

Personalidad y afrontamiento en dolor crónico neuropático: un divorcio previsible

José F. Soriano Pastor, Vicente Monsalve Dolz*, Elena Ibáñez Guerra y Patricia Gómez Carretero*
Universidad de Valencia y * Consorcio Hospital General Universitario Valencia

Se aborda la problemática referida a las relaciones existentes entre las dimensiones de personalidad y el empleo de las estrategias de afrontamiento en enfermos con dolor crónico. El modelo teórico más empleado en el ámbito del estrés y su relación con el dolor es el modelo transaccional, considerando que la inclusión de rasgos de personalidad mejoraría las predicciones mediante el afrontamiento en el proceso del estrés. Siguiendo el modelo de los cinco grandes se establecen las relaciones existentes entre las dimensiones de personalidad y las estrategias de afrontamiento en enfermos con dolor crónico de tipo neuropático. Los resultados arrojan relaciones débiles entre dichas dimensiones y el afrontamiento. Se obtiene un perfil de personalidad vulnerable en enfermos con dolor crónico neuropático consistente en alto neuroticismo, baja extraversión, apertura y responsabilidad y moderada amabilidad.

Personality and coping in neuropathic chronic pain: A predictable divorce. We approach the problem about relationships between personality dimensions and the use of coping strategies in chronic pain patients. The most frequently used theoretical model in the area of stress and its relation to pain is the transactional model, taking into account that the incorporation of personality traits improves predictions via coping in the stress process. Following the Big Five model, the relationships between personality and coping strategies in patients with chronic neuropathic pain were established. The results showed slight relationships between the Big-Five dimensions and coping. A vulnerable personality profile in patients with chronic neuropathic pain was obtained, consisting of high neuroticism, low extraversion, openness to experience and responsibility, and moderate agreeableness.

Desde la década de los 70 la teoría más empleada para el estudio del estrés ha sido la derivada del modelo transaccional propuesto por Lazarus y sus colaboradores (Lazarus, 1966; Lazarus y Folkman, 1984). Siguiendo este modelo, el dolor crónico actúa como un estresor en el que el enfermo tiene que poner en práctica continuos esfuerzos de afrontamiento que dependen tanto de procesos de valoración previos como de características del individuo y de la situación. Sin embargo, desde dicho modelo transaccional, cuando se consideran las características del individuo que resultan relevantes únicamente se hace referencia a conceptos que puedan suponer una estabilidad media, tales como metas, creencias o compromisos, entendidos como los máximos responsables de las valoraciones primaria y secundaria. El motivo de utilizar solo este conjunto de variables y no emplear las dimensiones más estables basadas en el rasgo fue que éstas eran consideradas demasiado estáticas, globales, reduccionistas y con escasos referentes situacionales, resultando poco útiles para comprender la complejidad del proceso del estrés (Lazarus, 1990; Lazarus y Folkman, 1984).

Sin embargo, diversos autores (Ben, Porath y Tellegen, 1990; Costa y McCrae, 1990) consideraron que la inclusión de rasgos

de personalidad mejoraría las predicciones tanto en la valoración como en el afrontamiento en el proceso del estrés, adquiriendo mayor respaldo en el caso de la psicología de la salud, donde se plantea que los estilos de vida influyen en el afrontamiento de los individuos (Ibáñez, 1990) y donde los efectos del estrés debidos a la cronicidad y a las situaciones reincidentes se acaban reflejando en la salud de los mismos (Gottlieb, 1997). En este sentido, Suls, Davis y Harvey (1996) indican que ha habido un desarrollo del concepto de estrés en tres fases, de manera que en la actualidad nos encontramos en la tercera generación, en la que se otorga importancia a los macrofactores de personalidad.

En la actualidad existe un cierto consenso sobre la existencia de cinco grandes factores de la personalidad (Costa y McCrae, 1998): Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad. En este modelo, el neuroticismo se ha definido como un factor de vulnerabilidad en diferentes niveles (Affleck, Tennen, Urrows y Higgins, 1992; Asghari y Nicholas, 1999; Ramírez, Esteve y López, 2001). La extraversión supone actividad, pero también labilidad emocional (Wade y Price, 2000) planteándose que puede ejercer un papel de atenuación sobre la influencia del neuroticismo en períodos prolongados de dolor crónico (Russo, Katon, Lin, Von Korff, Bush, Simon y Walter, 1997). Puntuaciones altas en apertura suponen implicarse en nuevas estrategias de solución de problemas, pero también pueden sugerir fragilidad en las delimitaciones del ego (Wade y Price, 2000). No aparecen relaciones entre amabilidad y afrontamiento en enfermos cardíacos (Bosworth, Feaganes, Vitaliano, Mark y Siegler, 2001) y tampoco en enfermos

con alto y bajo dolor, al igual que sucede con la responsabilidad (López y Calero, 2008), sin embargo, ésta parece suponer un factor de autorregulación del afecto negativo (Ode y Robinson, 2007). Por su parte, la responsabilidad supone mayor implicación en estrategias centradas en el problema (Brebner, 2001), así como el uso de estrategias más saludables (Korotkov, 2008).

En el caso del dolor crónico existen pocos trabajos que relacionen los rasgos de personalidad y los procesos de afrontamiento (véase el amplio trabajo de Connor-Smith y Flachsbart, 2007), apareciendo resultados contradictorios, especialmente con la extraversión, en donde pueden encontrarse asociaciones tanto con estrategias centradas en el problema como con la emoción (Uehara, Sakado, Sakado, Sato y Soomeya, 1999). Incluso se cuestiona la importancia de las dimensiones de personalidad en el afrontamiento, basándose en estudios donde se obtienen relaciones bajas entre dichas dimensiones (Brebner, 2001; Bosworth et al., 2001), permaneciendo controvertidas dichas relaciones (Newth y DeLongis, 2004).

El objetivo de este trabajo es establecer las relaciones existentes entre las dimensiones de personalidad y el empleo de las estrategias de afrontamiento en enfermos con dolor crónico. Siguiendo los planteamientos del modelo transaccional y atendiendo a todo lo expuesto, se espera encontrar relaciones débiles entre las dimensiones de personalidad y el uso de las estrategias de afrontamiento. Además, dado que los trabajos al respecto tienden a abordar resultados desde una perspectiva bivariada, se plantea la alternativa de abordar las dimensiones de personalidad como perfiles, es decir, buscando la combinación de las cinco dimensiones que pueda resultar más adaptativa en este tipo de enfermos.

Método

Participantes

En el estudio participaron 152 sujetos diagnosticados de dolor crónico de tipo neuropático (Neuropatía periférica) que acudían por primera vez a la Unidad Multidisciplinar del Tratamiento del Dolor (UMTD) del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, siendo el 46,1% (n= 70) varones, con una media de edad de 50,4 años (d.t.: 11,6). El 54,6% (n= 83) poseía estudios primarios, el 25% (n= 38) estudios secundarios y el 7,9% (n= 12) estudios universitarios. El 89,5% (n= 136) vivía en compañía de alguien, encontrándose en situación laboral activa el 14,5% (n= 22), el 10,5% (n= 16) eran amas de casa y el resto se encontraban en situación de inactividad laboral. Todos los participantes eran de raza blanca.

Se siguieron los siguientes criterios de inclusión: pacientes que acuden por primera vez para tratamiento del dolor crónico, dolor crónico de más de tres meses de evolución, mayores de 18 años, capacidad para responder a los cuestionarios, no padecer ningún cuadro psiquiátrico mayor y aceptación para participar en el estudio (firma del consentimiento informado).

El diagnóstico del dolor crónico fue establecido por el equipo médico de la UMTD, siguiendo los criterios de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, 1994), mediante entrevista clínica y revisión de pruebas diagnósticas correspondientes.

Instrumentos

EVA. Se evaluó la intensidad del dolor percibida mediante la Escala Analógica Visual (Huskisson, 1983), solicitando a los sujetos que evaluaran su intensidad del dolor habitual marcándola en

una línea de 10 cm, delimitada por dos puntos, uno inicial (0) de no dolor, y uno final (10) de dolor máximo, midiendo la longitud desde el punto inicial al punto señalado.

Índice de Lattinen (IL). Aunque de origen confuso (Vas, Perea-Milla, Méndez, Martín y Pons, 2005) es un instrumento utilizado en el área de la anestesiología consistente en cinco ítems que abordan sintomatología característica del paciente con dolor crónico. Estas dimensiones son: intensidad del dolor, nivel de actividad, frecuencia del dolor, utilización de analgésicos y calidad de sueño nocturno. También puede obtenerse una puntuación total (suma de todas las dimensiones anteriores, la cual no se ha empleado debido a su baja fiabilidad). Hay un sexto ítem que evalúa las horas de sueño, que no computa en el total y se contempla como un elemento separado. La puntuación de cada ítem se realiza en una escala de 4 puntos que va de menor a mayor gravedad o distorsión. El Índice de Lattinen ha mostrado relaciones con la calidad de vida del paciente con dolor crónico (Monsalve, Soriano y De Andrés, 2006).

Cuestionario de Personalidad NEO-FFI (Costa y Mcrae, 1998; Costa y McRae, 2002). Este inventario es una versión reducida con 60 elementos de la forma S del NEO PI-R que ofrece una medida rápida y general de los cinco factores de la personalidad. Consta de cinco escalas de 12 elementos cada una. Se responde en una escala Likert de cinco puntos y permite la evaluación de cinco factores principales: Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad.

Cuestionario de Afrontamiento al dolor CAD-R (Soriano y Monsalve, 2004). Es un instrumento de medida de estrategias de afrontamiento para pacientes con dolor crónico. Está compuesto por 24 ítems agrupados en 6 escalas: Autoafirmación (darse ánimos sin rendirse), Búsqueda de información (empleo de la información para controlar el dolor), Religión (empleo de la religión para conseguir estabilidad y consuelo), Distracción (no prestar atención al dolor), Catarsis (búsqueda de apoyo emocional) y Autocontrol mental (esfuerzos mentales por controlar el dolor). Se contesta en una escala Likert de cinco puntos («en absoluto» a «totalmente»). También recoge dos factores de segundo orden, que son afrontamiento activo (combinación de las estrategias de autoafirmación, búsqueda de información, distracción y autocontrol) y afrontamiento pasivo (combinación de estrategias de religión y catarsis).

Análisis de datos

Se obtienen correlaciones (Pearson) para establecer las relaciones entre personalidad y estrategias de afrontamiento. Mediante análisis cluster (k-medias), se separa la muestra en dos grupos en función de las cinco dimensiones de personalidad pasando a obtener las diferencias entre ambos (t Student) en dolor, sintomatología y estrategias de afrontamiento. Por último, se realiza un análisis de regresión múltiple (por pasos), empleando como criterio cada una de las estrategias de afrontamiento y como grupo predictor las cinco dimensiones de personalidad.

Resultados

Correlaciones

No aparecen correlaciones significativas entre la edad y las cinco dimensiones de personalidad. El nivel cultural se relaciona con la dimensión de extraversión ($r = .17, p = .05$) y con la de apertura ($r = .33, p = .01$).

Tabla 1
Media (d.t.), alfa de Cronbach y correlaciones (Pearson) entre personalidad, afrontamiento y sintomatología

	M (d.t.)	α	Neurot.	Extrav.	Apertura	Amabil.	Respons.
Neuroticismo	28,09 (10,84)	,87					
Extraversión	25,65 (10,79)	,87	-,56**				
Apertura	24,11 (8,43)	,76	-,15	,38**			
Amabilidad	35,67 (7,10)	,72	-,15	,13	-,01		
Responsabilidad	35,68 (7,00)	,75	-,40**	,35**	,19*	,24**	
Intensidad dolor	3,13 (,58)		,14	-,15	,11	-,01	,06
Nivel actividad	2,16 (,74)		,18*	-,09	-,05	,00	-,09
Frecuencia dolor	3,78 (,58)		,05	-,05	,04	,09	,04
Analgésicos	2,04 (,39)		,20*	-,154	-,04	-,05	-,08
Calidad sueño	2,86 (1,33)		,23**	-,18*	-,02	,12	-,00
Horas sueño	6,11 (1,82)		-,20*	,12	,05	,09	-,00
EVA	8,19 (1,31)		,18*	-,19*	-,00	,02	-,05
Distracción	10,67 (3,74)	,63	-,04	,17*	,43**	,14	,13
Búsqueda de información	11,32 (4,13)	,85	,07	-,03	,11	-,04	,13
Religión	9,70 (5,59)	,94	,23**	-,11	-,09	,28**	,06
Catarsis	11,01 (3,72)	,82	,10	,03	,01	,05	,04
Autocontrol mental	9,91 (5,10)	,91	,16*	-,05	,16*	-,21**	,08
Autoafirmación	15,56 (3,72)	,85	-,20*	,28**	,42**	,09	,34**
Estrategias pasivas	10,36 (3,71)	,84	,22**	-,06	-,06	,24**	,07
Estrategias activas	11,86 (2,67)	,82	,01	,11	,42**	-,04	,26**

** p<0,01 (bilateral)
* p<0,05 (bilateral)

Análisis cluster

Con la finalidad de establecer si los individuos que se caracterizan por diferentes perfiles de personalidad difieren en las estrategias de afrontamiento y sintomatología presentada (dolor crónico), la muestra se ha dividido en dos grupos empleando las cinco dimensiones del NEO-FFI mediante la aplicación de análisis cluster. El método empleado es el de K-Medias seleccionando dos grupos o clusters. Se establecieron las diferencias de medias existentes entre ambos grupos de individuos en el resto de variables de afrontamiento y de sintomatología, para lo cual se empleó la prueba de contraste «t de Student».

Tabla 2 Análisis cluster. Medias de conglomerados finales. Anova				
	Conglomerado 1	Conglomerado 2	F	p
Neuroticismo	35,99	20,40	161,966	,000
Extraversión	17,61	33,48	178,483	,000
Apertura	21,48	26,69	15,922	,000
Amabilidad	34,19	37,13	6,761	,010
Responsabilidad	32,48	38,81	38,706	,000
N	75	77		

Los sujetos incluidos en el conglomerado 1 presentan una puntuación más alta en la dimensión de neuroticismo, más baja en extraversión, más baja en apertura, más baja en amabilidad y más baja en responsabilidad que los sujetos incluidos en el conglomerado 2. Para establecer correctamente los grupos se procedió a la interpretación de los resultados mediante el manual en español del cuestionario NEO-FFI (Costa y McCrae, 2002). El grupo del conglomerado 1 puntúa en el centil 99 de neuroticismo, centil 1 de extraversión, centil 10 de apertura, centil 55 de amabilidad y en el centil 22 de responsabilidad. Por su parte, el grupo del conglomerado 2 puntúa en el centil 75 de neuroticismo, centil 50 de extraversión, centil 35 de apertura, centil 75 de amabilidad y en el centil 70 de responsabilidad. Siguiendo los resultados obtenidos por Campbell-Sills, Cohan y Stein (2006) denominaremos a partir de ahora al grupo 1 como «no resilientes» y al grupo 2 «resilientes».

Diferencias entre grupos

Se ha procedido a comprobar la existencia de diferencias entre los conglomerados 1 y 2 (no resilientes vs resilientes) en EVA, sintomatología (Lattinen) y en las estrategias de afrontamiento (CAD-R). Los resultados indican que el grupo no resiliente presenta mayor sintomatología en la toma de analgésicos ($m=2,12$) frente al resiliente ($m=1,96$; $t=2,513$; $p=0,013$), en calidad de sueño ($m=3,15$) frente al resiliente ($m=2,57$; $t=2,713$; $p=0,007$) y duermen menos horas de sueño ($m=5,77$) frente al resiliente ($m=6,45$; $t=-2,713$; $p=0,021$). También emplean en menor grado la

estrategia de afrontamiento de autoafirmación ($m=14,4$) frente al resiliente ($m=16,7$; $t=-3,990$; $p=0,000$). No aparecen diferencias en variables sociodemográficas (edad y nivel cultural).

Análisis de regresión

Con el objetivo de establecer en qué medida las dimensiones de personalidad pueden explicar el uso de las estrategias de afrontamiento, se ha realizado un análisis de regresión para cada una de las ocho estrategias de afrontamiento, empleando como variables predictoras las cinco dimensiones de personalidad. En todos los análisis se ha empleado el método por pasos (stepwise) de selección de variables ($F_{\text{entrada}} \leq 0,5$ y $F_{\text{salida}} \geq 0,1$). En todos los resultados el valor de Durbin-Watson se encontraba dentro del rango recomendado (1,5-2,5), el factor de inflación de la varianza (FIV) era inferior a 10 y la tolerancia mayor que 0,10 para poder considerar la no colinealidad de las variables independientes.

Es de destacar que de las ocho regresiones realizadas (una para cada estrategia de afrontamiento), las estrategias de búsqueda de información y de catarsis no han obtenido ninguna variable incluida en la ecuación debido a los criterios impuestos de selección de variables.

La estrategia de distracción se explica aproximadamente sobre el 20% (R^2 ajustada = ,198) a partir de las dimensiones de apertura ($\beta = ,193$, $p = ,001$) y amabilidad ($\beta = ,178$, $p = ,05$). La estrategia de religión (R^2 ajustada = ,146) a partir de la amabilidad ($\beta = ,254$, $p = ,001$) y neuroticismo ($\beta = ,147$, $p = ,001$); el autocontrol mental (R^2

ajustada = ,102) a partir de apertura ($\beta = ,097$, $p = ,05$), neuroticismo ($\beta = ,106$, $p = ,01$), responsabilidad ($\beta = ,136$, $p = ,05$) y baja amabilidad ($\beta = -,162$, $p = ,01$); la estrategia de autoafirmación (R^2 ajustada = ,239) a partir de apertura ($\beta = ,163$, $p = ,001$) y responsabilidad ($\beta = ,145$, $p = ,001$); las estrategias pasivas (R^2 ajustada = ,117) a partir de amabilidad ($\beta = ,147$, $p = ,001$) y neuroticismo ($\beta = ,093$, $p = ,01$) y, finalmente, las estrategias activas (R^2 ajustada = ,216) se explican a partir de apertura ($\beta = ,128$, $p = ,001$), responsabilidad ($\beta = ,092$, $p = ,01$) y neuroticismo ($\beta = ,043$, $p = ,05$).

Discusión y conclusiones

Parece que nos encontramos en la denominada «tercera generación» en el estudio de la convergencia de la personalidad y el afrontamiento (Suls et al., 1996), en donde se destaca especialmente la importancia de los denominados macrofactores de personalidad en el empleo de dichas estrategias. Al inicio de este trabajo se indicaba que si pretendemos seguir con rigurosidad el modelo de estrés propuesto por Lazarus y Folkman (1984) los rasgos no están considerados buenos predictores, aportando una proporción escasa de la varianza explicada en las medidas criterio, en nuestro caso las estrategias de afrontamiento, que correspondería con la denominada por Sulz y colaboradores (1996) «segunda generación» del afrontamiento.

Desde un punto de vista bivariado, correlacional, los resultados obtenidos en este trabajo parecen, como mínimo, hacernos reflexionar en la repercusión que puedan tener las dimensiones de personalidad sobre el empleo de las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad. Al respecto, y como resultaba esperable, la dimensión de neuroticismo caracterizada por una tendencia hacia las emociones negativas, así como al pensamiento rumiativo y baja autoestima se relaciona, aunque débilmente, con limitaciones en el nivel de actividad (ayudas frecuentes) y con la toma de analgésicos, peor calidad de sueño y sintomatología total, aspectos coincidentes en gran medida con trabajos previos (Ramírez et al., 2001; Wade y Price, 2000). Todo ello supone considerar esta dimensión como una predisposición hacia la sintomatología desadaptativa en el dolor crónico. Algunos trabajos llegan a considerar que los individuos altos en neuroticismo pueden encontrarse distresados e insatisfechos debido al empleo que hacen de estrategias pasivas y desadaptativas, llegando a plantear que es la propia dimensión de neuroticismo, más que el afrontamiento desadaptativo, el agente responsable del desarrollo del estrés y la insatisfacción (Watson y Hubbard, 1996). En relación al uso de estrategias de afrontamiento aparece una relación con la religión, autocontrol mental, estrategias pasivas y baja autoafirmación, siendo esta última la estrategia más adaptativa en otros estudios realizados (Monsalve et al., 2006; Soriano y Monsalve, 2002;), lo cual apoya los estudios que relacionan el neuroticismo con el uso de estrategias desadaptativas (Afflec et al., 1992), pero recalando su baja contribución al explicar el empleo de las estrategias de afrontamiento (Newth y DeLongis, 2004).

En el estudio del dolor diversos trabajos consideran que la dimensión de extraversión obtiene relaciones más débiles que el neuroticismo (Wade et al., 1992), indicando que los individuos extravertidos manifiestan en mayor grado su sufrimiento de lo que lo hacen los introvertidos (Harkins, Price y Braith, 1989). Nuestros resultados indican que la dimensión de extraversión únicamente se relaciona con mejor calidad de sueño, siendo consistente con la debilidad de las relaciones. Es de destacar su relación positiva

Tabla 3
Análisis regresión: afrontamiento y personalidad

	Beta	p	R ² corregida
1. Distracción			,19
Apertura	,19	,000	
Amabilidad	,17	,045	
2. Búsqueda inform.			–
3. Religión			,14
Amabilidad	,25	,000	
Neuroticismo	,14	,000	
4. Catarsis			–
5. Autocontrol mental			,10
Amabilidad	-,16	,005	
Apertura	,09	,045	
Neuroticismo	,10	,009	
Responsabilidad	,13	,033	
6. Autoafirmación			,23
Apertura	,16	,000	
Responsabilidad	,14	,000	
7. Est. pasivas			,18
Amabilidad	,14	,000	
Neuroticismo	,09	,001	
8. Est. activas			,22
Apertura	,12	,000	
Responsabilidad	,09	,003	
Neuroticismo	,04	,027	

con distracción y autoafirmación, actuando inversamente a como lo hace el neuroticismo. Brebner (2001) identifica relaciones entre extraversión y la estrategia de evitación, mientras que Phillips y Gatchel (2000) consideran que dichas relaciones pueden explicarse a partir de los diversos subfactores que configuran la extraversión, tales como la inhibición reactiva al dolor, apoyo social, expresión de los sentimientos y la mayor actividad social. Otros estudios obtienen resultados contradictorios, donde la extraversión se relaciona tanto con estrategias centradas en el problema como con estrategias centradas en la emoción, tales como evitación (Uehara et al., 1999) o con aquellos donde no hay relación con ningún tipo de estrategia de afrontamiento aunque sí con menor estrés percibido (Penley y Tomaka, 2002).

La dimensión de apertura es una de las cinco dimensiones básicas de personalidad más problemáticas; caracterizada por búsqueda de nueva información y soluciones alternativas, se relaciona con el nivel cultural, lo cual apoya la interpretación de este factor por parte de algunos autores como «intelecto» (Goldberg, 1990). Las estrategias de afrontamiento relacionadas con la dimensión de apertura son distracción, autocontrol mental, autoafirmación y estrategias activas. La distracción y la autoafirmación son estrategias que han demostrado resultar más adaptativas en dolor crónico (Soriano y Monsalve, 2005), constituyendo parte de las denominadas estrategias activas. Brebner (2001) obtiene relaciones entre apertura y evitación, la cual está relacionada con la estrategia de distracción.

La dimensión de amabilidad parece ser la más pobre de todas tanto en nuestros resultados como en los obtenidos por otros autores (Brebner, 2001). La amabilidad se relaciona con el empleo de la religión, bajo autocontrol mental y estrategias pasivas. Se caracteriza por el componente de relación social y de expresión emocional, siendo la franqueza una de sus principales características.

La responsabilidad se relaciona con autoafirmación y con estrategias activas, lo que resulta congruente con otros trabajos (Brebner, 2001; O' Cleirigh e Ironson, 2007). Probablemente esto refleja la influencia de la autodisciplina de estas personas, obligándose a no desfallecer ante la adversidad. Las dos dimensiones que más se relacionan con la autoafirmación son las de apertura y de responsabilidad, aspectos poco abordados a excepción de algunos estudios (Penley y Tomaka, 2002), en donde aparecen resultados semejantes a los aquí obtenidos con muestra no clínica.

Desde una perspectiva multivariada, cuando tomamos los perfiles de personalidad agrupando a los individuos por semejanza en los cinco factores aparece un grupo (denominado no resiliente) caracterizado por alto neuroticismo, alta introversión, baja apertura, moderada amabilidad y baja responsabilidad, que obtiene mayor sintomatología (mayor toma de analgésicos, peor calidad de sueño, mayor puntuación total en Lattinen, menos horas de sueño, así como menor empleo de la estrategia de autoafirmación). Estos resultados son consistentes con lo anteriormente expuesto, de manera que el neuroticismo, baja extraversión, baja apertura y baja responsabilidad actúan como factores de riesgo. Hay que destacar que la significación en la clasificación de la amabilidad es menor. El grupo resiliente puntúa moderadamente alto en neuroticismo, moderado en extraversión, moderadamente bajo en apertura y moderadamente alto en amabilidad y responsabilidad. No se trata de un grupo extremo respecto al anterior, sin embargo, dichas diferencias resultan suficientes como para que este segundo grupo presente re-

sultados mucho más adaptativos frente al dolor crónico. Siguiendo los planteamientos de Campbell-Sills (2006), nos encontraríamos ante el mismo tipo de relaciones existentes entre personalidad y resiliencia. Otros estudios plantean la interacción existente entre extraversión y neuroticismo, de manera que la extraversión puede servir para atenuar la influencia del neuroticismo en el procesamiento del dolor crónico (Harkins et al., 1989), aspecto que podría suceder en los dos grupos obtenidos, en el primero favoreciéndolo y en el segundo interactuando para limitarlo.

Por último, atendiendo al análisis de regresión, la mayor proporción de varianza explicada es la obtenida en la autoafirmación, llegando a explicarse a partir de la selección de las cinco dimensiones de personalidad un 24% de la misma, siendo incluidas en la ecuación la apertura y la responsabilidad. La extraversión no aparece en ninguna de las regresiones obtenidas, siendo la explicación plausible las relaciones ambiguas y contrapuestas obtenidas en otros trabajos anteriormente relacionados. La amabilidad, que en menor grado se ha relacionado individualmente con sintomatología y con estrategias de afrontamiento, aquí resulta un importante predictor de las mismas. La posible explicación podría encontrarse en la independencia del resto de dimensiones. Las cuatro dimensiones aparecen como predictores en las estrategias de distracción, religión, autocontrol mental, autoafirmación, estrategias activas y pasivas aunque de forma desigual. Sin embargo, resulta extraño que las estrategias de búsqueda de información y de catarsis no obtengan ningún predictor. Estas suponen la división tradicional de la búsqueda de apoyo social en sus dos facetas más importantes: la centrada en el problema (búsqueda de información) y la centrada en la emoción (catarsis). Sería de esperar que la amabilidad y la extraversión pudieran contribuir a su explicación. Por otra parte, los resultados son consistentes con estudios de Psicología de la Salud, que consideran débiles las relaciones entre personalidad con solución de problemas y búsqueda de apoyo social (Bosworth et al., 2001).

En resumen, las varianzas explicadas, aunque significativas, resultan escasas. Ello apunta a la concepción tradicional del modelo transaccional, en donde los rasgos no se consideran buenos predictores de los procesos mediadores (Lazarus y Folkman, 1984), lo cual no implica que deban rechazarse, sino que quedan aspectos por explicar entre el rasgo y el afrontamiento («segunda generación» de Suls et al., 1996). Probablemente el hecho de combinarlos buscando un perfil del enfermo con dolor crónico pueda resultar más útil, sabiendo que el alto neuroticismo, baja extraversión, apertura, responsabilidad y moderada amabilidad, pueden configurar un patrón de vulnerabilidad, todo lo cual apunta a la necesidad de desarrollo de la denominada «tercera generación del afrontamiento y la personalidad» del grupo de J. Suls (1996).

La interpretación de nuestros datos, en cualquier caso, debe ceñirse a la muestra estudiada (dolor neuropático), tipo de dolor con una mayor incidencia en el ámbito del tratamiento en Unidades Especializadas en la actualidad, por lo que son necesarios otros estudios, resultando posible que con dolor somático puedan aparecer algunas relaciones diferentes.

Agradecimientos

Parte de este trabajo ha sido subvencionado por el Ministerio de Educación y Ciencia (SEJ2007-61288/PSIC).

Referencias

- Affleck, G., Tennen, H., Urrows, S., e 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., y Nicholas, M. (1999). Personality and adjustment to chronic pain. *Pain Review*, *6*, 85-97.
- Ben-Porath, Y., y Tellegen, A. (1990). A place for traits in stress research. *Psychology Inquiry*, *1*, 14-17.
- Brebner, J. (2001). Personality and stress coping. *Personality and Individual Differences*, *21*, 317-327.
- Bosworth, H., Feaganes, J., Vitaliano, P., Mark, D., y Siegler, C. (2001). Personality and coping with a common stressor: Cardiac catheterization. *Journal of Behavioral Medicine*, *24*, 17-31.
- Campbell-Sills, L., Cohan, S., y Stein, M. (2006). Relationship of resilience to personality, coping and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 585-599.
- Connor-Smith, J., y Flachsbart, C. (2007). Relations between personality and coping: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, *93*, 1080-1107.
- Costa, P., y McCrae, R. (1990). Personality: Another «hidden factor» in stress research. *Psychology Inquiry*, *1*, 22-24.
- Costa, P., y McCrae, R. (1998). Trait theories of personality. En D. Barone, T. Hersen y V. Van Hasselt (Eds.): *Advances in Personality* (pp. 103-121). New York: Plenum Press.
- Costa, P., y McCrae, R. (2002). *NEO PI-R, Inventario de Personalidad NEO Revisado y NEO-FFI, Inventario NEO reducido de Cinco Factores*. Madrid: TEA Ediciones.
- Goldberg, L. (1990). An alternative description of personality: The big-five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, *59*, 1216-1229.
- Gottlieb, B. (1997). *Coping with chronic stress*. New York: Plenum Press.
- Harkins, S., Price, D., y Braith, J. (1989). Effects of extroversion and neuroticism on experimental pain, clinical pain and illness behaviour. *Pain*, *36*, 209-218.
- Huskisson, E. (1983): Visual Analogue scales. En Melzack, R. (Ed.): *Pain Measurement and Assessment* (pp. 33-40). New York: Raven Press.
- Ibáñez, E. (1990). Estilos de vida y enfermedad. Historia y vicisitudes de un concepto. En Ibáñez, E. (Ed.): *Psicología de la salud y estilos de vida* (pp. 11-20). Valencia, Promolibro.
- International Association for Study of Pain (1994). *Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms* (2ª ed.). Seattle: IASP Press.
- Korotkov, D. (2008). Does personality moderate the relationship between stress and health behaviour? Expanding the nomological network of the five-factor model. *Journal of Research in Personality*, *42*, 1418-1426.
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. (1990). Theory-based stress measurement: response. *Psychological Inquiry*, *1*, 41-51.
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- López-Pérez-Díaz, A., y Calero-García, M. (2008). Sensibilidad al dolor, autorregulación, afrontamiento y personalidad en mujeres adultas sanas. *Psicothema*, *20*, 420-426.
- Monsalve, V., Soriano, J., y De Andrés, J. (2006). Utilidad del Índice de Latinen (IL) en la evaluación del dolor crónico: relaciones con afrontamiento y calidad de vida. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, *13*, 216-229.
- Newth, S., y DeLongis, A. (2004). Individual differences, mood and coping with chronic pain in rheumatoid arthritis: A daily process analysis. *Psychology and Health*, *19*, 283-305.
- O'Clearigh, C., e Ironson, G. (2007). Conscientiousness predicts disease progression (CD4 number and viral load) in people living with HIV. *Health Psychology*, *26*, 473-480.
- Ode, S., y Robinson, M. (2007). Agreeableness and the self-regulation of negative affect: Findings involving the neuroticism/somatic distress relationship. *Personality and Individual Differences*, *43*, 2137-2148.
- Penley, J., y Tomaka, J. (2002). Associations among the big five, emotional responses and coping with acute stress. *Personality and Individual Differences*, *32*, 1215-1228.
- Phillips, J., y Gatchel, R. (2000). Extraversion-Introversion and chronic pain. En R. Gatchel y J. Weisberg (Eds.): *Personality characteristics of patients with pain*. Washington. American Psychological Association.
- Ramírez, C., Esteve, R., y López, A. (2001). Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Anales de Psicología*, *17*, 129-137.
- Russo, J., Katon, W., Lin, E., Von Korff, S., Bush, D., Simon, T., y Walker, E. (1997). Neuroticismo and extraversion as predictors of health outcomes in depressed primary care patients. *Psychosomatics*, *38*, 339-348.
- Soriano, J., y Monsalve, V. (2002). CAD: Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, *9*, 13-22.
- Soriano, J., y Monsalve, V. (2004). Validación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R). *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, *11*, 407-414.
- Soriano, J., y Monsalve, V. (2005). El afrontamiento del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, *84*, 91-107.
- Suls, J., David, J., y Harvey, J. (1996). Personality and coping: Three generations of research. *Journal of Personality*, *64*, 711-735.
- Uehara, T., Sakado, K., Sakado, M., Sato, T., y Soomeya, T. (1999). Relationship between stress coping and personality in patients with major depressive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *68*, 26-30.
- Vas, J., Perea, E., Méndez, C., Martín, M., y Pons, J. (2005). Una búsqueda bibliográfica fallida; ¿qué faltó por buscar? El caso del test de Lattinen. *Atención Primaria*, *36*, 168-169.
- Wade, J., y Price, D. (2000). Nonpathological factors in chronic pain: Implications for assessment and treatment. En R. Gatchel y J. Weisberg (Eds.): *Personality characteristics of patients with pain*. Washington, British Library.
- Watson, D., y Hubbard, B. (1996). Adaptational style and dispositional structure: Coping in the context of the Five-Factor Model. *Journal of Personality*, *64*, 737-774.