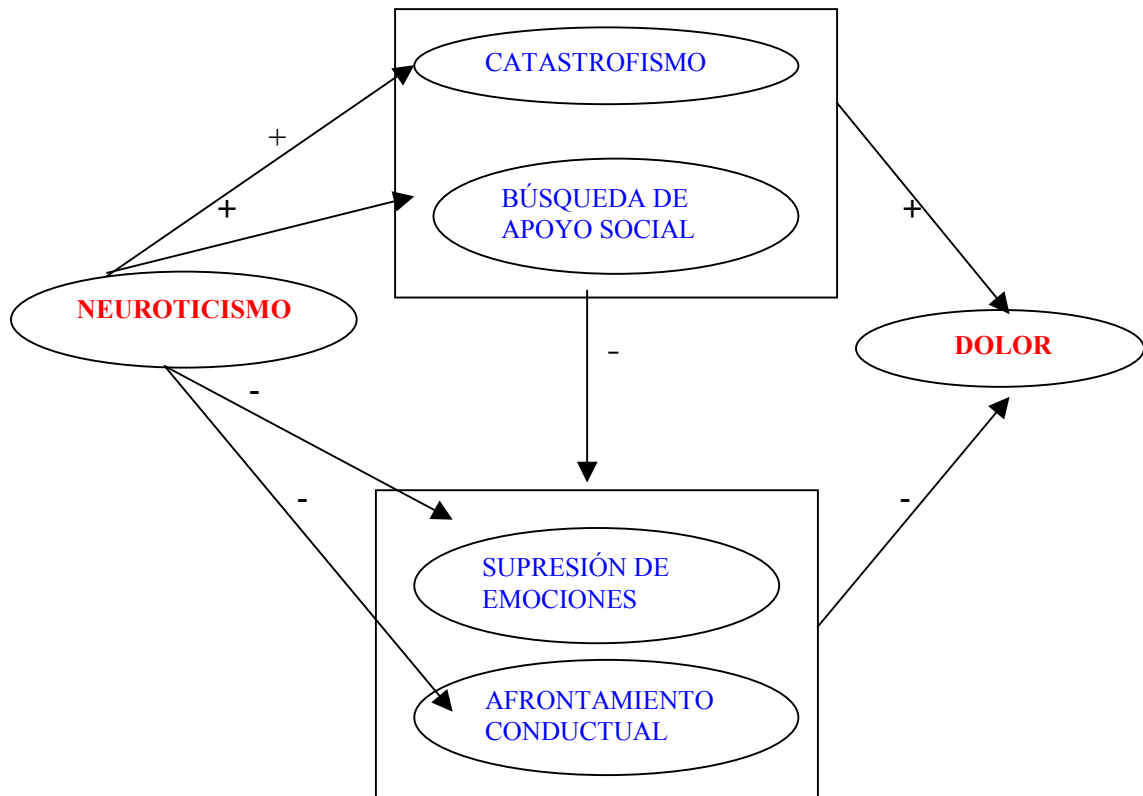


Figura 2: Modelo hipotético formulado.

- *Estrategias pasivas*: estrategias mediante las que se cede a otros el control del dolor y que hacen que el dolor deteriore otras áreas de la vida del sujeto. Las dos subescalas de estrategias pasivas son:

- *Catastrofismo*: el sujeto no es capaz de mantener los esfuerzos por afrontar la situación, se preocupa de forma excesiva por el futuro y tiende a ver el dolor y su situación como algo catastrófico (ejemplo: “Piensa que este dolor le tiene harto, cansado, puede con usted”)
- *Búsqueda de apoyo social*: acude a otras personas para que le ayuden a controlar el dolor (ejemplo, “Llama al médico o la enfermera”)

\* *Cuestionario McGill de Dolor* (Melzack, 1975), en una de sus versiones españolas, concretamente la de Lázaro y colaboradores (1994). Los descriptores del cuestionario se reúnen en tres categorías de orden superior que a su vez se corresponden con las dimensiones del dolor (según la Teoría de la Puerta de Control de Melzack y Wall, 1965):

- Dimensión sensorial-discriminativa
- Dimensión motivacional-afectiva
- Dimensión cognitiva-evaluativa

De igual forma, este instrumento proporciona una puntuación total de dolor percibido que será la que utilizaremos en este trabajo.

\* *Inventario de Personalidad de Eysenck* (Eysenck y Eysenck, 1990). Utilizamos la escala de Neuroticismo incluida en este Inventario adaptado a nuestro país por TEA.

### Sujetos

La muestra está compuesta por 100 pacientes con dolor crónico, tanto benigno como oncológico, que acuden a la Unidad del Dolor y al Servicio de Reumatología de la Residencia Carlos Haya de Málaga. Se trata de 35 hombres y 65 mujeres, con edades comprendidas entre los 17 y los 87 años, (media = 56). El 68% tiene estudios primarios y el 16% no posee conocimientos de lecto-escritura. El 70% está casado y el 85% tiene entre 1 y 4 hijos (1 hijo el 22%, 2 hijos el 28%, 3 hijos el 19% y 4 hijos el 16%). Un 89% de la muestra no trabaja (desempleo, baja laboral o jubilación). Por último, entre los datos biográficos recogidos incluimos una pregunta al sujeto a cerca del tiempo que lleva padeciendo dolor y una pregunta al médico sobre la gravedad de la patología del paciente. Las respuestas a la primera pregunta indican que el 75% lleva más de dos años con dolor y el 25% más de 10 años. En cuanto a la gravedad, se pide al médico que responda en una escala tipo Likert en la que 0 es gravedad mínima y 10 gravedad máxima. Según las indicaciones del facultativo, el 57% de la muestra presenta una gravedad media y el 14% es calificado con una puntuación de 8 ó 9.

### Procedimiento

Los sujetos que componen la muestra fueron entrevistados la primera vez que acudían a la Unidad Clínica del Dolor y al Servicio de Reumatología de la Residencia Carlos Haya de Málaga. Las entrevistas fueron realizadas en sendas consultas y los pacientes nos eran remitidos ese mismo día por los médicos que los atendían según su orden de llegada. Debido al

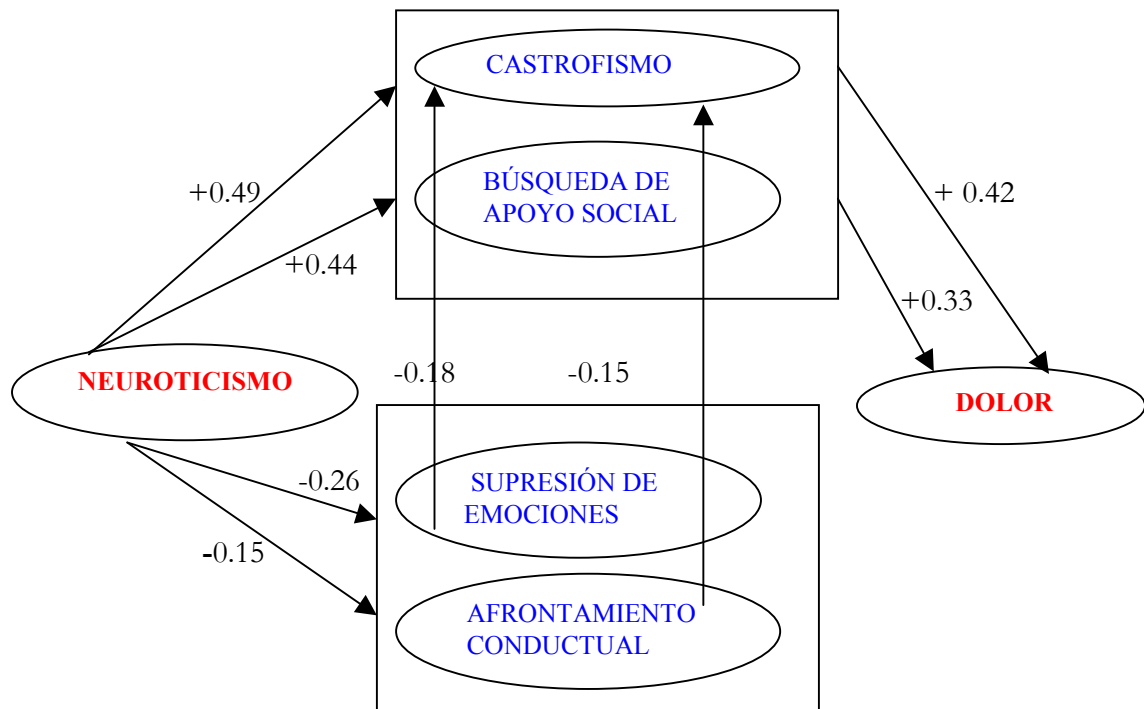
bajo nivel cultural de la muestra, todos los instrumentos descritos fueron aplicados oralmente y las alternativas de respuesta estaban impresas en unas tarjetas con grandes letras en las que los pacientes debían señalar la opción elegida. Las entrevistas se realizaron sin acompañantes y previa aceptación voluntaria de participación en el estudio.

### Resultados

El modelo hipotético formulado fue sometido a contrastación empírica mediante el programa LISREL.8.20 (Jöreskog y Sörbom, 1993), utilizando el método de los mínimos cuadrados no ponderados. Este método fue seleccionado porque no se cumple el supuesto de normalidad multivariada. Tras diversos ajustes, el modelo empírico resultante es el que tenemos en la Figura 3.

De acuerdo a los resultados cabe destacar que:

1. Efectivamente, coincidiendo con el modelo hipotético, el nivel de neuroticismo se relaciona con el uso de las estrategias de afrontamiento, de forma que cuanto mayores son los niveles de neuroticismo que presenta el paciente éste hace mayor uso de las estrategias pasivas. Es decir, tiene más pensamientos catastrofistas (catastrofismo) y busca el control ajeno de su propio dolor (búsqueda de apoyo social), siendo muy parecidos sendos parámetros de cambio para las relaciones predichas en el modelo hipotético (0.49 y 0.44 respectivamente).
2. De igual forma, el neuroticismo afecta al uso de las estrategias activas, con parámetros de cambios bastante más bajos que en el caso anterior (-0.26 entre neuroticismo y supresión de emociones y -0.15 entre neuroticismo y afrontamiento conductual), existiendo entre ambas variables una relación negativa.



Índice de Bondad de Ajuste (GFI) = 0.95  
 Índice de Bondad de Ajuste Ajustado (AGFI) = 0.90

**Figura 3:** Modelo resultante de la aplicación del programa LISREL 8.20

3. La utilización de las estrategias pasivas afecta la percepción de dolor, de forma que los pacientes que llevan a cabo este tipo de estrategias manifiestan más dolor, siendo ligeramente mayor el parámetro de cambio entre catastrofismo y dolor (0.42) que entre búsqueda de apoyo social y dolor (0.33).
4. Si bien no encontramos relación entre las estrategias activas y el dolor, sí podemos observar una relación inversa entre esas y el catastrofismo. Aunque los parámetros de cambio son bajos (-0.18 entre supresión de emociones y catastrofismo y -0.15 entre afrontamiento conductual y catastrofismo),

es teóricamente relevante el signo negativo entre ambos tipos de estrategias. Por lo tanto podemos decir que el uso del afrontamiento conductual y la supresión de emociones son contrarios y alternativos al catastrofismo, manteniendo así una relación indirecta con el dolor percibido. Es más, basándonos en este resultado, cabría esperar que un mayor uso de las estrategias pasivas por parte de los sujetos con altas puntuaciones en neuroticismo, supone una menor utilización de las estrategias activas de las que se podría derivar una menor intensidad de dolor percibido.

Por último, debemos hacer notar que los índices de bondad de ajuste globales entre el modelo empírico y el modelo teórico son muy satisfactorios (GFI = 0.95 y AGFI= 0.90).

## Conclusiones

Este trabajo proporciona evidencia empírica que apoya la teoría propuesta acerca de la relación existente entre la variable de personalidad neuroticismo y las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes con dolor crónico. Podríamos decir que altos niveles de neuroticismo se convierten en predictores del catastrofismo y de la búsqueda de apoyo social, como estrategias de afrontamiento poco eficaces.

En el contexto del dolor crónico, una muestra relevante de la falta de eficacia de una determinada estrategia de afrontamiento sería sin duda la percepción de una mayor intensidad de dolor. Uno de los resultados de este estudio proporciona evidencia acerca de la relación significativa y positiva entre el uso de las estrategias pasivas y la intensidad de dolor. Por lo tanto, estas estrategias median entre la variable de personalidad neuroticismo y la intensidad de dolor percibida, entendiéndose ésta como una de las variables que da muestra de la adaptación del sujeto a la situación estresante.

Por otro lado, es muy interesante la relación negativa que se establece entre las estrategias pasivas y las activas, concretamente entre el catastrofismo y las activas (supresión de emociones y afrontamiento conductual). Esto supone que a mayor uso de las estrategias pasivas menor utilización de las activas. Siendo esto así, podemos pensar que si entrenamos en el uso de las estrategias activas estaremos, de forma indirecta, eliminando la utilización del catastrofismo, cuya ineficacia queda reflejada en su relación positiva con la intensidad de dolor percibida. Es decir, tal y como señalábamos en líneas anteriores, un mayor uso de las estrategias pasivas por parte de los sujetos con altas puntuaciones en neuroticismo supone una menor utilización de las estrategias activas de las que se podría derivar una menor intensidad de dolor percibido.

Resumiendo, hemos encontrado que los sujetos con dolor crónico y altas puntuaciones en neuroticismo utilizan estrategias de afrontamiento pasivas, cuya ineficacia queda reflejada en una mayor intensidad de dolor percibido. Por lo tanto, enseñemos a los sujetos con altos niveles de neuroticismo el manejo de estrategias contrarias a las anteriores, es decir, entrenémosles en el uso de las estrategias activas de las que cabría esperar una mayor eficacia, es decir una menor intensidad de dolor percibido.

Desde una perspectiva más amplia del tema, estos resultados son coherentes con la teoría que plantea la posibilidad de que ciertas características de personalidad predispongan a las personas a afrontar de modo distinto (Carver, Scheier y Weintraub, 1989). Lo cierto es que cada vez han ido surgiendo posiciones más cercanas a la concepción de la personalidad como mediadora de la relación entre estrés y bienestar personal. En este sentido, la investigación ha puesto de relieve cómo las dimensiones de neuroticismo, ansiedad y extroversión median en la relación existente entre estrés y salud (Sánchez Cánovas y Sánchez López, 1994). Desde esta perspectiva, se postula que determinadas variables de personalidad pueden actuar como precursoras o controladoras de los efectos que el estrés tiene sobre el individuo, lo cual ha llevado a algunos autores a considerarlas como recursos personales internos con los que el individuo cuenta para incrementar su potencial en el abordaje efectivo del estrés (Jerusalem y Schwarzer, 1989).

En esta línea, desde una posición más contundente, Houtman (1990) defiende que los modos de afrontamiento específicos, que se traducen en conductas específicas, están predispuestos por rasgos de personalidad lo cual deriva a estilos de afrontamiento relativamente estables, de modo que la distinción que se realiza a estos tres niveles (personalidad, estilos y conductas de afrontamiento) radica en el grado de abstracción del discurso empleado.

Sin embargo, frente a esto no podemos olvidar que desde la perspectiva transaccional del estrés, el afrontamiento no debiera conceptualizarse como un estilo estable, del mismo modo

que las dimensiones de personalidad no debieran constituirse en determinantes de los diversos modos de afrontamiento (Sánchez Cánovas y Sánchez López, 1994).

En cualquier caso, estamos inmersos en un debate muy relevante que evidencia la necesidad de realizar investigaciones que aporten datos que ayuden a clarificar la controversia surgida.

En definitiva, es necesario continuar con la tarea de esclarecer la naturaleza de la relación

entre las dimensiones de personalidad y las estrategias de afrontamiento. Estos estudios permiten conocer cómo dichas dimensiones predisponen al individuo a padecer en mayor o menor medida las consecuencias adversas del estrés. En lo que al dolor crónico se refiere, los resultados empíricos apuntan hacia el efecto modulador que ejercen ciertas estrategias de afrontamiento entre las variables de personalidad, concretamente el neuroticismo, y la intensidad de dolor percibida.

## Referencias

- Affleck, G., Tennen, H., Urrows, S., y Higgins, P. (1992). Neuroticism and the pain-mood relation in rheumatoid arthritis: Insights from a prospective daily study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 119-126.
- Asghari, M. A., y Nicholas, M. K. (1999). Personality and adjustment to chronic pain. *Pain Reviews, 6*, 85-97.
- Bolger, N. (1990). Coping as a personality process: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*, 525-537.
- Brengelman, J.C. (1986). Estrés, superación y calidad de vida en personas sanas y enfermas. *Evaluación Psicológica / Psychological Assessment, 2*, 47-77.
- Brown, G. K., y 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.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. y Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*, 267-283.
- Costa, P. T., J.R., y McCrae, R. R. (1990). Personality: Another "hidden factor" in stress research. *Psychological Inquiry, 1*, 22-24.
- David, J.P. y Suls, J. (1999). Coping efforts in daily life: Role of Big Five traits and problem appraisals. *Journal of Personality, 67*, 265-294.
- DeJong, G.M., Van Sonderen, E., y Emmelkamp, P.M.G. (1999). A comprehensive model of stress: The roles of experienced stress and neuroticism in explaining the stress-distress relationship. *Psychotherapy and Psychosomatics, 68*, 290-298.
- Endler, N. S., y Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 844-854.
- Epstein, S., y Meier, P. (1989). Constructive thinking: A broad coping variable with specific components. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 332-350.
- Esteve, M.R., López, A.E. y Ramírez-Maestre, C. (en prensa). Evaluación de estrategias de afrontamiento al dolor crónico. *Revista de Psicología de la Salud*.
- Esteve, M.R., Ramírez-Maestre, C., y López, A. E. (enviado). Chronic pain coping strategies: Individual versus composite scores as predictor of pain intensity and daily functioning. *Pain*.
- Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B.G. (1990). *Cuestionario de Personalidad EPI*. Madrid:TEA.
- Hewitt, P. L. y Flett, G.L. (1996). Personality traits and the coping process. En M. Zeidner y N. S. Endler (Eds.), *Handbook of Coping*. New York: Wiley.
- Houtman, I.L.D. (1990). Personal coping resources and sex differences. *Personality and Individual Differences, 11*, 53-63.
- Jerusalem, M. y Schwarzer, R. (1989). Anxiety and self-concept as antecedents of stress and coping. *Personality and Individual Differences, 11*, 53-63.
- Jöreskog, K. J. y Sörbom, D. (1993). *LISREL 8: Structural equation modelling with the Simplis command language*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Keefe, F. J., Brown, G. K., Wallston, K. A., y Caldwell, D. S. (1989). Coping with rheumatoid arthritis pain: Catastrophizing as a maladaptive strategy. *Pain, 37*, 51-56.
- Lawson, K., Reesor, K. A., Keefe, F.J., y Turner, J. A. (1990). Dimensions of pain-related cognitive coping: Cross validation of the factor structure of the Coping Strategy Questionnaire. *Pain, 43*, 195-204.
- Lázaro, C., Bosch, F., Torrubia, R. y 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., y Folkman, S. (1984/1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Martin, M.Y., Bradley, L.A., Alexander, R.W., Alarcon, G.S., Triana-Alexander, M., Aaron, L.A., y Alberts, K.R. (1996). Coping strategies predict disability in patients with primary fibromyalgia. *Pain, 68*, 45-53.
- Pelechano, V., Matud, P. y De Miguel, A. (1994). Estrés no sexista, salud y personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta, 20*, 317-519.



- Rosentiel, A. K., y Keefe, F. J. (1983). The use of coping strategies in low-back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17, 33-40.
- Ruiz López, R., Pagerols, M., y Ferrer, I. (1990). The Spanish Pain Questionnaire. *Pain*, 5, 304.
- Sánchez Cánovas, J. y Sánchez López, M.P. (1994). *Psicología diferencial: Diversidad e individualidad humanas*. Madrid: Ramón Areces.
- Wade, J.B., Dougherty, L.M., Hart, R.P., y Cook, D.B. (1992 a). Patterns of normal personality structure among chronic pain patients. *Pain*, 48, 37-43.
- Wade, J.B., Dougherty, L.M., Hart, R.P., y Rafii, A. (1992b). A canonical correlation analysis of the influence of neuroticism and extraversion on chronic pain, suffering and pain behavior. *Pain*, 51, 67-73.

(Artículo recibido: 30-10-2000, aceptado: 11-7-2001)

