

Dolor y personalidad, modelos: patoplástico y de la vulnerabilidad*

Pain's study from personality models: vulnerability's and patoplastic

Hugo Alejandro Arias López

Candidato a magister en psicología con énfasis en clínica de la Universidad Católica de Colombia, integrante del Grupo de investigación Centro de Investigación en Ciencias Sociales y Humanas de la Fundación Seré

alejoariaslo.inv@gmail.com

Forma de citar: Arias López, H.A.. (2011). Dolor y personalidad, modelos: patoplástico y de la vulnerabilidad. *Revista CES Psicología*, 4(2), 84-97.

Resumen

Este artículo presenta una revisión bibliográfica de las generalidades del dolor, haciendo énfasis en la relación personalidad-dolor. Se describen los modelos a partir de la relación entre la personalidad y las enfermedades según Millon y Davis (1998). A continuación se presentan los estudios orientados por el modelo de vulnerabilidad de la personalidad, buscando determinar las condiciones precursoras del dolor; y los estudios sobre personalidad patoplástica que buscan establecer relaciones interdependientes entre dolor y personalidad. Se concluye que el modelo de la personalidad patoplástica establece con mayor claridad las relaciones entre personalidad y dolor debido a la importancia que le ha dado a las variables sociodemográficas y contextuales, además de la vulnerabilidad; estableciendo una concepción más comprensiva de la relación entre dolor y personalidad.

Palabras claves: Dolor, Personalidad.

Abstract

This paper presents a bibliography revision about pain's generalities, which emphasize in the relationship between pain and personality. The models are described based on the relationship between personality and diseases, according to Millon and Davis (1998). Furthermore, the studies oriented by the personality vulnerability model are shown, looking to determine the precursors pain conditions. Also, the studies about pathoplastic personality are described, establishing the interdependent relationship between pain and personality. In conclusion, the pathoplastic personality model establishes clearly the relationship between pain and personality, due to the importance of the social demographic and contextual variables besides vulnerability, establishing a comprehensive approach to the link between pain and personality.

Keywords: Pain, Personality.

* Agradecimientos a Constanza Londoño Pérez por su revisión y aportes en el proceso de realización de este documento.

Introducción

El dolor se ha convertido en uno de los fenómenos de obligado abordaje para las ciencias de la salud debido a sus efectos en las diferentes dimensiones del ser humano y el sobrecosto en los servicios sanitarios (Bentsen, Hanestad, Rustøen, & Wahl, 2008; Merskey & Bogduk, 1994). Millon y Davis (1998) establecen que la personalidad se relaciona con el desarrollo, mantenimiento y tratamiento de los trastornos clínicos especificados en el eje I del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*—DSM IV-TR— (APA, 2002), y dan también la posibilidad de establecer una relación de la personalidad con las enfermedades médicas (Dresch, Sánchez-López & Aparicio-García, 2008; Moreno-Jiménez, Garrosa & Gálvez, 2005). Teniendo en cuenta lo anterior, es importante identificar de qué manera ha sido abordada la personalidad en el estudio del dolor, con el fin de brindar bases para la generación de tratamientos más eficaces en los cuales la personalidad sea contemplada.

La IASP—International Association for the Study of Pain— (Merskey & Bogduk, 1994) define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable, que está generalmente asociada a un daño tisular ya sea real o potencial, que en ocasiones se presenta en ausencia de daño en los tejidos, por lo cual, no siempre está relacionado a un estímulo específico. Aunque este fenómeno, por ser una experiencia individual, es susceptible de ser descrito, se deben considerar las características propias de la subjetividad de la persona en dicho reporte. Es importante tener en cuenta que el dolor y la discapacidad son experiencias diferentes y no necesariamente una implica a la otra (Moix, 2005).

El dolor no sólo afecta aspectos de la salud

física, también se relaciona con el deterioro a nivel económico, social y laboral, interviniendo en la calidad de vida de quien le aqueja y su red de apoyo más cercana (Bentsen et al., 2008; Merskey & Bogduk, 1994; Silvemmark, Källmén, Portala, & Molander, 2008); dado que la intensidad del dolor no es el único indicador de la interferencia en la vida del paciente, pues su duración, localización y otras variables psicológicas se encuentran vinculadas de manera importante a este fenómeno (Silvemmark et al., 2008).

El presente documento tiene como propósito realizar una revisión de las generalidades del dolor; y profundizar en la relación entre personalidad y dolor a partir de los modelos propuestos por Millon y Davis (1998), para orientar mejores estrategias de intervención en el paciente con dolor.

Generalidades del dolor

Para la clasificación del dolor se pueden utilizar varios criterios tales como el mecanismo de origen, la duración, la intensidad y el umbral. En cuanto el origen, puede ser nociceptivo que se refiere al daño en los tejidos, o neuropático causado por afecciones en el sistema nervioso central o periférico; por la duración, puede ser crónico, lo que implica una duración superior a tres meses, o agudo que refiere una experiencia breve ya sea de segundos, horas, semanas o hasta un máximo de tres meses; y, finalmente, según la intensidad que refiere el paciente (Fernández, García, Muyor, Fornieles & Fidalgo, 2008; Morales, Alfaro, Sánchez, Guevara & Vázquez, 2008; Rojas, 2003), en la que se debe diferenciar el autoreporte del dolor (intensidad) y la sensibilidad al dolor (umbral), ya que son dos condiciones subjetivas y diferentes del fenómeno (Edwards & Fillingim, 2007).

Por su parte, los estudios sobre la prevalencia del dolor nos muestran que el primer motivo de consulta de las mujeres en atención primaria es el dolor (Valls, Banqué, Fuentes & Ojuel, 2008), y Turk y Okifuji (2002) encontraron que los reportes de dolor suelen ser más altos en la mujer debido a las expectativas sociales. Aproximadamente un tercio de los pacientes con cáncer sufre de dolores reportados entre moderados e intensos durante el estadio intermedio de la enfermedad, y esta prevalencia se duplica en el estadio final de la misma (Muñoz, Breitbart & Holland, 2005; Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez & Oblitas, 2008).

En la misma línea, se han realizado trabajos sobre la fibromialgia, que es una enfermedad caracterizada por un dolor generalizado y persistente; y, aunque se conoce poco sobre su etiología general, se ha promovido el desarrollo de estrategias diferenciales de abordaje psicológico entre la fibromialgia y otras enfermedades relacionadas también con el dolor (Valls, 2008); uno de los hallazgos más importantes recopilados hasta ahora se refiere a la identificación de factores biológicos diferenciales, especialmente umbrales para el dolor menores al promedio asociados con una menor irrigación del flujo sanguíneo en el tálamo y el núcleo caudado (Torres, Troncoso & Castillo, 2006).

La evaluación del dolor apunta a varios objetivos para realizar una mejor conceptualización y tratamiento; entre ellos, determinar la frecuencia, intensidad, localización y duración, estado emocional, cogniciones y conductas asociadas, factores antecedentes internos y externos que aumentan o disminuyen el dolor, consecuencias a corto y largo plazo, grado de adaptación al dolor (afrontamiento, funcionamiento físico, social, de pareja y familiar), y el rol de los factores

psicológicos en la etiología, mantenimiento y la exacerbación del dolor. Dicha información es recolectada a través de entrevistas, escalas visuales (análogas y categoriales), auto-registros, observación y diferentes pruebas y cuestionarios (Olivares & Cruzado, 2008).

A su vez, en la evaluación del dolor en niños es indispensable tener en cuenta aspectos como la edad, puesto que se deben utilizar métodos diferentes según el nivel cognitivo; por ejemplo, en los dos primeros años, se evalúan las conductas anticipatorias (agitación, hipertensión, hipoventilación e hipoxemias); entre los 2 y 7 años, se busca evaluar la relación causa-efecto del dolor dado que en esta etapa son capaces de establecer causas externas y concretas; entre los 6 y 11 años se evalúan dimensiones globales e internas del dolor que les permite conceptualizarlo como sensación, y a partir de los 12 años se debe evaluar y tratar el dolor (en su aspecto psicológico) igual que con los adultos (Quiles, Van der Hofstadt & Quiles, 2003).

El dolor se ha relacionado con diversos aspectos psicológicos como los rasgos ciclotímicos, histéricos (exageración de síntomas), obsesivos (cadenas de pensamientos anticipatorios), alcoholismo, depresión, abuso sexual, historia de abuso infantil o experiencias infantiles negativas frecuentes, y un menor nivel educativo; muchos de ellos correlacionados con menores umbrales de dolor y/o la utilización de estrategias inadecuadas de afrontamiento al dolor (Moix, 2005; Torres et al., 2006; Valls et al., 2008).

Por otra parte, los rasgos masoquistas y pasivos, el pensamiento concreto y catastrófico, un comienzo precoz de la actividad laboral, especialmente en trabajos rutinarios y/o físicamente exigentes, la privación del descanso y actividades de ocio, hospitalizaciones

prolongadas en la infancia (6 – 16 años) e historia de traumatismo físico, se relacionan también con estrategias de afrontamiento deficiente, pero además con umbrales de dolor inferiores (Valls et al., 2008).

También se ha correlacionado el dolor con los estados o rasgos emocionales; por ejemplo, se ha logrado establecer que emociones como la depresión, ansiedad e ira (esta última en menor medida), poseen una relación directamente proporcional entre el origen, mantenimiento y exacerbación del dolor (Truyols, Pérez, Medinas, Palmer & Sesé, 2008).

De manera específica, se ha encontrado que la ansiedad genera tensión muscular, lo que perpetua el dolor y genera un autoreporte de sensibilidad al dolor menor (Edwards & Fillingim, 2007); la depresión, por su parte, representa un incremento en los comportamientos asociados al dolor, dificultad para expresar sentimientos negativos y reducción en el nivel de actividad diaria (Truyols et al., 2008).

La relación dada entre ansiedad, depresión y dolor, parece estar explicada por la valoración cognitiva presente en los estados emocionales, lo que genera a su vez un círculo de mayor malestar subjetivo (Morales et al., 2008; Soucase, Monsalve & Soriano, 2005); además, se deben realizar valoraciones adecuadas para identificar si la sintomatología depresiva aparece como un síndrome independiente o es una reacción a la enfermedad de base, o el dolor hace parte de una somatización de algún estado de ánimo (Soucase, Soriano, Monsalve & De Andrés, 2003). La ira también se ha relacionado típicamente con la influencia negativa sobre la adaptación a su condición de los pacientes con dolor, aunque el mecanismo es aún desconocido (Truyols et al., 2008). Otra de las variables asociadas al dolor más estudiadas se

refiere al afrontamiento del estrés, puesto que la evaluación cognitiva y las estrategias de afrontamiento al dolor, determinan la percepción de discapacidad y afrontamiento de cada persona (Moix, 2005).

Camacho y Anarte (2003) evaluaron diferentes componentes cognitivos a partir de una comparación entre los pacientes que asistían a consulta por reumatología y por la unidad del dolor, y encontraron que las creencias de los pacientes sobre la percepción del dolor influyen de manera determinante sobre la intensidad y persistencia del dolor, además de una correlación con el estado emocional deprimido; así los pacientes que presentaron un reporte de dolor más intenso correlacionaban directamente con un mayor estado de ánimo negativo, mayores autoafirmaciones de catastrofismo y creencias de indefensión; confirmando la conclusión de Cano y Rodríguez (2002), quienes señalan que los pensamientos automáticos negativos se relacionan con la frecuencia e intensidad del dolor percibido.

A nivel cognitivo, los seres humanos tenemos una tendencia innata a mantener contenidos negativos en los esquemas, estos contienen la información que orienta todo el procesamiento y respuesta que se da a la situación particular, para el caso del presente escrito el esquema relacionado con el dolor (Beck & Freeman, 2005); varias investigaciones han abordado este aspecto, encontrando que personas cuyas creencias se relacionan con menor competencia en la solución de problemas presentan mayor intensidad del dolor, además de mayores niveles de depresión e inadaptación; igualmente, elevados niveles de autoeficacia permiten una mejor movilización de recursos y estrategias de afrontamiento, así como el mantenimiento de creencias de mayor controlabilidad y menores niveles de ansiedad, aunque dicha

relación es menor estadísticamente que la inversa (Esteve, Ramírez & López, 2004; García & Rodero, 2009; Moix, 2005).

Dichas investigaciones también indicaron una relación positiva entre estrategias de afrontamiento activas y ajuste psicológico, y una relación negativa entre estrategias de afrontamiento pasivas, ajuste y adaptación a la condición (López & Calero, 2008; Rodríguez, Esteve & López, 2000; Soucase et al., 2003; Soucase et al., 2005). Otros estudios demostraron que algunas estrategias de afrontamiento que combinan aspectos activos y pasivos (especialmente la búsqueda de apoyo social), muestran una correlación negativa con el reporte de dolor (Comeche & Lasa, 2001) y la discapacidad percibida (Kerns, Rosenberg & Otis, 2002).

Así mismo, estos hallazgos han permitido determinar la influencia de la edad sobre el afrontamiento y su efectividad frente al dolor; Rodríguez et al. (2000) encontraron que, en la mayoría de los casos, con el incremento de la edad hay mayor despliegue de estrategias activas de afrontamiento y mayor represión emocional, aunque esta última no presenta una relación indirecta.

Desde las neurociencias, existen importantes hallazgos frente al sustrato cerebral del dolor nociceptivo: el tálamo, el hipotálamo, la corteza anterior del cíngulo, la ínsula, la amígdala y la corteza prefrontal lateral, son las principales áreas del sistema nervioso encargadas del dolor a nivel cerebral; sin embargo, estas mismas áreas se activan cuando se experimentan situaciones de rechazo o exclusión (Jairo, Vélez & Krikorian, 2008).

Los anteriores hallazgos podrían orientar investigaciones que permitan aseverar que el dolor y el sufrimiento, son tan sólo matices diferentes de una misma respuesta

evolutiva en tanto que ocupan la activación de la misma área cerebral, lo que conllevaría a la necesidad de evaluar aspectos psicosociales y de aprendizaje del dolor. En esta perspectiva, Hermann, Zohsel, Hohmeister y Flor (2008) adelantaron una investigación en la que compararon la respuesta ante una situación experimental de dolor entre hijos y padres, encontrando una alta correlación respecto a la experiencia y comportamientos manifiestos entre los dos grupos de participantes, lo que pone al descubierto la importancia del contexto psicosocial en el cual se desarrolla el aprendizaje y que influye en la personalidad del paciente.

Personalidad y dolor

Así la personalidad influye en la concepción, la experiencia, el afrontamiento y demás fenómenos asociados al dolor, por lo que es importante identificar la forma en la que se relacionan; en este contexto es adecuado tomar la definición de Millon y Davis (1998), quienes definen la personalidad como el conjunto de características relativamente estables y generalizadas de percibir, sentir, afrontar y comportarse; en esta medida la personalidad (rasgos-patrones) interfiere positiva o negativamente en la forma en la que se experimenta y se maneja el dolor, influyendo también en la respuesta a los tratamientos (Infante, 2002).

Millon y Davis (1998) plantean que la personalidad se determina en un progreso evolutivo, en el que puede verse relacionada con los síndromes que se clasifican en otros ejes de la clasificación del DSM-IV-TR (APA, 2002). Dicha perspectiva conceptualiza la personalidad haciendo un paralelo con el sistema inmunológico, mediante el que se plantean tres condiciones en las que una enfermedad o situación se puede relacionar con la personalidad: la primera de ellas se

denomina modelo de *vulnerabilidad*, en el que las situaciones estresoras atraviesan el sistema creado por la personalidad y, si no se tiene una estrategia de afrontamiento adecuada, suelen generarse trastornos en el eje I; por otra parte, el modelo de la *complicación* se presenta de manera inversa al anterior, en el que un trastorno prolongado en el eje I genera cambios en la personalidad; y, finalmente, el modelo *patoplástico*, en el que la personalidad incide en el curso de los trastornos del eje I posterior a la aparición de estos y no dependen entre sí para su génesis.

En un primer momento, las investigaciones que abordaron la relación entre la personalidad y el dolor se centraron en el modelo de vulnerabilidad, en el cual se buscaba identificar perfiles o características de personalidad relacionadas con la presencia del dolor; posteriormente, han aparecido vertientes que buscan identificar las interacciones entre la personalidad, los procesos cognitivos, el afrontamiento (entendidas estas como entidades que hacen parte de la personalidad) y las variables ambientales sobre la adaptación y manejo del dolor, las cuales hacen parte del modelo patoplástico de la personalidad (Asghari & Nicholas, 1999). Vale aclarar que ésta diferenciación entre las investigaciones del modelo de vulnerabilidad y el modelo patoplástico, corresponde al análisis de los objetivos y hallazgos en cada investigación examinada.

Enmarcadas en el modelo de vulnerabilidad, se han realizado investigaciones que apuntan a determinar y establecer variables de personalidad que determinan la tolerancia, la intensidad y/o los umbrales del dolor, entre ellas se han identificado componentes emocionales o temperamentales; así mismo, se han relacionado componentes del modelo de personalidad de las cinco dimensiones (*Big Five*), perfiles de personalidad prototípicos

del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota —MMPI—, y algunos abordajes en menor medida con los trastornos de personalidad, según Millon y Davis (1998).

Continuando con el modelo de vulnerabilidad, es importante referirse, en primer lugar, al conjunto de variables que abordan componentes emocionales o temperamentales, ya que se ha podido encontrar una relación entre el tipo de estrategias de afrontamiento que se utilizan para el dolor según edad y género; así, las estrategias de afrontamiento pasivas, el incremento de la edad y el sexo femenino, se relacionan con un mayor reporte de intensidad de dolor. Por otra parte, mientras las estrategias de afrontamiento activas suelen estar presentes en edades menores y en hombres, no se ha establecido claramente su rol en la percepción y adaptación al dolor (Ramírez, López & Esteve, 2004).

Por otra parte, en variables de tipo emocional como la ira, se ha encontrado que su inhibición se relaciona con reportes de mayor intensidad del dolor tanto crónico como agudo (Burns, Quartana & Bruehl, 2008); dicha relación fue corroborada por Muris et al. (2007), cuando midieron la inhibición y la activación conductual, rasgos de temperamento y catastrofismo asociados al dolor en adolescentes, encontrando que la inhibición conductual está relacionada con temperamento reactivo (asociado a inhibición de la ira y frustración), mientras el temperamento regulativo (asociado a control de la atención e inhibitorio) se asocia a los componentes cognitivos que regulan el dolor adecuadamente; según los hallazgos de Camacho y Anarte (2003), y Cano y Rodríguez (2002), estas variables de tipo emocional se evidencian en creencias de catastrofismo e indefensión, y hacen parte de la estructura de la personalidad, siendo

coherente con el sistema defensivo de la personalidad dentro del modelo de vulnerabilidad.

En esta misma línea, se encuentran investigaciones que buscan establecer relaciones entre el dolor y las dimensiones de personalidad propuestas por Eysenck (Infante, García, Moix, Cañellas & Subirá, 2005), encontrando que el neuroticismo se correlaciona con estrategias de afrontamiento deficientes, menores umbrales y mayor tendencia a experimentar el dolor (Carrillo, Collado & Rojo, 2005; Ramírez et al., 2004), debido a que elevadas puntuaciones en neuroticismo se relacionan con alta vulnerabilidad y sensibilidad a diversos estímulos, entre ellos, el dolor (Mattsson & Ekselius, 2002) y un alto flujo de pensamientos catastróficos (Moix, 2005).

A su vez, Infante et al. (2005) realizaron una investigación que evaluó dolor, temperamento y carácter, encontrando que las altas puntuaciones en escalas afectivas se relacionaron con el dolor; sin embargo, dicha relación es inespecífica, pues los mismos autores plantearon que la relación podría ser interdependiente y no unidireccional.

Otros estudios centrados en la relación entre dimensiones de personalidad con la cefalea y la migraña, constataron los hallazgos anteriores, agregando que incluso en los diferentes tipos de dolores de cabeza se encuentran perfiles de personalidad distintos. Así, indiferente del tipo de dolor de cabeza, las escalas utilizadas dieron valores significativamente altos en sumisión, distorsiones cognitivas, problemas de identidad e intimidad y autolesiones en general; sin embargo, las personas con migraña presentan puntuaciones más altas que los demás en sumisión, mientras que los pacientes con cefalea tensional presentan puntuaciones

más altas en las escalas de neuroticismo (Wang et al., 2005). Esto es coherente con lo encontrado en un estudio realizado por Bigal et al. (2003), en el que se identifica una relación entre migraña y altas puntuaciones en hipocondriasis, depresión, esquizofrenia e introversión; adicional a ello, identificaron rasgos ansiosos y alto estrés percibido, lo que puede generar altos indicadores subjetivos de discapacidad en mujeres y mayor intensidad del dolor (Mattsson & Ekselius, 2002).

Los estudios basados en el modelo de las cinco dimensiones, han encontrado aspectos positivos asociados al manejo del dolor, por ejemplo, las puntuaciones elevadas en control emocional y psicoticismo proporcionan una percepción atenuada del dolor y mayores creencias de control del mismo (Carrillo et al., 2005), igualmente, la extraversión está asociada a un mejor afrontamiento del dolor y satisfacción con su tratamiento (Vendrig, Derksen & Mey, 2000).

Blasco et al. (2006) realizaron una investigación que integraba perfiles de personalidad desde varias vertientes; para ello, conformaron dos grupos, el primero con dolor crónico y el segundo con dolor crónico y desajuste psicológico, encontrando que el primer grupo presentó mayores puntuaciones en extraversión y agresividad, mientras el segundo grupo presentó mayores puntuaciones en neuroticismo en comparación con sujetos sanos, confirmando los hallazgos descritos anteriormente; adicionalmente, analizaron perfiles correspondientes a trastornos de personalidad con la aplicación del MMPI-2, identificando que los pacientes que no presentaban desajuste puntuaban significativamente alto en las sub-escalas de personalidad histriónica y narcisista, mientras el grupo que presentaba desajuste presentaba puntuaciones altas en las sub-escalas de personalidad esquizoide,

esquizotípico, límite, evitativo, dependiente, obsesivo y paranoide.

correspondiente al paciente en una situación de alto estrés.

En esta misma línea, Herrero, Ramírez y González (2008) refieren que las personas con altas puntuaciones en las escalas esquizoide, compulsiva y dependiente en el Inventario Clínico Multiaxial de Millon — MCMI II— se relacionan con baja adaptación al dolor, mientras que otros perfiles no muestran relación de ningún tipo con el dolor; lo anterior, lo explicaron teniendo en cuenta que los perfiles que se caracterizan por una evaluación cognitiva orientada al daño generan mayores niveles de ansiedad y una mayor percepción de dolor.

Hasta este punto, bajo la línea de investigación sobre el dolor en la cual la personalidad se ubica en el modelo de la vulnerabilidad, el MMPI muestra que los pacientes con dolor crónico presentan un mayor desajuste emocional en comparación con pacientes normales; y, además, los pacientes con dolor e inhibición emocional, especialmente con rasgos de personalidad esquizoide, compulsiva y dependiente, presentan una mayor tendencia a presentar dolor, ya sea por dificultades en el afrontamiento, menores umbrales o una mayor intensidad percibida.

El segundo modelo de investigación entre la personalidad y el dolor corresponde al modelo patoplástico de la personalidad; en esta línea Serrano, Cañas, Serrano, García y Caballero (2002) concluyeron, en un estudio de revisión, que hay una amplia gama de investigaciones que refiere que la personalidad premórbida no funciona como una variable de riesgo ante el dolor, pero sí influye sobre la discapacidad o sufrimiento provocado por la afección; asimismo, Fishbain et al (2006) identificaron que los perfiles de personalidad generalmente se dan en medidas pre y pos-tratamiento, lo que implica un perfil de personalidad

El estudio del dolor y la personalidad en el modelo de la vulnerabilidad, ha dado una especial relevancia a las variables sociodemográficas; de la misma manera, bajo el modelo patoplástico se ha encontrado que en el desarrollo del dolor y en contextos sociales determinados, las personas con hipermasculinidad, caracterizadas por la agresión, presentan una mayor tolerancia al dolor (Reidy, Dimmick, MacDonald & Zeichner, 2009), y su inverso, femineidad, presentan menores umbrales de dolor (García, Godoy, Godoy, Pérez & López, 2007). En la misma línea de los anteriores hallazgos, se han diseñado modelos de evaluación cognitiva en los que el afrontamiento del dolor determina el estado funcional del paciente, constituyéndose como una parte importante de la estructura de la personalidad patoplástica (Esteve et al., 2004; Esteve, Ramírez & López 2007).

Al igual que en el modelo de vulnerabilidad, en el modelo patoplástico se encuentran investigaciones que relacionan las dimensiones de la personalidad de Eysenck con el dolor; Infante et al. (2005) realizaron una investigación con este eje, en la que concluyeron que a pesar que los resultados identifican características como las descritas en el modelo de vulnerabilidad, la relación entre las dimensiones de personalidad y la intensidad del dolor no ha sido posible establecerse con precisión, pues la presencia de síntomas ansiosos y depresivos hacen parte del perfil del paciente con dolor crónico, pero no se identifican relaciones causales entre sí; asimismo, Asghari y Nicholas (1999) encontraron puntuaciones elevadas de la misma manera, y concluyeron que dichas escalas se relacionan con la influencia de los componentes cognitivos (especialmente

las creencias) sobre el dolor, y no se diferencian en enfermedades que se relacionan con dolor como la fibromialgia (Malt, Olafsson, Lund & Ursin, 2002).

Desde una perspectiva más amplia, Fishbain et al. (2006) presentan una visión que integra diferentes medidas de personalidad orientadas hacia el modelo de la personalidad patoplástica; en una investigación en la que buscaron determinar si los tratamientos sobre el dolor influenciaban los rasgos de personalidad del paciente, teniendo en cuenta que los rasgos o patrones de personalidad se ven alterados en la medición por situaciones de estrés como lo es el dolor. La investigación se realizó por medio de un análisis de 35 estudios que cumplían con unos mínimos de satisfacción de criterios establecidos previamente, a partir del análisis realizado se encontró que las evaluaciones realizadas a pacientes con dolor, de acuerdo al MMPI, presentaban una mejoría posterior al tratamiento; sin embargo, aunque la revisión de múltiples escalas (ansiedad, depresión, somatización, personalidad, salud, afrontamiento y eficacia) mostraban puntuaciones hacia la mejoría, no fue posible generar una conclusión respecto a qué variables influían sobre las demás.

Referente a perfiles o subescalas de personalidad específicas, se ha identificado que las personalidades dependiente, evitativa, obsesivo-compulsiva e histriónica son las que tienen una mayor relación con el dolor (Sadigh, 1998). En esta misma dirección, en una investigación con el MCMI-III se tomaron mediciones pre y pos tratamiento, a partir de las cuales se encontraron que las puntuaciones en las sub-escalas de depresión mayor, trastornos somatomorfos y evitación, presentaron una reducción posterior al tratamiento para el dolor (Sander, Bendtsen y Jensen, 2007). Por otra parte, Cipher, Clifford y

Schumacker (2002) identificaron tres grupos de personalidad distintos con relación al dolor: el primero de ellos fue denominado *represores*, los cuales mostraban alta introversión y cooperación; el siguiente grupo lo denominaron *luchadores*, el cual presentaba como rasgo principal una alta inhibición, y un tercer grupo denominado *luchadores sociales*, que mostraban una alta confianza y escalas asociadas al apoyo social; sin embargo, estos tres grupos no presentaron mayores diferencias en cuanto al reporte de dolor, presentaron indicadores de problemas emocionales, y pobre adherencia al tratamiento.

Recientemente, existe un creciente interés en el estudio del dolor de cabeza en sus diferentes matices, por ejemplo, Rothrock et al. (2007) evaluaron un grupo de mujeres que presentaban trastorno límite de personalidad y migraña, encontrando que presentaban dolores de cabeza con mayor intensidad en comparación a un grupo control, uso excesivo de medicamentos, mayor frecuencia de chequeos médicos y menor respuesta al tratamiento farmacológico. Así, bajo el modelo patoplástico, se concibe la personalidad y su relación con el dolor con una visión más dinámica, que se relaciona con una postura evolutiva, y no como un predisponente o un generador de síntomas

Conclusiones

En resumen, el modelo de vulnerabilidad se presenta en diversas investigaciones que han mostrado que los perfiles de personalidad caracterizados por creencias de alta vulnerabilidad, hipersensibilidad a diferentes estímulos y alto flujo de pensamientos catastróficos, generan una mayor intensidad, menor umbral y mayor dificultad en el manejo del dolor (Burns et al., 2008; Camacho & Anarte, 2003; Cano & Rodríguez, 2002; Carrillo et al., 2005; Muris

et al., 2007; Ramírez et al., 2004), y en ocasiones desajuste psicológico (Blasco et al., 2006). Además, los perfiles de personalidad con mayores creencias de control y extraversión, permiten un mejor afrontamiento del dolor y la aceptación de la condición cuando se requiere (Carrillo et al., 2005; Vendrig et al., 2000).

Por su parte, el modelo patoplástico muestra las variables sociodemográficas en un contexto socio-evolutivo que es determinante en el perfil de personalidad; entre estas se resalta el rol de género (García et al., 2007; Reidy et al., 2009), así como la dificultad para establecer relaciones causales entre variables que suelen ser evaluadas en situaciones de alta generación de estrés, como una enfermedad dolorosa o el dolor mismo. A partir de esto, es posible determinar la existencia de relaciones entre características de personalidad y la presencia de síntomas depresivos/ansiosos y dolor, o la presencia de perfiles de personalidad propios del clúster C en personas que refieren menores umbrales y mayor malestar psicológico (Cipher et al., 2002; Sander et al., 2007), pero no una personalidad vulnerable o causante de mayores deficiencias en el manejo del fenómeno doloroso. Se sospecha, por lo tanto, que existe una relación interdependiente entre la personalidad y el dolor (Infante et al., 2005).

Los anteriores hallazgos son

superficialmente similares y plenamente identificados, como es la estrecha relación entre neuroticismo y dolor; al igual que la relación entre dolor y personalidad evitativa, dependiente e histriónica; y, en términos generales, la evidencia de la relación entre dolor y desajuste psicológico, en los que las creencias disfuncionales interfieren (aún de manera indeterminada) con la percepción de dolor (Moix, 2005), y la pobre adherencia a los tratamientos (Hopwood, Creech, Clark, Meagher & Morey, 2008).

Sin embargo, el estado de las investigaciones revisadas aún es pobre, la mayoría de trabajos proporcionan datos aislados, en los que poco se profundiza en estrategias terapéuticas o modelos de intervención, al igual que en modelos de conceptualización completos y adecuados que permitan una intervención multidisciplinaria efectiva en el dolor (Pelechano, 2005). Cada vez hay mayor cantidad de datos que confirman la relación entre la personalidad y el dolor, y aunque establecer esta relación es importante, su funcionalidad depende del tipo de abordaje que se le dé. Evidentemente, la comprensión de la personalidad y el dolor, bajo el modelo patoplástico, permitiría establecer una relación más funcional para el abordaje integral del dolor teniendo en cuenta la personalidad como una estructura dinámica que se relaciona con el dolor en diferentes niveles.

Referencias

- Asociación Psiquiátrica Americana (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado*. DSM-IV TR. Barcelona: Masson.
- Asghari, M., & Nicholas, M. (1999). Personality and adjustment to chronic pain. *Pain Reviews*, *6*(1), 85-97.
- Beck, A., & Freeman, A. (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Bentsen, S., Hanestad, B., Rustøen, T., & Wahl, A. (2008). Quality of life in chronic low back pain patients treated with instrumented fusion. *Journal of Clinical Nursing*, *17* (15), 2061-2069.
- Bigal, M., Sheftell, F., Rapoport, A., Tepper, S., Weeks, R., y Baskin, S. (2003). MMPI personality profiles in patients with primary chronic daily headache: a case-control study. *Neurological Sciences*, *24*, 103-110.
- Blasco, L., Mallo, M., Mencía, A., Franch, J., Casaus, P., Peña, J., et al. (2006). Perfiles clínicos en pacientes con fibromialgia que acuden a un centro de salud mental: obtención de un índice predictivo de gravedad psicopatológica. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *34* (2), 112-122.
- Burns, J., Quartana, P. & Bruehl, S. (2008). Anger inhibition and pain: conceptualizations, evidence and new directions. *Journal of Behavioral Medicine*, *31*, 259-279.
- Cano, F. & Rodríguez, L. (2002). Pensamientos automáticos negativos en el dolor crónico. *Psiquis*, *24* (3), 137-145.
- Camacho, L., & Anarte, M. (2003). Creencias, afrontamiento y estado de ánimo deprimido en pacientes con dolor crónico. *Psicothema*, *15* (3), 464-470.
- Carrillo, J., Collado, S., & Rojo, N. (2005). Personalidad y tolerancia al dolor. *Clinica y Salud*, *16* (3), 223-236.
- Cipher, D., Clifford, P., & Schumacker, R. (2002). The heterogeneous pain personality: diverse coping styles among sufferers of chronic pain. *Alternative Therapies In Health And Medicine*, *8*(6), 60-69.
- Comeche, M.I. & Lasa, A. (2001). Aspectos cognitivos de la percepción del dolor. *Actualizaciones en Dolor*, *2*(4), 262-269.
- Dresch, V., Sánchez-López, M., & Aparicio-García, M. (2008). Personality styles that either protect or make individuals health more vulnerable in a Portuguese sample. *Social Behavior and Personality*, *36*(10), 1411-1422.
- Edwards, R., & Fillingim, R. (2007). Self-reported pain sensitivity: Lack of correlation with pain threshold and tolerance. *European Journal of Pain* *11*(5), 594-598.
- Esteve, M., Ramírez, C., & López, A. (2004). Índices generales versus específicos en la evaluación del afrontamiento al dolor crónico. *Psicothema*, *16*(3), 421-428.

- Esteve, M., Ramírez, C., & López, A. (2007). Adjustment to chronic pain: The role of pain acceptance, coping strategies and pain-related cognitions. *Annals of Behavioral Medicine, 33*(2), 179–188.
- Fernández, R., García, J., Muyor, J., Fornieles, I., & Fidalgo, A. (2008). Dolor crónico: Tratamiento físico y psicológico. *Interpsiquis, 1, versión web*. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicologia/33430/>
- Fishbain, D., Cole, B., Cutler, R., Lewis, J., Rosomoff, H., & Rosomoff, R. (2006). Chronic Pain and the Measurement of Personality: Do States Influence Traits? *Pain Medicine, 7*(6), 509-529.
- García, E., Godoy, D., Godoy, J., Pérez, M., & López, I. (2007). Gender differences in pressure pain threshold in a repeated measures assessment. *Psychology, Health & Medicine, 12*(5), 567-579.
- García, J., & Rodero, B. (2009). Aspectos cognitivos y afectivos del dolor. *Reumatología Clínica, 5*(S2), 9–11.
- Hermann, C., Zohsel, K., Hohmeister, J., & Flor, H. (2008). Dimensions of pain-related parent behavior: Development and psychometric evaluation of a new measure for children and their parents. *Pain, 137*, 689–699.
- Herrero, A., Ramírez-Maestre, C. & González, V. (2008). Personality, Cognitive Appraisal and Adjustment in Chronic Pain Patients. *The Spanish Journal of Psychology, 11*(2), 531-542.
- Hopwood, C., Creech, S., Clark, T., Meagher, M., & Morey, L. (2008). Predicting the Completion of an Integrative and Intensive Outpatient Chronic Pain Treatment With the Personality Assessment Inventory. *Journal of Personality Assessment, 90*(1), 76–80.
- Infante, P. (2002). *Estudio de variables psicológicas en pacientes con dolor crónico*. Tesis presentada para la obtención de grado de doctora. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona Facultat de Psicologia.
- Infante, P., García, G., Moix, J., Cañellas, M. & Subirá, S. (2005). Personalidad y dolor crónico. *Psiquis, 26*(3), 93-100.
- Jairo, J., Vélez, M. & Krikorian, A. (2008). Aspectos neurobiológicos, psicológicos y sociales del sufrimiento. *Psicooncología, 5*(2-3), 245-255.
- Kerns, R. D., Rosenberg, R. & Otis, J.D. (2002). Self-appraised problem solving and pain-relevant social support as predictors of the experience of chronic pain. *Annals of Behavioral Medicine, 24*(2), 100-105.
- López-Pérez-Díaz, A., & Calero-García, M. (2008). Sensibilidad al dolor, autorregulación, afrontamiento y personalidad en mujeres adultas sanas. *Psicothema, 20*(3), 420-426.
- Malt, E., Olafsson, S., Lund, A., & Ursin, H. (2002). Factors explaining variance in perceived pain in women with fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Disorders, 3*(12). Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/3/12>
- Mattsson, P., & Ekselius, L. (2002). Migraine, major depression, panic disorder, and personality traits in women aged 40–74 years: a population-based study. *Cephalalgia, 22*, 543–551.
- Merskey, H. & Bogduk, N. (eds) (1994). *Classification of Chronic Pain*. IASP Press: Seattle.

- Millon, T. & Davis, R. (1998). *Trastornos de personalidad: Mas allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Moix, J. (2005). Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. *Anuario de Psicología*, 36(1), 37-60.
- Morales, T., Alfaro, O., Sánchez, S., Guevara, U., & Vázquez, F. (2008). Ansiedad y depresión por dolor crónico neuropático y nociceptivo. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(5), 479-484.
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E., & Gálvez, M. (2005). En Florez-Alarcon, L., Mercedes Botero, M. & Moreno Jimenez, B. *Psicología de la salud. Temas actuales de investigación en Latinoamérica*. Bogotá: ALAPSA.
- Muñoz, J., Breitbart, W. & Holland, J. (2005). Trastornos mentales en una población de pacientes oncológicos ambulatorios con dolor relacionado con el cáncer. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 38(4), 123-128.
- Muris, P., Meesters, C., Van den Hout, A., Wessels, S., Franken, I., & Rassin, E. (2007). Personality and Temperament Correlates of Pain Catastrophizing in Young Adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, 38(3), 171-181.
- Olivares, M. & Cruzado, J. (2008). Evaluación psicológica del dolor. *Clínica y salud*, 19(3), 321-341.
- Pelechano, V. (2005). Dolor crónico y trastornos de personalidad. *Boletín de Psicología*, 84, 59-76.
- Quiles, M., Van der Hofstadt, C., & Quiles, Y. (2003). Instrumentos de evaluación del dolor en pacientes pediátricos: una revisión (1ª parte). *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 10, 94-105.
- Ramírez, C., López, A. & Esteve, R. (2004). Personality characteristics as differential variables of the pain experience. *Journal of Behavioral Medicine*. 27(2), 147-165.
- Reidy, D., Dimmick, K., MacDonald, K. & Zeichner, A. (2009). The relationship between pain tolerance and trait aggression: effects of sex and gender role. *Aggressive Behavior*, 35(5), 422-429.
- Rivero, R., Piqueras, J., Ramos, V., García, L., Martínez, A. & Oblitas, L. (2008). *Suma Psicológica*, 15(1), 171-198.
- Rodríguez, M., Esteve, R., & López, A. (2000). Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. *Psicothema*, 12(3), 339-345.
- Rojas, J. (2003). Abordaje de la intervención psicológica en casos diagnosticados con dolor crónico. *Enfermería en Costa Rica*, 25(1), 16-21.
- Rothrock, J., Lopez, I., Zweifler, R., Andress-Rothrock, D., Drinkard, R., & Walters, N. (2007). Borderline Personality Disorder and Migraine. *Headache: The Journal of Head & Face Pain*, 47(1), 22-26.
- Sadigh, M. (1998). Chronic pain and personality disorders: Implications for rehabilitation practice. *Journal of Rehabilitation*, 64(4), 4-8.
- Sander, J., Bendtsen, L. & Jensen, R. (2007). Predictors of treatment outcome in headache patients with the Millon Clinical Multiaxial Inventory III (MCMI-III). *The Journal of Headache and Pain*, 8, 28-34.

- Serrano, M., Cañas, A., Serrano, C., García, P. L. & Caballero, J. (2002). Evaluación psíquica del dolor. *Dolor*, 17, 57-70.
- Silvemark, A., Källmén, H., Portala, K. & Molander, C. (2008). Life satisfaction in patients with long-term non-malignant pain - relating LiSat-11 to the Multidimensional Pain Inventory (MPI). *Health & Quality of Life Outcomes*, 61-10.
- Soucase, B., Monsalve, V. & Soriano, J. (2005). Coping with chronic pain: the role of assessment variables and coping strategies for the prediction of anxiety and depression in a sample of patients with chronic pain. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12(1), 8-16.
- Soucase, B., Soriano, J., Monsalve, V. & De Andrés, J. (2003). Aplicación del modelo transaccional de Lazarus y Folkman al dolor crónico: valoración, estrategias de afrontamiento y depresión. *INTERPSIQUIS*. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/articulos/trastorno_bipolar/9957/
- Torres, L., Troncoso, S., & Castillo, R. (2006). Dolor, ansiedad, depresión, afrontamiento y maltrato infantil entre pacientes fibromiálgicos, pacientes reumáticos y un grupo control. *Revista latinoamericana de Psicología*, 38(2), 285-298.
- Truyols, M., Pérez, J., Medinas, M., Palmer, A. & Sesé, A. (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 19(3), 295-320.
- Turk, D. & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Pain*, 70, 678-690.
- Valls, C. (2008). Diagnóstico diferencial del dolor y de la fibromialgia. *Anuario de Psicología*. 39(1), 87-92.
- Valls, C., Banqué, M., Fuentes, M. & Ojuel, J. (2008). Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. *Anuario de Psicología*, 39(1), 9-22.
- Vendrig, A., Derksen, J., & de Mey, H. (2000). MMPI-2 Personality Psychopathology Five (PSY-5) and prediction of treatment outcome for patients with chronic back pain. *Journal Of Personality Assessment*, 74(3), 423-438.
- Wang, W., Yang, T., Zhu, T., Mao, F., Livesley, W., Larstone, R., & Jang, K. (2005). Disordered personality traits in primary headaches. *Social Behavior And Personality*, 33(5), 495-502.

Recibido: Febrero 2010, Revisado: Abril 2010, Aceptado: Abril 2010