



Revista Mexicana de Psicología

ISSN: 0185-6073

sociedad@psicologia.org.mx

Sociedad Mexicana de Psicología A.C.

México

GONZÁLEZ, VANESA; RAMÍREZ-MAESTRE, CARMEN; HERRERO, ANA MA.
Inteligencia emocional, personalidad y afrontamiento en pacientes con dolor crónico
Revista Mexicana de Psicología, vol. 24, núm. 2, diciembre, 2007, pp. 185-195
Sociedad Mexicana de Psicología A.C.
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243020637004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

INTELIGENCIA EMOCIONAL, PERSONALIDAD Y AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO

EMOTIONAL INTELLIGENCE, PERSONALITY AND COPING WITH CHRONIC PAIN

VANESA GONZÁLEZ, CARMEN RAMÍREZ-MAESTRE¹ Y ANA MA. HERRERO
Universidad de Málaga, España

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 relacionaron 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 relacionó positivamente con el nivel de funcionamiento diario y negativamente con el deterioro del paciente.

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

Abstract: The purpose of this study was to analyze how personality, emotional intelligence and coping influence patients' adjustment to pain (measured in terms of functioning, impairment, and pain intensity). The sample included 91 patients. Results of frequency analyses, Mann-Whitney, and regression showed the presence of clinical patterns of personality (assessed with the Millon Clinical Multiaxial Inventory- II), and how the differential use of coping strategies and patients' adjustment related to the presence of these patterns. Additionally, coping with chronic pain was found to be influenced by emotional intelligence. The use of active coping strategies had a positive effect on daily functioning and a negative effect on impairment.
Key words: emotional intelligence, personality, coping, chronic pain, Millon.

La insuficiencia del modelo médico para dar una explicación comprensiva de la ocurrencia de dolor crónico tuvo como consecuencia la consideración de variables que trascienden los criterios meramente biológicos y fisiológicos, como es el caso de los factores psicológicos. 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, por sus siglas en inglés, 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 positiva de los pacientes al tratamiento (Garofalo, 2000). De hecho, en los últimos años se ha desarrollado 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 con 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

¹ Dirigir correspondencia a: Carmen Ramírez-Maestre. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, Universidad de Málaga, Campus de Teatinos s/n, 29071 Málaga, España. Dirección de correo electrónico: cramirez@uma.es

consecuencias psicológicas en ocasiones serias, que los pacientes continúen demandando atención al sistema de cuidados de salud. La respuesta de los médicos por lo general es el incremento del uso de narcóticos y poner en marcha tratamientos múltiples que elevan, más aún, los costos 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 et al., 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) distinguieron entre estrategias de afrontamiento activas y pasivas. 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 de las personas y que se ceda a otros el control del dolor. Los resultados derivados de diferentes estudios que el equipo de los autores de este trabajo 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, 2002; Esteve, López, & Ramírez, 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 (Karoly & 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 cotidiano que presentaba el paciente antes de sufrir dolor y su funcionamiento cotidiano 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 personas 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 Canovas & Sánchez López, 1994). En lo referente al ámbito de la personalidad y la salud, existen estudios en los que se ha destacado el importante papel que tiene la personalidad no sólo en la autopercepción del bienestar psicológico (Díaz Morales & Sánchez López, 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 que se utiliza para lidiar con el dolor 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 han analizado la influencia de dimensiones de personalidad sana como variables antecedentes. En este sentido, es posible en-

contrar 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 una persona para relacionarse con las situaciones con las que se enfrenta. Así, las personas 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 concluyó que existe una alta prevalencia de trastornos de personalidad en pacientes con dolor crónico (entre un 40% y un 60%). De hecho, algunos autores han señalado que es 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) encontraron una alta incidencia de trastornos de personalidad en dos grupos de personas que padecían dolor crónico y concluyeron que dichas diferencias podrían deberse a rasgos de personalidad no adaptativos y al uso de estrategias de afrontamiento ineficaces. 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 ca-

pacidad para reconocer, comprender y regular las emociones propias y las de los demás (Salovey, Bedell, Detweiler, & Mayer, 1999). Algunos autores han señalado 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) y de hecho se ha señalado que el manejo del estrés y la adaptación son componentes principales de la inteligencia emocional (Bar-On, 1997). Así, se ha encontrado que las personas que son más inteligentes emocionalmente afrontan sus problemas 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 existe 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). Si bien se ha analizado la influencia de la inteligencia emocional en diversas situaciones de estrés, no existen trabajos que hayan relacionado esta variable con el proceso de experimentar dolor crónico. Se trató en consecuencia de indagar cuáles características personales predicen la adaptación al padecimiento de un síndrome de dolor crónico.

Los objetivos de este estudio fueron los siguientes: 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 cotidiano, deterioro del funcionamiento cotidiano e intensidad de dolor); 3) estudiar la relación entre la inteligencia emocional, el afrontamiento y la adaptación al padecimiento; y 4) conocer la influencia de las estrategias de afrontamiento sobre la adaptación del paciente a su padecimiento.

MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo 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% fueron hombres y un 57% mujeres. La edad de los participantes varió entre 30 y 79 años, con una media de 54.8 años. La mayoría de ellos estaba casado (63%). El 71% de la muestra no tenía estudios o sólo cursó estudios primarios. El tiempo medio que llevaban padeciendo algún dolor fue de 11.23 años, con un tiempo mínimo de siete meses y un máximo de 52 años. La clase de dolor que padecían incluyó dolor óseo (42%), dolor oncológico (15%), fibromialgias (14%), hernias (9.9%), fibrosis (7.7%), lumbalgias (4%), neuralgias (2.2%) y otros (12%).

Instrumentos

Cuestionario de Dolor de McGill (Melzack, 1975). Para evaluar el grado de dolor manifestado por los pacientes, se aplicó la versión española de este cuestionario desarrollada por Lázaro et al. (1994). Se trata de una escala compuesta por 64 descriptores de dolor agrupados en 19 subclases. El paciente debe escoger los descriptores que mejor describan su dolor, seleccionando sólo uno de cada subclase (e.g., subclase 19: dolor 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 ($\alpha = 0.74$).

Inventario Vanderbilt para el Afrontamiento del Dolor (VPMI, por sus siglas en inglés) (Brown & Nicassio, 1987). La forma de afrontar el dolor se midió mediante la versión española del VPMI (Esteve, López, & Ramírez-Maestre, 1999). El cuestionario evalúa el uso de dos estrategias de afrontamiento generales: activas y pasivas. Las primeras estarían dirigidas al control del dolor o a seguir funcionando a pesar de él (e.g., cuando le duele, usted procura distraerse del dolor). Con el uso de las estrategias pasivas se cede a otros el control del dolor (e.g., cuando le duele, usted piensa que no puede hacer nada

para aliviar el dolor). Consta de 18 reactivos 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 debe valorar en una escala del 1 al 4 (1 = casi nunca; 4 = casi siempre) la frecuencia con la que hace o piensa lo descrito en el reactivo.

Escala de Meta-Conocimiento de Estados Emocionales (TMMS-24, por sus siglas en inglés) (Fernández-Berrocal, Extremera, & Ramos, 2004; versión original de Salovey et al., 1995). Esta escala sirvió para medir la inteligencia emocional. Se trata de una escala rasgo de meta-conocimiento de los estados emocionales que evalúa, a través de 24 reactivos, las diferencias individuales en las destrezas con las que las personas perciben prestar atención a sus propias emociones, pueden discriminar entre ellas y su capacidad percibida para regularlas. La escala final está compuesta por 24 reactivos, que se agrupan ocho en cada uno de tres factores: atención, claridad y reparación. La fiabilidad de cada uno de los factores es igual a 0.90, 0.90 y 0.86, respectivamente. Asimismo, presenta una fiabilidad test-retest adecuada (atención $\alpha = 0.60$; claridad $\alpha = 0.70$ y reparación $\alpha = 0.83$). 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 et al., 2004). El paciente debe expresar en una escala de 1 a 5 la frecuencia con la que hace o piensa las afirmaciones recogidas en cada reactivo (e.g., aunque me sienta mal, intento pensar en cosas agradables).

Instrumento de deterioro y funcionamiento para pacientes con dolor crónico (IDF) (Ramírez-Maestre & Valdivia Velasco, 2003). El instrumento fue desarrollado con población española y consta de 19 reactivos que permiten obtener dos índices generales: el nivel de funcionamiento cotidiano actual y el nivel de deterioro del funcionamiento cotidiano. Ambas subescalas presentan índices de fiabilidad elevados (funcionamiento cotidiano: $\alpha = 0.76$; deterioro del funcionamiento: $\alpha = 0.72$). El paciente debe 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 reactivos (e.g., he visitado a mis amigos; he hecho la compra). Para evaluar el deterioro del funcionamiento cotidiano, el respondiente debe además contestar si realizaba o no esas actividades antes de sufrir dolor.

Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMII-II) (Millon, 1999). Este inventario se utilizó para evaluar los estilos de personalidad y los síndromes clínicos. El inventario 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 nueve 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 MCMII-II, se encuentran 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 estableció que puntuaciones de 75 y superiores en las escalas básicas rebelan riesgo de padecer un trastorno de la personalidad.

Procedimiento

Los participantes 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.

RESULTADOS

Para cumplir el primer objetivo de este estudio, se analizaron las frecuencias con las que aparecieron los patrones clínicos de personalidad en la muestra. Los resultados obtenidos mediante el MCMII-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 (Per-

fil 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 presenta 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.

Como muestra la Tabla 1, 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. 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 definen por la combinación exclusiva de escalas. Así, por ejemplo, el comportamiento de un participante con Perfil 1 (compulsivo, esquizoide y dependiente) será distinto al presentado por individuos con el Perfil 2 (compulsivos, narcisistas y agresivos-sádicos).

Tabla 1

Porcentajes de participantes que presentaron 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 puntuaron en ninguna escala del MCMII-II	4 / 4.4%
Puntuaron en todas las escalas del MCMII-II	2/2.2%
Histriónico	1/1.1%
TOTAL	91 / 100%

En análisis subsiguientes, relativos a la relación de los perfiles de personalidad con el afrontamiento y la adaptación de los pacientes, sólo se incluyeron los datos de los participantes clasificados en los Perfiles 1, 2 y 3. Los datos de los participantes clasificados con el Perfil 4 y de los que no presentaron patología alguna, no fueron considerados en los análisis, dado el escaso número de integrantes.

El segundo objetivo planteado fue conocer la relación de los trastornos de personalidad 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 distribuyeron normalmente, se emplearon análisis no paramétricos. Mediante análisis de varianza no paramétricos de Kruskal-Wallis, se compararon los rangos promedio de las puntuaciones obtenidas por los pacientes en los cuestionarios de afrontamiento, dolor, funcionamiento cotidiano y deterioro del funcionamiento cotidiano, en función de la presencia de uno de los tres perfiles de personalidad. Los resultados se muestran en la Tabla 2.

Como se puede observar en la Tabla 2, las únicas diferencias estadísticamente significativas ocurrieron entre los rangos promedio de las variables funcionamiento cotidiano y deterioro del funcionamiento cotidiano. De he-

cho, parece que los participantes que fueron clasificados en el Perfil 2, caracterizados por altas puntuaciones en las escalas compulsiva, narcisista y agresivo-sádica, fueron los que tenían un mayor nivel de funcionamiento diario y un menor grado de deterioro. Por el contrario, los pacientes clasificados con 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. Una vez que se encontraron diferencias significativas globales en los análisis de varianza, se procedió a hacer comparaciones múltiples, utilizando pruebas *U* de Mann-Whitney para comparar los rangos promedio únicamente respecto a las dos variables en las que se encontraron diferencias significativas. Los resultados se presentan en la Tabla 3.

En la Tabla 3 se pueden observar las diferencias significativas en los rangos promedio obtenidos en las variables funcionamiento cotidiano y deterioro del funcionamiento cotidiano. Se encontró que los participantes clasificados con un Perfil 2 de personalidad presentaron el menor grado de deterioro cotidiano y el mayor nivel de funcionamiento diario, en comparación con los participantes clasificados en los Perfiles 1 y 3.

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	Participantes con perfil 1	28.21	.011
	Participantes con perfil 2	40.68	
	Participantes con perfil 1	31.69	.235
	Participantes con perfil 3	25.82	
	Participantes con perfil 2	23.80	.017
	Participantes con perfil 3	15.09	
Deterioro	Participantes con perfil 1	35.88	.044
	Participantes con perfil 2	26.05	
	Participantes con perfil 1	29.60	.775
	Participantes con perfil 3	31.00	
	Participantes con perfil 2	16.80	.045
	Participantes con perfil 3	24.15	

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 distribuyeron normalmente, se llevaron a cabo cinco análisis de regresión múltiple, en los que las variables predictoras siempre fueron las tres subescalas de la inteligencia emocional (atención, claridad y regulación emocional). En cada análisis se incluyó una de las siguientes variables dependientes: estrategias de afrontamiento activas, estrategias de afrontamiento pasivas, el nivel de funcionamiento cotidiano, el grado de deterioro del funcionamiento cotidiano y el índice de dolor. En la Tabla 4 se presentan los resultados de estos análisis. Únicamente se muestran los resultados significativos.

Para conocer la influencia de las estrategias de afrontamiento sobre la adaptación del paciente y cumplir con el cuarto y último objetivo del trabajo, se realizaron tres análisis de regresión múltiple. En este caso, las variables predictoras fueron las estrategias de afrontamiento (activas y pasivas), mientras que en cada uno de los tres análisis, las variables dependientes fueron el nivel de funcionamiento, el grado de deterioro y el índice de do-

lor. En la Tabla 5 se presentan los resultados estadísticamente significativos de los análisis de regresión.

En la Tabla 4 se puede observar que el hecho de obtener una alta puntuación en la subescala de atención emocional se asoció con 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 la Tabla 5 se muestra que el uso de estrategias de afrontamiento activas se asoció 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), ya que en ese estudio se encontró que el 92.4% de los pacientes obtuvo una

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.
Estrategia Activa $R^2 = .48$ $F = 41.36$ $p = .0001$	(Constante)		5.050	.0001
	Atención emocional	-.263	-3.296	.0014
	Regulación emocional	.58	7.280	.0001
Estrategia Pasiva $R^2 = .08$ $F = 41.36$ $p = .0058$	(Constante)		8.757	.0001
	Atención emocional	.288	2.827	.0058
Funcionamiento $R^2 = .11$ $F = 11.50$ $p = .0010$	(Constante)		3.665	.0004
	Regulación emocional	.339	3.391	.0010
Deterioro $R^2 = .16$ $F = 17.11$ $p = .0001$	(Constante)		10.800	.0001
	Regulación emocional	-.403	-4.137	.0001

elevada puntuación en una o más escalas de personalidad básica del MCMI-II, lo cual es indicativo de riesgo de padecer un trastorno de personalidad. Los perfiles clínicos de personalidad que presentaron los participantes en este estudio con mayor frecuencia fueron el Perfil 1, que incluyó personas con altas puntuaciones en las escalas

dependiente, compulsiva y esquizoide; el Perfil 2, que incluyó participantes con elevadas puntuaciones en las escalas compulsiva, narcisista y agresivo-sádica, y el Perfil 3, que incluyó a los participantes que obtuvieron elevadas puntuaciones sólo en la escala compulsiva. Por lo tanto, un 89.1% de la muestra obtuvo altas puntuaciones

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.
Funcionamiento $R^2 = .21$ $F = 23.7$ $p = .0001$	(Constante)		2.865	.0052
	Estrategia Activa	.460	4.870	.0001
Deterioro $R^2 = .14$ $F = 15.38$ $p = .0002$	(Constante)		10.711	.0001
	Estrategia Activa	-.385	-3.992	.0002

en la escala compulsiva. Según Millon (1999), las personas 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 que participaron en este trabajo se caracterizaron 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 reportados por Rodríguez et al. (2003) en un trabajo realizado con una muestra de hiper-frecuentadores 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, tampoco se ha encontrado que la intensidad del dolor sea una variable que discrimine entre personas bien adaptadas a su padecimiento de dolor de los que no lo están. El nivel de actividad diaria, sin embargo, parece ser uno de los principales indicios del estado de salud y de 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). Por ello, los resultados obtenidos permiten concluir que los participantes en el estudio que fueron clasificados con un Perfil 2 de personalidad estaban mejor adaptados a su padecimiento y estaban funcionando a pesar de él.

En cuanto a los resultados obtenidos sobre si la inteligencia emocional predice el tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas que padecen dolor crónico, se encontró que altas puntuaciones en la subescala de atención emocional se asociaron con un menor uso de estrategias de afrontamiento activas y una mayor utilización de estrategias de afrontamiento pasivas. Por otra parte, altas puntuaciones en la subescala de regulación emocional se relacionaron 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. En la literatura existen estudios que sugieren que las personas que son emocionalmente inteligentes afrontan sus problemas con mayor éxito y utilizan en mayor grado estrategias de afrontamiento activas porque tienen claras sus emociones y pueden regularlas efectivamente (Ciarrochi et al., 2002; Rodríguez Parra, Esteve Zarazaga, & López Martínez, 2000; Salovey et al., 1999). En este sentido, tal y como se esperaba, altas puntuaciones en la subescala de regulación emocional predijeron un mejor funcionamiento y un menor deterioro. Esto va en línea con lo encontrado por otros autores, que han relacionado 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).

Si bien las estrategias activas se asociaron con un buen nivel de funcionamiento y un menor deterioro del funcionamiento cotidiano, 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 analizando variables psicológicas implicadas en el proceso de afrontamiento y adaptación al dolor crónico. El conocimiento del efecto de estas variables en el bienestar de los pacientes permitirá a los psicólogos clínicos aumentar 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 influencia de las variables psicológicas, tomando conciencia del efecto que las mismas pueden tener en la adherencia del paciente al tratamiento.

REFERENCIAS

- Bar-On, R. (1997). *Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-I): Technical Manual*. Toronto, Canadá: 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: 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., & McGrae, 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, EU: 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*. Madrid: 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 Morales, J. F., & Sánchez-López, 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 Zarazaga, R., López Martínez, 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 Díaz, N. (2002). Evaluando la inteligencia emocional. En P. F. Berrocal, & N. R. Díaz (Eds.), *Corazones inteligentes*. Barcelona, España: 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 (Dir.), *Failures in behavior therapy*. Nueva York, EU: 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*. Washington, EU: APA.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1996). Personality traits and the coping process. En M. Zeidner, & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of Coping*. Nueva York, EU: 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.
- International Association for the Study of Pain (1986). Classification of chronic pain. *Pain*, *3*, 19-32.
- 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*. Nueva York: Pergamon Press.
- Lázaro, C., Bosh, F., Torrubia, 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 R. Bar-On, & J. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence: Theory, and application at home, school and in the workplace* (pp. 459-489). San Francisco, CA, EU: Jossey-Bass Inc. Publisher.
- Melzack, R. (1975). The McGill pain questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, 1, 277-299.
- Millon, T. (1999). *MCMII-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon. Manual*. (2ª edición revisada). Madrid, España: TEA.
- Millon, T. (1994). Millon index of personality styles. San Antonio: The psychological corporation. Traducción al español (1997). *Inventario Millon de Estilos de Personalidad*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- 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 Zarazaga, R., & López Martínez, 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 Martínez, A. E., & Esteve Zarazaga, R. (2004). Personality characteristics as differential variables of the pain experience. *Journal of Behavioral Medicine*, 27, 147-165.
- Ramírez-Maestre, C., & Valdivia Velasco, 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 Parra, M. J., Esteve Zarazaga, R. M., & López Martínez, 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 y J. D. Mayer (Eds.), *Emotional intelligence in everyday life: A scientific inquiry* (pp. 168-184). Philadelphia, EU: 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). Nueva York, EU: 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, EU: American Psychological Association.
- Sánchez Cánovas, J., & Sánchez López, 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.
- Strack, S. (1999). Millon's normal personality styles and dimensions. *Journal of Personality Assessment*, 72, 426-436.
- 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, EU: 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.

Recibido 01, 02, 06

Aceptación final 07, 09, 07