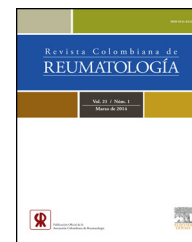




Revista Colombiana de REUMATOLOGÍA

www.elsevier.es/rcreuma



Investigación original

La relación entre el dolor percibido y los estilos de personalidad en pacientes reumáticos[☆]



María José Sánchez Elena^{a,*}, José Manuel García Montes^a,
Matías Valverde Romera^b y Marino Pérez Álvarez^c

^a Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Universidad de Almería, Almería, España

^b Área de Enfermería, Fisioterapia y Medicina, Universidad de Almería, Almería, España

^c Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Universidad de Oviedo, Oviedo, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 18 de enero de 2015

Aceptado el 24 de octubre de 2015

On-line el 26 de noviembre de 2015

Palabras clave:

Dolor

Personalidad

Enfermedades reumáticas

R E S U M E N

Objetivo: Este estudio investiga la relación entre el dolor que experimentan personas con enfermedades reumáticas y su personalidad. La hipótesis propuesta apunta a que los estilos más desadaptativos de la personalidad normal se relacionarán con el nivel de dolor.

Material y método: Para ello se ha aplicado el inventario de personalidad normal MIPS (Millon, 2001) y la Escala Visual Analógica, siguiendo una metodología transversal que incluye a 105 personas en 3 grupos, 2 de ellos formados por personas con enfermedades reumáticas (artritis reumatoide y espondilitis anquilosante) más un grupo control.

Resultados: Según los datos hallados, las dimensiones de personalidad que predicen el dolor varían en cada grupo. Así, para los afectados de artritis las escalas cognitivas *extraversión* y *pensamiento* son las que mejor predicen el dolor, mientras que para el grupo de espondilitis ha sido un índice de control: *impresión negativa*. En cambio, para el grupo control no se han encontrado resultados significativos.

Conclusiones: Los resultados vienen a apoyar la influencia de los estilos de personalidad a la hora de manejar el dolor de pacientes reumáticos y apuntan hacia posibles líneas de intervención psicológicas, basadas en la implicación de los pacientes, especialmente los diagnosticados de artritis reumatoide, en actividades personalmente relevantes, disminuyendo la reflexividad excesiva y la atención prestada al propio dolor.

© 2015 Asociación Colombiana de Reumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U.
Todos los derechos reservados.

[☆] El artículo se ha extraído de la investigación realizada para la Tesis Doctoral de María José Sánchez Elena.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mjselena@gmail.com (M.J. Sánchez Elena).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcreu.2015.10.002>

0121-8123/© 2015 Asociación Colombiana de Reumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

The relationship between perceived pain and personality styles in rheumatic patients

A B S T R A C T

Keywords:
Pain
Personality
Rheumatic diseases

Aim: This study examines the relationship between perceived pain and personality styles in individuals with rheumatic diseases. Our hypothesis suggests that maladaptive styles of normal personality will be related to the level of pain.

Material and method: To verify this hypothesis, a cross-sectional study was performed using the Millon Index of Personality Styles (MIPS, 2001) and the Visual Analogue Scale on a sample of 105 participants grouped into rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, and control groups.

Results: The data show that the dimensions of personality related with pain vary depending on the groups. Thus the cognitive scales *extraversion* and *thought* predict perceived pain in the arthritis group, the control index *negative impression* is predictive in the spondylitis group, whereas the control group has no significant results.

Conclusions: These results support the personality styles influence when managing pain in rheumatic patients, especially in those with rheumatoid arthritis. Thus, the data suggests that a cluster of psychological interventions based on patient involvement in personally relevant activities could diminish the rumination and attention paid to their own pain.

© 2015 Asociación Colombiana de Reumatología. Published by Elsevier España, S.L.U.

All rights reserved.

Introducción

El dolor es la queja más frecuentemente referida por las personas que padecen enfermedades reumáticas del grupo de las artritis inflamatorias, como la artritis reumatoide y la espondilitis anquilosante¹. Ambas son enfermedades sistémicas y crónicas de origen desconocido que afectan principalmente las articulaciones. Sus principales síntomas son el dolor y la limitación funcional; por tanto, su tratamiento médico tiene un doble objetivo: por una parte se centra en el corto plazo intentando controlar estos síntomas y, por otra, busca frenar el avance de la enfermedad a medio y largo plazos. Asimismo, es frecuente que las personas que padecen dolor moderado y severo presenten comorbilidades como problemas del sueño y ansiedad². Pero lejos de circunscribirse en los ámbitos personal y familiar, el dolor también incide en el ámbito público debido a los sobrecostos médicos que conlleva su tratamiento, a la comorbilidad y a las pérdidas laborales^{2,3}. Así, el tratamiento específico y personalizado forma parte inseparable de la intervención general de las enfermedades descritas, pero aun con todo, no siempre se consigue establecer la terapia que logre eliminar el dolor totalmente⁴. Para ello, sumar al tratamiento farmacológico ciertas pautas de ejercicio físico, automanejo mental o intervenciones psicológicas, dado que pueden contribuir de manera decisiva a preservar el estado físico y a favorecer el bienestar, puede suponer un eficaz complemento al tratamiento biomédico^{5,6}.

En un intento por clarificar los factores psicológicos vinculados tanto al dolor como a su cronificación surge el modelo de miedo-evitación del dolor⁷, el cual continúa desarrollándose con los datos procedentes de nuevos estudios^{8,9}. Entre las premisas de dicho modelo se establece que ciertas variables disposicionales —como el neuroticismo— vinculadas a

variables cognitivas —como el catastrofismo—, junto a creencias maladaptativas normalizadas sobre el dolor, estarían en el origen de la evitación del movimiento. Así, la falta de movimiento o desuso aumentaría tanto el riesgo de cronificación del dolor de diverso origen como la discapacidad asociada¹⁰⁻¹².

Más allá de las variables propuestas por el modelo de miedo-evitación del dolor, la relación entre dolor y estado de ánimo ha sido sólidamente establecida, también, en la población que padece enfermedades crónicas, entre ellas las reumáticas¹³⁻¹⁶. Además, existen datos que señalan la capacidad de ciertos estresores sociales, como sufrir rechazo, ya sea de forma abierta o encubierta, para influir en la experiencia de dolor¹⁷. De esta manera, se señala no solo la complejidad y subjetiva naturaleza de la experiencia de dolor, sino la posibilidad de dejarse influir por cierto tipo de eventos, no solo por los puramente biológicos y funcionales.

También están proliferando líneas de investigación que intentan ser más inclusivas en cuanto a la naturaleza de las variables que estudian. Por ejemplo, Newth y DeLongis¹⁸ encontraron, entre personas con artritis reumatoide, relaciones significativas entre personalidad, estados de ánimo, formas de afrontar y su resultado en el dolor diario percibido. Los autores demuestran así que el dolor es susceptible de modificarse a partir del tipo de estrategias de afrontamiento que se pongan en juego, y que esta elección vendrá favorecida por el tipo de personalidad. Dichos resultados se sitúan en línea con una de las últimas revisiones sobre personalidad y afrontamiento¹⁹, considerando, además, el papel mediador que entre ambos factores ejercen el contexto, la naturaleza y la severidad del estresor, e incluso la edad. Más recientemente, con un afán integrador, el estudio de Esteve y Ramírez-Maestre⁹ ha sido pionero en investigar un grupo de variables psicológicas procedentes de diversos enfoques (resiliencia, sensibilidad a la ansiedad, evitación experiencial,

evitación temerosa del dolor, aceptación del dolor y ajuste al dolor) en 3 muestras de personas con dolor de distinto origen, cada una de ellas tratada en establecimientos sanitarios con características específicas. Sus resultados apoyan el modelo de miedo-evitación del dolor, en especial para uno de sus grupos, el de dolor lumbar, mostrando de forma interesante cómo para cada uno de los grupos estudiados se erigen distintas variables como responsables de la falta de ajuste psicológico.

Por tanto, como se viene exponiendo, existe un grupo de datos que vinculan el dolor con variables psicológicas y contextuales, además de con la personalidad; sin embargo, no cuentan aún con una teoría que los integre, pudiendo llegar el enfoque de la ciencia conductual contextual a servir para tal fin²⁰.

El presente estudio pretende investigar la relación entre el dolor que experimentan personas con enfermedades reumáticas y su personalidad. La mayoría de estudios existentes sobre el papel de la personalidad en el afrontamiento del dolor se ha centrado en el modelo Big-Five, que cuenta con una sólida evidencia empírica. A pesar de ello, los resultados obtenidos con el Big-Five no son suficientemente específicos, puesto que cuenta con pocos factores de personalidad y estos son demasiado amplios¹⁹. Por esta razón, en el presente trabajo se ha optado por seguir el modelo de personalidad normal de Millon²¹. Dicho autor considera que la personalidad es un estilo distintivo de adaptación al entorno, similar a la noción tradicional de afrontamiento. El modelo de personalidad de Millon, que aquí se sigue, ha demostrado ser adecuado para su aplicación en el estudio de la salud^{22,23} y del dolor²⁴.

Aunque podrían ser muchas las relaciones existentes entre el dolor y la personalidad (p. ej., que cuando se sufra dolor se cambie la personalidad; o, por el contrario, que cuando se tiene una determinada personalidad se experimente más dolor, etc.), Arias López²⁴ ha señalado al modelo «patoplástico» como el que mejor se adapta a los datos de la investigación existente entre personalidad y dolor. Lo esencial de este enfoque es que entiende que la personalidad es capaz de influir en el curso del trastorno médico, una vez que este ha sido diagnosticado. Asimismo, este modelo también tiene en cuenta las interacciones entre la personalidad y otras variables que se relacionan

con ella, así como factores situacionales y datos demográficos, para explicar cabalmente la adaptación de la persona al dolor que experimenta. Este enfoque es similar a otras propuestas existentes en la literatura científica^{8,19,20}.

Entonces, se propone como hipótesis que en las 2 muestras de enfermedades reumáticas el dolor pueda predecirse con signo positivo a partir de algunas de las dimensiones de personalidad menos adaptativas, así como con signo negativo a partir de las dimensiones más adaptativas.

Método

Para investigar la hipótesis propuesta, dadas las características de la muestra, se ha realizado un estudio *ex post facto*. Su diseño es de corte transversal para explorar asociaciones entre variables, y los datos han sido tomados en un único momento. Para todos los participantes de los grupos clínicos y control se han utilizado los mismos instrumentos. A continuación se detallan las características de ambos.

Participantes

El estudio cuenta con una muestra de 105 personas de nacionalidad española pertenecientes a 2 grupos clínicos y a un grupo control. Entre los requisitos de inclusión se han tenido en cuenta la edad (entre 18 y 65 años), el nivel educativo, contar como mínimo con la enseñanza obligatoria y no contar con trastorno psicológico alguno. El cumplimiento de este último criterio se ha basado en la información aportada por cada participante. Así mismo, para el grupo control se ha requerido estar libre de patología médica crónica. En la [tabla 1](#) se presentan sus principales características.

- Grupo artritis (n = 35), formado por personas con artritis reumatoide, entre las cuales 27 son mujeres y 8 son hombres, datos coincidentes con la mayor prevalencia de la enfermedad en el sexo femenino^{25,26}.
- Grupo espondilitis (n = 20), formado por personas diagnosticadas con espondilitis anquilosante, la mayoría de ellas son

Tabla 1 – Características de los grupos

Muestra	Edad	Años del diagnóstico	Viven acompañados	Tienen hijos	Años de estudios	Situación laboral
Grupo de artritis (n = 35)	Rango: 25-65 M _e : 49,00 DT: 10,40	Rango: 1-33 M _e : 5,00 DT: 8,01	80%	74%	Entre 8 y 11: 49% Entre 12 y 16: 28% 17 o más: 23%	Activa 45% Inactiva 54%
Grupo de espondilitis (n = 20)	Rango: 24-64 M _e : 42,50 DT: 11,75	Rango: 1-36 M _e : 11,00 DT: 12,40	80%	70%	Entre 8 y 11: 40% Entre 11 y 16: 45% 17 o más: 15%	Activa 40% Inactiva 60%
Grupo control (n = 50)	Rango: 23-65 M _e : 40,00 DT: 10,49		88%	62%	Entre 8 y 11: 15% Entre 11 y 16: 32% 17 o más: 53%	Activa 76% Inactiva 24%

hombres (15 frente a 5 mujeres); a diferencia del grupo anterior, en esta enfermedad la mayor prevalencia se da en el sexo masculino^{27,28}.

- Grupo control (n=50), formado por personas sin diagnóstico de enfermedad médica crónica ni trastorno psicológico, según la información aportada por ellos mismos. Con todo, estas personas podían presentar algún dolor de diverso origen en el momento de la evaluación. Para este grupo, la distribución en referencia al sexo es de 21 hombres y 29 mujeres.

Instrumentos

- Cuestionario inicial para la recogida de datos sociodemográficos y clínicos. Elaborado para registrar la información relativa a edad, sexo, nivel educativo (estudios básicos, medios o universitarios), situación laboral (activa o inactiva), situación familiar, número de hijos y convivencia. Sobre la enfermedad tan solo se ha recabado información relativa al diagnóstico y al tiempo pasado con el mismo.
- Escala visual analógica para la medición del dolor (EVA). Se pide a la persona que indique el grado de dolor que ha llegado a sentir en los últimos 7 días. Su respuesta se sitúa en una escala de 10 cm, donde 0 significa ningún dolor y 10 representa el máximo dolor imaginable. El empleo de esta escala está muy extendido en la evaluación del dolor en múltiples circunstancias y enfermedades, dada su rapidez de aplicación y su fácil entendimiento. Además, diferentes comités de expertos para la evaluación del dolor recomiendan su utilización²⁹.
- El Inventario de estilos de personalidad de Millon (MIPS)³⁰, destinado a evaluar la personalidad normal, consta de 180 preguntas con 2 alternativas de respuesta: V/F. Con ellas se exploran 3 áreas de personalidad: metas motivacionales, modos cognitivos y relaciones interpersonales, organizadas en 24 escalas bipolares según su significado, no así estadísticamente, puesto que cada escala es evaluada de forma independiente. La puntuación que recibe cada una de ellas abarca un rango de 0 a 100. El modelo considera que una puntuación igual o mayor a 50 señala la posesión del estilo, y que mientras mayor es la puntuación, en mayor grado se posee dicho estilo.

Metas motivacionales

Engloban las estrategias adaptativas básicas con que las personas se orientan hacia sus objetivos.

- *Expansión y preservación*: según se prime la búsqueda de placer o la evitación del dolor; una puntuación alta en *expansión* señala la tendencia a confiar en el futuro y la capacidad de enfrentarse con ecuanimidad a las dificultades. En cambio, una puntuación alta en *preservación* indica la tendencia a estar atentos a los problemas del pasado, a centrarse en conservar y proteger la vida, y a ser pesimista.
- *Modificación y adecuación*: las personas con alta puntuación en *modificación* se hacen cargo de sus vidas activamente, modificando el entorno para conseguir sus fines. Quienes puntúan alto en *adecuación* poseen un estilo de adaptación más pasivo, tienden a dejar en manos de otros el curso de sus vidas y se adaptan a las circunstancias.

- *Individualidad y protección*: puntuar alto en *individualidad* distinguiría a quienes toman decisiones por sí mismos y persiguen sus metas sin recurrir a la aprobación de los demás. Pueden definirse con adjetivos como independientes, competitivos y emprendedores. En cambio, los que puntúan alto en *protección* estarían más orientados hacia los demás, destacando su preferencia por establecer relaciones profundas y su capacidad para mostrar intimidad y amor.

Modos cognitivos

Se centran en el procesamiento de la información, es decir, al modo en que las personas analizan la realidad y extraen información del entorno.

- *Extraversión e introversión*: las personas que puntúan alto en *introversión* prefieren su propias ideas y pensamientos como fuente de inspiración, están más cómodos solos. En cambio, quienes puntúan alto en *extraversión* buscan estar en compañía de los demás porque ello les supone un estímulo y les aporta de seguridad en sus ideas.
- *Sensación e intuición*: la puntuación alta en *sensación* denota una preferencia por atender a la información tangible y estructurada, es decir, la que se percibe a través de algunos de los 5 sentidos. En cambio, una puntuación alta en *intuición* define la tendencia a centrarse en la información intangible y ambigua.
- *Pensamiento y sentimiento*: una puntuación alta en *pensamiento* indica la tendencia a interpretar la realidad utilizando la razón y la lógica, de forma impersonal. La puntuación alta en *sentimiento* sugiere conferir más importancia a la afectividad de la información, implica conferir mucha importancia a los sentimientos en relación con las cosas.
- *Sistematización e innovación*: las personas que puntúan alto en *sistematización* presentarían un estilo convencional a la hora de interpretar la realidad, integrando los nuevos conocimientos a su forma previa de pensar. La puntuación alta en *innovación* caracteriza a las personas que están abiertas a crear nuevas estructuras cognitivas para asimilar la realidad.

Relaciones interpersonales

Se recogen 5 dimensiones sobre los estilos de relación con los demás.

Retraimiento y sociabilidad: las personas que puntúan alto en *retraimiento* demuestran poco interés en las relaciones sociales y pueden ser consideradas por los demás como aburridas e indiferentes. A las personas que puntúan alto en *sociabilidad* les atraería ser populares, tendrían confianza en sus capacidades para influir y gustar a los demás.

Indecisión y decisión: la primera escala identificaría a las personas que se muestran cohibidas y nerviosas en contextos sociales, que desean ser aceptadas y temen ser rechazadas, por eso finalmente tienden a aislarse. En cambio, *decisión* identificaría a quienes se sienten más seguros y socialmente competentes. También podrían mostrarse ambiciosos y ser considerados como arrogantes por los demás.

Discrepancia y conformismo: una puntuación alta en *discrepancia* distinguiría a quienes presentan un estilo independiente y puede que poco conforme con las normas sociales. En cambio, quienes puntúan alto en *conformismo* sí se mostrarán

respetuosos con la tradición y la autoridad, siendo además predecibles.

Sumisión y dominio: Las personas con alta puntuación en sumisión se caracterizan por otorgar más importancia a las preferencias de los demás que a las propias, pudiendo llegar a perjudicarse a sí mismos. Por esta actitud, sufrirían más frustraciones que gratificaciones. Las personas que puntúan alto en dominio disponen de la capacidad para dirigir a los demás y convertirse en buenos líderes, aunque también podrían llegar a presentar actitudes socialmente agresivas.

Descontento y aquiescencia: la primera escala señalaría a las personas que se sienten insatisfechas y consideran que han sido tratadas injustamente. Tanto su estado de ánimo como su comportamiento serían oscilantes, mostrándose amigables en unas ocasiones e irritables en otras. Los que puntúan alto en aquiescencia se caracterizarían por ser colaboradores y amistosos, tendiendo a adaptar sus preferencias para ser compatibles con las de los demás.

El instrumento también ofrece índices de control, para detectar posibles inconsistencias a la hora de responder: impresión positiva, impresión negativa y consistencia. Finalmente, el MIPS permite obtener una puntuación global o índice de ajuste o grado de adaptación de la persona a su medio social particular.

La fiabilidad y validez del MIPS, en su adaptación española para adultos, muestra que el promedio total de los datos de fiabilidad, índice alfa de Cronbach, es 0,72, siendo el valor mínimo 0,63 y el máximo 0,82. En cuanto a su validez, la matriz de correlaciones y el análisis factorial confirman que la estructura del MIPS es apropiada, según los estudios de tipificación con población española³⁰.

Procedimiento

Los datos de los participantes en este estudio transversal han sido recogidos en un único momento por una misma entrevistadora. Los participantes de los 3 grupos respondieron a los mismos cuestionarios (cuestionario inicial, EVA y MIPS). Para la formación de los grupos del Área de Reumatología del Complejo Hospitalario Torrecárdenas, de la ciudad de Almería, y del Hospital Comarcal de la Merced, en Osuna, Sevilla. Para el grupo control se contactó con el Centro de Psicología Avenida de la Estación de Almería, y se formó a partir de las personas que acudían a una prueba psicométrica para obtener o renovar el permiso de conducir.

En primer lugar, se ofrecía a los pacientes información sobre el estudio y la posibilidad de participar de forma voluntaria y anónima. Se les explicaba, además, la inexistencia de ningún incentivo en caso de decidir participar, si bien se les ofrecía conocer el resultado de su evaluación individual.

A quienes decidían participar, se les facilitaba el contacto de la investigadora y 2 formas de llevar a cabo la evaluación: autoaplicada o con la ayuda de la entrevistadora, la cual fue la opción elegida por la mayoría (90%); para esto se concertaba una entrevista en el mismo establecimiento sanitario donde se ofreció la información. A continuación, previo consentimiento informado, tenía lugar la entrevista de evaluación con una duración media de 50 min. En los casos en que los participantes decidieron realizar los cuestionarios de forma

autoaplicada hubo un elevado porcentaje de no devolución (95%). Por último, los datos de 2 participantes no fueron tenidos en cuenta, por no superar los índices de control del MIPS.

Pruebas previas al análisis de los resultados

En primer lugar se realiza la prueba Levene para comprobar que las variables descriptivas edad y tiempo con el diagnóstico cumplan el supuesto de homocedasticidad. Esto es así para la edad [$F(2, 102) = 1,01, p = 0,404$], pero no para el tiempo transcurrido desde el diagnóstico [$F(2, 102) = 10,77, p = 0,000$]. A continuación se realiza la misma prueba Levene para las medidas de dolor y personalidad, obteniéndose un resultado negativo para el dolor [$F(2, 102) = 3,33, p = 0,040$], mientras que para las variables de personalidad sí se cumple el supuesto de igualdad de varianzas error (tabla 2).

A continuación interesa saber si existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables estudiadas y en algunas variables descriptivas, puesto que de existir convendría controlar sus efectos al realizar las ecuaciones de regresión. Para ello se realiza el análisis de varianza (ANOVA), encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto a la edad [$F(2, 102) = 2,57, p = 0,040$]; sin embargo, tales diferencias desaparecían al realizar la corrección de Bonferroni. Tampoco se han encontrado diferencias significativas en el tiempo con el diagnóstico.

En cuanto a la distribución de la variable sexo, la prueba ji cuadrado confirma lo que a simple vista se observa [$\chi^2(8) = 24,16, p = 0,002$], es decir, la desigual proporción de hombres y mujeres entre grupos. La cual, como ya se ha indicado, es característica de cada una de las enfermedades estudiadas. Por último, la distribución de los grupos también es desigual para el nivel de estudios [$\chi^2(8) = 20,18, p = 0,010$].

Análisis de los datos

Los datos fueron analizados utilizando el paquete estadístico SPSS 17 para Windows. Como se ha indicado, en las pruebas previas se comprobó el supuesto de homocedasticidad y la igualdad de las varianzas error a través de la prueba Levene y la igualdad de la distribución de ciertas variables sociodemográficas en los grupos a través de pruebas ANOVA y ji cuadrado.

En cuanto a la variable dolor, se destaca que el análisis ANOVA solo indicó una diferencia estadística entre el grupo de artritis y el control [$F(2,102) = 5,19, p = 0,007$]. A continuación se realizaron 3 ecuaciones de regresión lineal dirigidas a determinar la influencia de los estilos de personalidad sobre el dolor, en cada uno de los grupos que participaron en el diseño, controlando variables sociodemográficas que podrían influir en los resultados. En concreto, se decidió controlar los efectos de 2 variables: edad y tiempo con el diagnóstico, que aunque no mostraron diferencias significativas entre los grupos, es cierto que el amplio rango abarcado por ambas podría ejercer alguna diferencia en los resultados. Por estos motivos, los análisis de regresión se desarrollaron por pasos. Para los grupos de artritis y espondilitis se introdujo, en el primer paso, la edad de los participantes, y en el segundo, el tiempo con el diagnóstico. En el grupo control tan solo se controló el efecto de la edad, dado que no contaban con diagnóstico alguno. Se dejaron para el último paso, a través de un método de pasos sucesivos,

Tabla 2 – Datos descriptivos y comprobación del supuesto de homocedasticidad en las puntuaciones de edad, tiempo desde el diagnóstico y personalidad

Variables	Media y DT			F	gl1-gl2	p
	Grupo de artritis	Grupo de espondilitis	Grupo control			
Edad	47,97 (10,40)	48,65 (11,75)	42,14 (10,49)	1,01	2-102	0,404
Tiempo con el diagnóstico	7,42 (8,01)	14,07 (12,40)	0	10,77	2-102	0,000
Expansión	67,88 (21,41)	70,35 (21,36)	75,42 (19,45)	0,262	4-155	0,902
Preservación	41,08 (23,93)	42,35 (20,83)	29,62 (20,52)	0,136	4-155	0,969
Modificación	53,51 (23,88)	59,25 (23,70)	60,54 (23,20)	0,190	4-155	0,943
Adecuación	55,17 (22,04)	44,15 (22,02)	45,92 (24,21)	0,298	4-155	0,879
Individualidad	52,20 (24,18)	52,00 (24,44)	51,24 (23,32)	0,103	4-155	0,981
Protección	73,42 (18,07)	68,65 (22,57)	67,82 (20,90)	0,922	4-155	0,453
Introversión	60,54 (20,39)	61,75 (19,51)	64,78 (23,49)	0,724	4-155	0,577
Extraversión	47,80 (20,47)	43,30 (17,77)	39,52 (20,12)	0,059	4-155	0,994
Sensación	67,34 (24,30)	69,75 (26,82)	56,66 (25,30)	0,309	4-155	0,872
Intuición	44,97 (23,11)	39,85 (23,45)	47,34 (25,36)	1,41	4-155	0,232
Pensamiento	41,85 (20,48)	49,60 (26,40)	37,60 (20,71)	1,30	4-155	0,270
Sentimiento	72,85 (17,85)	64,20 (21,19)	66,12 (20,40)	1,43	4-155	0,225
Sistematización	59,94 (18,17)	56,15 (22,79)	59,06 (22,40)	0,855	4-155	0,493
Innovación	46,71 (20,60)	47,30 (18,86)	46,46 (24,58)	1,21	4-155	0,307
Retraimiento	51,51 (25,62)	49,05 (25,02)	42,40 (26,22)	0,047	4-155	0,996
Sociabilidad	55,05 (25,44)	58,55 (24,81)	62,44 (22,80)	0,196	4-155	0,940
Indecisión	40,25 (25,03)	40,90 (24,90)	35,04 (22,37)	0,113	4-155	0,978
Decisión	56,08 (24,72)	55,40 (28,21)	60,14 (24,83)	0,501	4-155	0,735
Discrepancia	37,71 (16,96)	43,20 (25,50)	38,70 (20,72)	1,82	4-155	0,126
Conformismo	69,14 (21,38)	64,25 (25,60)	65,85 (23,27)	0,579	4-155	0,679
Sumisión	40,74 (23,86)	41,60 (22,56)	36,52 (24,49)	1,15	4-155	0,332
Dominio	47,60 (27,55)	54,90 (23,09)	48,44 (24,11)	0,793	4-155	0,531
Descontento	43,48 (25,41)	43,50 (27,83)	37,10 (23,58)	0,405	4-155	0,805
Aquiescencia	68,25 (19,08)	65,35 (22,65)	65,20 (23,33)	0,354	4-155	0,841
Imp. negativa	4,59 (2,01)	3,95 (1,73)	4,46 (2,17)	0,537	4-155	0,708
Imp. positiva	3,80 (2,60)	4,35 (2,87)	2,80 (2,21)	0,954	4-155	0,435
Consistencia	3,54 (0,88)	3,55 (0,60)	3,54 (0,99)	2,19	4-155	0,072
Índice ajuste	47,94 (13,56)	48,00 (13,92)	53,04 (12,77)	0,156	4-155	0,960

las variables de personalidad que pudieran ser significativas de cara a predecir el dolor. Según este método, la probabilidad de F para entrar fue de $\leq 0,05$ y para salir de $F \leq 0,100$. Con estas premisas, se obtuvieron las siguientes ecuaciones: para el grupo de artritis [$F(4, 34) = 4,909$, $p = 0,004$], para el grupo de espondilitis [$F(3, 19) = 9,203$, $p = 0,001$], mientras que para el grupo control no resultó significativa [$F(2, 49) = 3,041$, $p = 0,057$].

Resultados

En primer lugar, como se observa en la [tabla 3](#), los grupos clínicos presentan valores muy similares y se corresponden con

Tabla 3 – Diferencias en el dolor en los pacientes con artritis reumatoide, espondilitis anquilosante y el grupo control

Muestra	n	M	DT	Intervalo de confianza del 95%
Grupo de artritis	35	3,75 ^a	2,88	(2,93-4,58)
Grupo de espondilitis	20	3,70	2,45	(2,61-4,79)
Grupo control	50	2,19 ^a	2,10	(1,50-2,87)

^a Los valores que se muestran con la misma letra son estadísticamente diferentes entre sí, aplicando la ecuación de Tamhane.

un dolor de intensidad entre leve y moderada. Los valores más bajos, como era de esperar, pertenecen al grupo control.

En la [tabla 4](#) se muestra un resumen de los modelos de regresión y, como se puede observar, para el grupo de artritis se incluyeron las variables extraversión y pensamiento, explicando el 31,5% de la varianza de dolor. Para el grupo de espondilitis, la variable impresión negativa alcanzó a predecir el 56,4% de la varianza en dolor.

En su vertiente aplicada, estos datos vienen a indicar que los pacientes con un diagnóstico de artritis van a referir un dolor menor si están volcados hacia el exterior y no pretenden entender la vida ni su situación actual en términos puramente lógicos. Por otro lado, el dolor referido por los pacientes de espondilitis se relaciona con dar una imagen desfavorable de sí mismos. Aunque, según se discute seguidamente, entendemos que en el caso de personas con enfermedades crónicas este factor alude a un deterioro real de su bienestar general y calidad de vida.

Discusión

Un primer aspecto general que se puede destacar es que las características de personalidad que predicen el dolor son diferentes para cada grupo, al igual que se ha mencionado en el estudio de Esteve y Ramírez-Maestre⁹. En este caso, las 2 escalas que predicen el dolor en el grupo de artritis corresponden a estilos cognitivos. Por tanto, se podría afirmar que para este

Tabla 4 – Predicción del dolor en los grupos de artritis y espondilitis

Muestra	Factores	R2 corregida	β	t	p
Grupo de artritis	Edad	0,315	-0,209	-1,18	0,247
	Tiempo con diagnóstico		-0,165	-1,04	0,306
	Extraversión	0,564	-0,443	-3,02	0,005
	Pensamiento		0,444	2,67	0,012
Grupo de espondilitis	Edad	0,564	0,267	1,38	0,185
	Tiempo con diagnóstico		0,374	1,96	0,067
	Impresión negativa		0,759	4,74	0,000

Para esta predicción de la variable criterio dolor se han controlado las variables edad y tiempo con el diagnóstico, tomándose como variables independientes los valores del MIPS.

grupo el modo de razonar y analizar la realidad tiene más peso que la forma en que se relacionan con las demás personas o hacia sus metas.

Como se ha visto, en la muestra de artritis *extraversión* y *pensamiento* se vinculan con el dolor con signo diferente: a mayor *extraversión* menor dolor y, por otro lado, a mayor *pensamiento* mayor dolor. Por tanto, estos datos solo permiten la confirmación parcial de la hipótesis. En primer lugar, el papel de la *extraversión* en este estudio es coherente con su significado teórico. Así, en tanto que *extraversión* se refiere a la preferencia por las fuentes de información externas, la atención se dirigiría en mayor medida hacia fuera de sí mismo y en menor medida hacia las sensaciones corporales (como el dolor). Este dato apoyaría la consideración, que desde los enfoques contextuales se hace, de una excesiva reflexividad, entendiéndola como perjudicial y como la base de la mayoría de problemas psicológicos³¹. Bajo dicha perspectiva se plantea que una intervención eficaz pasaría por romper con la tendencia de estar centrado en sí mismo y tomar un papel activo y externo, a pesar de los síntomas que pudieran estar presentes, en línea con lo propuesto por Hayes et al.³². Conviene subrayar que la activación conductual que se sugiere no sería de cualquier tipo, sino aquella que suponga un valor o significado para la persona y en que se relaciona con la realidad de forma racional y poco afectiva.

A continuación, para el grupo de espondilitis se señala al índice *impresión negativa* para explicar la varianza en dolor en un porcentaje muy elevado. Existen estudios que identifican este índice como marcador de desajuste^{33,34}; por tanto, en línea con estos, el resultado del grupo de espondilitis apoya la hipótesis de partida. En el MIPS, *impresión negativa* se diseñó para que detectase si en las respuestas de los evaluados hay un intento de dar una peor imagen de sí mismos. Pero hay que tener en cuenta que, en determinados casos, dicho índice

puede estar señalando una realidad, por ejemplo, una situación vital adversa o baja autoestima³³.

Finalmente, los resultados para el grupo control no han permitido establecer un modelo de predicción significativo. De esta forma, se sugiere la poca preponderancia que para este grupo no clínico tendría la personalidad a la hora de predecir el dolor. Y, de forma contraria, se ofrece apoyo a la influencia de la personalidad en la experiencia del dolor entre personas con enfermedades que cursan con dicho síntoma.

Mencionaremos que este estudio de corte transversal presenta varias limitaciones. En primer lugar, se recuerda que los resultados de este tipo de diseño solo arrojan relaciones entre datos; por tanto, las conclusiones a que se llegue no deben pretender explicaciones de causalidad. En segundo lugar, en cuanto a las características de los grupos clínicos estudiados, si bien ambos presentan enfermedades reumáticas con niveles de dolor asimilables y características sociodemográficas equiparables, no se encuentra la misma distribución en cuanto a la variable sexo. Dicha distribución viene marcada por las características de la enfermedad, y así se ha reflejado en la formación de los grupos, pudiendo incidir de forma distinta en los resultados obtenidos. Puesto que la literatura indica que tanto la personalidad³⁰ como la percepción del dolor se dejan influir por el sexo³⁵, futuros estudios con muestras más extensas deberían estudiar el efecto de esta variable. Así mismo, dado que ambas enfermedades son crónicas y degenerativas, merecería estudiarse el efecto del paso del tiempo y la evolución de la enfermedad sobre la percepción del dolor. Para ello, sería aconsejable tanto la selección de muestras más amplias que las que aquí se presentan como un diseño longitudinal o de cohorte. Una última variable que convendría considerar es el nivel de estudios, dado que en la muestra que se presenta los grupos difieren en cuanto a su nivel educativo.

Entre las posibles aplicaciones de estos resultados se encontraría fomentar cierto tipo de afrontamiento guiado por el diagnóstico médico de cada paciente. Por ejemplo, en el caso de personas con artritis reumatoide los objetivos de intervención se podrían enfocar en fomentar que la persona se centre en lo que es importante para su vida, independientemente de sufrir o no dolor. Mientras que en el caso de la espondilitis anquilosante, se podría intervenir para conseguir una autoestima saludable. Esta especificidad en el afrontamiento dependiente de la enfermedad es coherente con algunos resultados recientes⁹. No obstante, serían necesarios estudios experimentales y de cohortes que permitan confirmar estos resultados iniciales.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores de este artículo declaran no incurrir en conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración de los Servicios de Reumatología del Complejo Hospitalario Torrecárdenas (Almería) y del Hospital Comarcal de la Merced de Osuna (Sevilla), ambos en España. Y muy especialmente a todos los participantes que desinteresadamente han hecho posible realizar este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Borenstein D, Altman R, Bello A, Chatham W, Clauw D, Crofford LJ, et al. Report of the American College of Rheumatology Pain Management Task Force. *Arthritis Care Res.* 2010;62:590-9.
- Langley PC, Ruiz-Iban MA, Tornero J, de Andrés J, González-Escalada JR. The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain. *J Med Econ.* 2011;14:367-80.
- Holden L, Scuffham PA, Hilton MF, Ware RS, Vecchio N, Whiteford HA. Health-related productivity losses increase when the health condition is co-morbid with psychological distress: Findings from a large cross-sectional sample of working Australians. *BMC Public Health.* 2011;11:417-26.
- Lee YC. Effect and treatment of chronic pain in inflammatory arthritis. *Curr Rheumatol Rep.* 2013;15:300-13.
- López A, Queiro R, Sánchez M, Alperi MM, Riestra JL, Ballina FJ. ¿Es útil el ejercicio en el tratamiento de la espondilitis anquilosante? *Semin Fund Esp Reumatol.* 2008;9:96-104.
- Shariff F, Carter J, Dow C, Polley M, Salinas M, Ridge D. Mind and body management strategies for chronic pain and rheumatoid arthritis. *Qual Health Res.* 2009;19:1037-49.
- Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art. *Pain.* 2000;85:317-32.
- Esteve R, Ramírez-Maestre C. Modelo de Miedo-Evitación del Dolor: evolución y nuevas propuestas. *Revista de Psicología de la Salud.* 2013;1:102-30.
- Esteve R, Ramírez-Maestre C. Pain fear avoidance and pain acceptance: A cross-sectional study comparing their influence on adjustment to chronic pain across three samples of patients. *Ann Behav Med.* 2013;46:169-80.
- Leeuw M, Goossens ME, Linton SJ, Crombez G, Boersma K, Vlaeyen JW. The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *J Behav Med.* 2007;30:77-94.
- Pincus T, Burton AK, Vogel S, Field AP. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine.* 2002;27:109-20.
- Woolf KE, McCracken LM, Eccleston C. Patient functioning and catastrophizing in chronic pain: The mediating effects of acceptance. *Health Psychol.* 2008;27:136-43.
- Dickens C, McGowan L, Clark CD, Creed F. Depression in rheumatoid arthritis: A systematic review of the literature with meta-analysis. *Psychosom Med.* 2002;64:52-60.
- Margaretten M, Julian L, Katz P, Yelin E. Depression in patients with rheumatoid arthritis: Description, causes and mechanisms. *Int J Clin Rheumatol.* 2011;6:617-23.
- Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases and decrements in health: Results from the world health surveys. *Lancet.* 2007;370:851-8.
- Redondo MM, León L, Pérez MA, Jover JA, Abasolo L. El dolor en los pacientes con artritis reumatoide: variables psicológicas relacionadas e intervención. *Clín Sal.* 2008;19:359-78.
- Eisenberger NI, Jarcho JM, Lieberman MD, Naliboff BD. An experimental study of shared sensitivity to physical pain and social rejection. *Pain.* 2006;126:132-8.
- Newth S, DeLongis A. Individual differences, mood and coping with chronic pain in rheumatoid arthritis: A daily process analysis. *Psychol Health.* 2004;19:283-305.
- Carver CS, Connor-Smith J. Personality and coping. *Annu Rev Psychol.* 2010;61:679-704.
- McCracken LM. Integration and progress in pain research: A comment on Esteve and Ramírez-Maestre. *Ann Behav Med.* 2013;46:135-6.
- Millon T. *Toward a New Personology: An Evolutionary Model.* Nueva York: John Wiley & Sons; 1990.
- Estilos de personalidad y enfermedades médicas. Castro Solano A, Casullo MM, Pérez MA, editores. *Aplicaciones del MIPS en los ámbitos laboral, educativo y médico.* Buenos Aires: Paidós; 2004. p. 123-38.
- Dresch V, Sánchez-López MP, Aparicio-García M. Personality styles that either protect or make individuals health more vulnerable in a Portuguese sample. *Soc Behav Personal.* 2008;36:1411-22.
- Arias López HA. Dolor y personalidad, modelos: Patoplástico y de la vulnerabilidad. *Revista CES Psicología.* 2011;4:64-97.
- Carmona L. Epidemiología de la artritis reumatoide. *Rev Esp Reumatol.* 2002;29:86-9.
- Hernández-García C, González-Álvaro I, Villaverde V, Vargas E, Morado IC, Pato E, et al. El estudio sobre el manejo de la artritis reumatoide en España (emAR) (II). Características de los pacientes. *Rev Esp Reumatol.* 2002;29:130-41.
- Carmona L, González R. La espondilartrosis en BIOBADASER. *Reumatol Clin.* 2005;1:12-5.
- Collantes E, Zarco P, Muñoz E, Juanola X, Mulero J, Fernández-Sueiro JL, et al. Disease pattern of spondyloarthropathies in Spain: Description of the first national registry (REGISPONSER). *Rheumatology.* 2007;46:1309-15.
- Van der Heijde D, Calin A, Dougados M, Khan MA, van der Linden S, Bellamy N. Selection of instruments in the core set for DC-ART, SMARD, physical therapy, and clinical record keeping in ankylosing spondylitis. Progress report of the ASAS Working Group. *Assessments in Ankylosing Spondylitis.* *J Rheumatol.* 1999;26:951-4.
- Millon T. *Estilos de Personalidad.* Díaz-Morales JF, Aparicio-García ME, editores. *Manual [Adaptación de].* Madrid: Tea Ediciones; 2001.

31. Pérez Álvarez M. Desenredamiento auto-reflexivo y activación conductual: claves para la terapia. *Prolepsis*. 2008;0: 17-43.
32. Hayes SC, Bissett RT, Korn Z, Zettle RD, Rosenfarb IS, Cooper LD, et al. The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *Psychol Rec*. 1999;49:33-47.
33. González Ramella G, Varela D, Aparicio García M, Guichón R, Ceriani P, Barraza F. Estilos de personalidad en depresivos; perfil del MIPS en un grupo de pacientes y controles [Internet]. *Interpsiquis*. 2003; 4.º Congreso Virtual de Psiquiatría. [consultado 10 May 2014]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/2795>.
34. Sánchez Elena MJ, García Montes JM, Valverde M, Pérez Álvarez M. Enfermedad crónica: satisfacción vital y estilos de personalidad adaptativos. *Clín Sal*. 2014;25:85-93.
35. Ramírez C, López A, Esteve R. Personality characteristics as differential variables of the pain experience. *J Behav Med*. 2004;27:147-65.