

Pensamientos automáticos negativos en el dolor crónico

F. J. Cano García, L. Rodríguez Franco

Psiquis, 2003; 24 (3): 137-145

Resumen

El análisis de los pensamientos automáticos negativos se ha revelado como elemento clave en la vivencia y manejo del dolor crónico. Ante la inexistencia de instrumentos validados en nuestro entorno, adaptamos el Inventario de Pensamientos Negativos en Respuesta al Dolor (INTRP) sobre una muestra de 205 pacientes de dolor crónico heterogéneo procedentes de diversos centros sanitarios públicos de la provincia de Sevilla (España). Se comprobó la fiabilidad y validez del inventario mediante varios procedimientos estadísticos, que incluyeron el análisis de múltiples procesos psicológicos (lugar de control, autoeficacia percibida, estrategias de afrontamiento, conductas de dolor, etc.) y parámetros clínicos (intensidad, frecuencia, medicación, etc.). El resultado final permite al profesional de la salud el análisis, no sólo de la frecuencia de pensamientos negativos en general, sino una categorización de su naturaleza (generales, pensamientos sociales negativos, de discapacidad, de falta de control y de culpa), pudiendo utilizar un baremo adjuntado al efecto.

Palabras clave: Dolor crónico. Pensamientos automáticos negativos. Evaluación psicológica. Inventario de Pensamientos Negativos en Respuesta al Dolor (INTRP).

Abstract

Automatic negative thoughts in chronic pain

The analysis of negative thoughts is a key component in appraisal and coping of chronic pain. No valid instruments are available in Spanish. Thus, we have adapted the Inventory of Negative Thoughts in Response to Pain (INTRP) on 205 chronic pain patients from public health services in Seville (Spain). We proved the reliability and validity of the inventory by several statistical procedures analysing different psychological processes (locus of control, self-efficacy, coping strategies, pain behaviours) and clinical parameters (intensity, frequency, medicine consumption). The final outcome let health care professionals analyse different kind of negative thoughts (negative self-statements, negative social cognitions, disability thoughts, lack of control cognitions and self-blame thoughts). We attach normative scores.

Key words: Chronic pain. Negative thoughts. Psychological assessment. Inventory of Negative Thoughts in Response to Pain (INTRP).

Introducción

La experiencia de dolor podría ser paradigmática de lo que entendemos por psicósomática. No siempre fue así, desde luego, y numerosísimos fenómenos clínicos extraordinarios han tenido que considerarse en este siglo para desterrar la concepción del dolor como sensación: el dolor de miembro fantasma, el dolor neuropático, el dolor psicógeno, etc. La búsqueda de una explicación a todos ellos permitió la consideración del dolor como una percepción muy compleja, ejemplificada en la Teoría de la Puerta (1). Más allá de su acierto en los aspectos neurofisiológicos, la importancia histórica de esta teoría reside en la reconceptualización del dolor como experiencia no sólo sensorial, sino también emocional y cognitiva. El posterior descubrimiento de complicados sistemas endógenos descendentes antinociceptivos como el opiáceo (2) contribuyó enormemente a hacernos una idea, que todavía sigue siendo aproximada, de por qué el dolor se cronifica en determinadas personas: en términos metafóricos, no cierran la puerta al dolor. Estas aportaciones propiciaron la creación, en los años 70, de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), cuyo primer cometido fue elaborar una definición de dolor: *El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión histica real o potencial o descrita en términos de la misma* (3).

Por supuesto, estos acontecimientos impulsaron enormemente la investigación psicológica del dolor. Como formularan Melzack y Wall (1), los procesos que “abren y cierran la puerta” son de diversa naturaleza, desde una lesión histica o una disfunción fisiológica, a una ira reactiva o la desesperación. En esencia son tres: cómo me siento con el dolor, qué pienso del dolor, y, por último, qué hago con él. La psicología cognitiva ha venido concediendo un papel muy relevante a los procesos cognitivos en la regulación del resto de procesos psicológicos, menos evolucionados. Sea como fuere, lo que sí parece cierto, es lo sencillo y útil que resulta aprovechar las capacidades humanas superiores para la intervención psicológica.

Existe ya una considerable evidencia científica sobre la importancia de los procesos cognitivos en la percepción del dolor (4, 5). Las variables más relevantes al respecto son las creencias de control y autoeficacia percibida sobre el dolor, las atribuciones y creencias irracionales acerca de éste, y los pensamientos automáticos negativos que se producen en las crisis o episodios de dolor (6-8).

En el caso concreto de los pensamientos automáticos negativos, la investigación revela su impor-

tancia en los procesos de percepción y ajuste al dolor crónico, especialmente en los períodos de crisis o agravación de los síntomas (9). Diversos estudios se centran en diferentes aspectos. Por ejemplo, Banks (10) comprobó cómo los pensamientos negativos –y no los positivos– se asociaban con direccionalidad recíproca con las fluctuaciones diarias del dolor, utilizando autorregistros durante períodos prolongados.

En efecto, los pensamientos negativos relacionados con el dolor se han asociado con parámetros sensoriales como la intensidad y la frecuencia del dolor (9, 11); con medidas de estrés percibido, como las escalas del SCL-90 (9, 12) o el WHYMPI (13), ansiedad y depresión (11, 14); con elevados niveles de inactividad e interferencia en la vida diaria (13); con disminución de la percepción de control y autoeficacia sobre el dolor (15); y con conductas de dolor y estrategias de afrontamiento desadaptativas como la catastrofización (9, 11).

Una reciente investigación experimental de Harvey y McGuire (16) puso de manifiesto la relevancia de los pensamientos automáticos negativos en una muestra clínica de dolor crónico (no inducido). Se pidió a los participantes que en tres fases diferenciadas “dejaran la mente en blanco”, “se centraran en sus pensamientos negativos sobre el dolor” y “suprimieran sus pensamientos negativos sobre el dolor”. La frecuencia, duración y disconfort de los pensamientos negativos en la fase de atención fue significativamente mayor que en las otras dos. Pero, no sólo eso, sino que en la fase de supresión activa de los pensamientos negativos, todos los parámetros anteriores fueron significativamente menores.

Con la evidencia anterior, es comprensible la necesidad de contar con instrumentos válidos, fiables y sencillos de utilizar por los profesionales de la salud implicados en la intervención sobre el dolor crónico.

El instrumento más destacado –y además prácticamente único– de evaluación específica de pensamientos automáticos negativos relacionados con el dolor crónico es el Inventario de Pensamientos Negativos en Respuesta al Dolor (*Inventory of Negative Thoughts in Response to Pain, INTRP*). Fue desarrollado por Gil et al. (9) a partir de una muestra de dolor crónico heterogéneo con el propósito de evaluar el contenido cognitivo que se asocia a las crisis o episodios de dolor. Las autoverbalizaciones negativas proceden de entrevistas clínicas con pacientes de dolor crónico. De los 33 ítems iniciales se eliminaron los que aparecieron sesgados y/o distribuidos bimodalmente, resultando finalmente en 21. A la pregunta *¿Con qué frecuencia tiene*

los siguientes pensamientos en un episodio de dolor?, los ítems se puntúan según una escala tipo Likert de 5 puntos: 0= Nunca; 1= Raramente; 2= A veces; 3= Con frecuencia; 4= Siempre. La muestra utilizada para validar el instrumento se compuso de 71 sujetos con dolor crónico heterogéneo, predominantemente lumbalgias y cefaleas, 64 sujetos con anemia falciforme y 50 sujetos procedentes de una clínica reumatológica.

El INTRP mostró una estructura trifactorial (análisis factorial con rotación oblicua Promax): a) Autoverbalizaciones Negativas (11 ítems, 50% de la varianza total explicada); b) Pensamientos Sociales Negativos (7 ítems, 30% de la varianza total explicada); y c) Autoinculpación (3 ítems, 20% de la varianza total explicada). La fiabilidad del instrumento resultó en unos α de Cronbach de 0,91; 0,82 y 0,73 para los tres factores, respectivamente. La validez de constructo del INTRP quedó demostrada al encontrarse correlaciones estadísticamente significativas entre los dos primeros factores y la intensidad del dolor, así como también lo hizo el número total de pensamientos negativos. Asimismo, todos los factores se asociaron con falta de sensación de control, uso de la catastrofización como estrategia de afrontamiento y síntomas de estrés psicológico.

Las propiedades psicométricas del INTRP han sido confirmadas por Osman et al. (12) en una muestra de 210 estudiantes universitarios con cefaleas. La estructura factorial resultó idéntica (salvo el ítem 8). Los coeficientes α fueron de 0,90; 0,86 y 0,79 para cada factor respectivamente, y, aunque sólo se evaluó la relación del instrumento con síntomas de estrés psicológico (SCL-90), ésta fue similar a la del trabajo original.

Utilizado en diversos estudios (13, 15, 17), el INTRP se ha revelado como uno de los instrumentos más adecuados para evaluar psicométricamente pensamientos negativos automáticos específicamente relacionados con el dolor crónico. Pensando en su aplicabilidad como *screening* del lenguaje interno potencialmente cronificador del dolor, nuestro objetivo es adaptarlo a nuestro entorno para ser utilizado con garantías en los diversos ámbitos de intervención sobre el dolor crónico.

Material y métodos

Sujetos

La muestra total la componen 205 casos de dolor crónico reclutados en tres centros de la ciu-

dad de Sevilla. Dos de ellos son de atención primaria, concretamente los centros de salud de Montequinto y Torreblanca. El tercero es la unidad de dolor del hospital Virgen del Rocío. El 33% de los diagnósticos fue de migraña (fundamentalmente migraña sin aura); el 24% de cefalea tensional crónica; el 24% de dolor de origen muscular (fundamentalmente fibromialgia y lumbalgia); y el 19% de dolor de origen óseo (básicamente artrosis y artritis)*.

El 86% de la muestra fueron mujeres; la edad media fue de 41 (± 10) años; y la renta per cápita media 3982 (± 4911) euros. El 83% estaban casados, el 11% solteros y el 6% en situación diferente de las anteriores. Un 21% de los sujetos no poseía ningún nivel académico, un 46% estudios de EGB, un 22% BUP o FP y un 11% estudios universitarios. Un 47% eran amas de casa, un 29% trabajaba, un 14% se encontraba en situación de invalidez provisional o permanente, un 5% estudiaba, y un 5% se encontraba desempleado.

La duración media del trastorno fue de 12,5 ($\pm 10,3$) años; la duración media de los episodios de dolor fue de 24 (± 16) horas; la intensidad media del dolor de 6,7 ($\pm 1,9$) sobre un máximo de 10 en una escala visual analógica; la frecuencia media fue de 18,6 ($\pm 12,2$) episodios al mes; el promedio de analgésicos diarios de 1,9 ($\pm 2,1$); el de ansiolíticos diarios 0,42 ($\pm 0,9$); y el de antidepresivos diarios de 0,12 ($\pm 0,6$).

Instrumentos

Tradujimos la versión original del INTRP al castellano, casi literalmente y sin apenas dificultad, pues las expresiones son cortas y muy sencillas. Respetamos el orden de los ítems, las modalidades de respuesta y sistema de puntuación.

Junto al INTRP se utilizaron otros instrumentos que nos permitieron realizar una evaluación exhaustiva de diferentes aspectos implicados en el dolor crónico. El primero de ellos fue una historia clínica, elaborada *ad hoc* para evaluar los parámetros sensoriales del dolor. El resto fueron instrumentos adaptados por nosotros para valorar distintos procesos psicológicos. En concreto, el

* El diagnóstico de las cefaleas fue realizado por los médicos de atención primaria según los criterios de la Sociedad Internacional de Cefaleas (18), supervisados por el neurologo de zona. El diagnóstico de los pacientes correspondientes a los grupos de dolor muscular y óseo fue recogido de las historias clínicas realizadas en la Unidad de Dolor.

lenguaje interno ansiógeno, con el Anxious Self-Statements Questionnaire (ASSQ) (19); el lenguaje interno depresógeno, con el Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ) (19); las conductas de dolor, con el Cuestionario de Conductas de Dolor (PBQ) (20); las estrategias de afrontamiento, con el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento del dolor (CSQ) (21); el lugar de control, con la Escala de Locus de Control en Cefaleas (HSLC) (22); y la autoeficacia percibida, con la Escala de Autoeficacia Percibida para las Cefaleas (HSES) (22). Estos dos últimos fueron modificados y adaptados para permitir la evaluación, no sólo de cefaleas, sino de cualquier tipo de dolor crónico.

Procedimiento

El INTRP se administró incluido en una batería más amplia de pruebas, en citas individuales concertadas con los pacientes en todos los centros. En todos los casos se realizó una evaluación de la intensidad de dolor presente con una escala analógica visual (0-10).

Para comprobar la validez del cuestionario INTRP utilizamos tres tipos de procedimientos: Análisis Factorial, Correlación de Pearson y ANOVA unifactorial. El primero se ha dirigido a comprobar la estructura interna del instrumento, mientras que los siguientes valoran la validez de constructo.

En el análisis factorial, la extracción de factores se realizó por el procedimiento de Componentes Principales (autovalores por encima de 1), en el que las variables son combinaciones lineales exactas de los factores. Tras la extracción se realizó una rotación Varimax (comunalidades estimadas por iteración, como máximo 25), descartando las cargas factoriales inferiores a 0,30. Este tipo de rotación es ortogonal y su objetivo es simplificar la interpretación de los factores. Los factores obtenidos se convirtieron en variables sumando las puntuaciones de los ítems correspondientes.

En cuanto a los coeficientes de correlación de Pearson, esperábamos encontrar asociaciones significativas tanto con parámetros sensoriales como psicológicos del dolor. Los ANOVAS nos sirvieron para desvelar la relación entre variables sociodemográficas y pensamientos negativos.

Para determinar la fiabilidad del INTRP se han utilizado dos procedimientos: el coeficiente α de Cronbach y la división en dos mitades (índice de igual longitud de Spearman Brown).

Resultados

Estructura y consistencia interna del INTRP

Como puede apreciarse en la Tabla I, el INTRP mostró una estructura penta factorial que explicó el 64,6% de la varianza total; respectivamente, un 35,8%, 11,6%, 7,4%, 5,1% y 4,8%.

El primer factor, al que denominamos Pensamientos Negativos (general), se compone de los ítems 10, 4, 17, 8, 7 y 19. Parece valorar un constructo muy global que implica aspectos contenidos específicamente en otros factores, como la percepción de discapacidad y culpa, fundamentalmente.

El segundo, cuya denominación es Pensamientos Sociales Negativos, se compone de los ítems 12, 16, 14 y 15. Expresa claramente una ideación de queja sobre el comportamiento de los demás: incredulidad, despreocupación y aislamiento hacia el individuo y su enfermedad.

El tercero, al que llamamos Pensamientos de Discapacidad, se compone de los ítems 3, 11, 5, 2, 6 y 9. Se centra muy específicamente en la percepción de progresiva discapacidad experimentada por el sujeto y propiciada por el trastorno.

El cuarto, denominado Pensamientos de Falta de Control, se compone de los ítems 18, 1 y 13. Parece evidenciar una percepción de ausencia de control del dolor.

Por último, el quinto factor, al que denominamos Pensamientos de Autoinculpación, se compone de los ítems 20 y 21. Refleja pensamientos de culpabilidad en relación con el padecimiento del dolor.

Como puede observarse en la Tabla I, el ítem 9 (*Me voy a convertir en un inválido*) pertenecía originalmente al factor I, Pensamientos Negativos. Sin embargo, dado que su carga factorial en el factor III, Pensamientos de Discapacidad, es muy similar, que es más incluíble teóricamente en este último, y que la consistencia interna del factor III aumenta (α de Cronbach de 0,80 a 0,83), sin disminuir excesivamente en el factor I (α de Cronbach de 0,86 a 0,85), nos decidimos a incluirlo en el factor III, Pensamientos de Discapacidad.

Con respecto a la consistencia interna, los valores α de Cronbach fueron de 0,85 para el factor I; 0,84 para el II; 0,83 para el III; 0,66 para el IV; y 0,78 para el V. Todos fueron significativos (prueba F) al $p < 0,01$ excepto el factor V, que lo fue al $p < 0,05$.

Para los factores que obtenemos en el INTRP han resultado unos índices de Spearman Brown, respectivamente: 0,86 para el factor I; 0,85 para el factor II; 0,86 para el factor III; 0,59 para el factor IV;

TABLA I

Estructura factorial del INTRP

	I	II	III	IV	V
Factor I					
10. Soy una carga para mi familia	0,79				
04. Soy un inútil	0,77				
17. No puedo hacer nada por los demás	0,73				
08. No puedo depender tanto de mi familia y amigos	0,69				
07. Soy despreciable	0,66				
19. Debo de haber hecho algo malo para tener este dolor	0,42				
Factor II					
12. Nadie se preocupa de mi dolor		0,83			
16. Ya nadie se preocupa de mí		0,80			
14. Nadie quiere escuchar mis problemas		0,79			
15. La gente no cree que yo tenga dolor		0,72			
Factor III					
03. No puedo estar haciendo nada mucho rato			0,74		
11. Sé que hacer cualquier cosa empeora mi dolor			0,69		
05. Mi familia se ha hecho cargo de todas mis responsabilidades			0,65		
02. Otras personas tienen que hacer las cosas por mí			0,59		
06. Me da miedo hacer cualquier cosa			0,59		
09. Me voy a convertir en un inválido	(0,47)		0,44		
Factor IV					
18. No puedo controlar este dolor				0,75	
01. Mi dolor está empeorando				0,72	
13. No hay derecho a que tenga que vivir así				0,57	
Factor V					
20. Es culpa mía que me duela así					0,87
21. Me he hecho daño a mí mismo otra vez					0,82

TABLA II

Baremo de puntuaciones en la escala INTRP

		PNG	PSN	PDD	PFC	PAI	Puntuación total
Percentiles	1	0	0	0	0	0	0
	10	0	0	0	1	0	4
	20	0	0	2	2	0	8
	30	0	0	3	3	0	11
	40	0	2	4	4	0	14
	50	1	2	6	5	0	17
	60	2	4	7	6	0	22
	70	4	6	10	7	2	28
	80	8	8	12	9	4	34
	90	13	11	16	10	5	45
N=205	99	23	16	22	12	8	70
Media		3,73	4	6,99	5,3	1,3	21,42
Desviación típica		5,44	4,52	5,83	3,5	2,17	16,21

PNG: Pensamientos Negativos factor general; PSN. Pensamientos Sociales Negativos; PDD: Pensamientos de Discapacidad. PFC: Pensamientos de Falta de Control; PAI: Pensamientos de Autoinculpación.

y 0,78 para el factor V. Todos ellos fueron significativos (Prueba F) al $p < 0,01$, salvo el factor V, que lo fue al $p < 0,05$.

En la Tabla II presentamos los estadísticos básicos de los cinco factores, así como de la puntuación total de la escala, incluidos percentiles, que pueden servir de referencia en la aplicación de la prueba.

Validez de constructo del INTRP

Los ANOVAS revelaron que la puntuación total en la escala INTRP fue estadísticamente diferente según el género (mayor en las mujeres, $p < 0,05$); el nivel académico (mayor en las personas sin estudios, $p < 0,01$); y la situación laboral (mayor en las amas de casa y las personas en situación de invalidez, $p < 0,01$). La correlación de Pearson reveló una asociación positiva con la edad ($p < 0,05$). Estos resultados permanecieron cuando se utilizaron las variables extraídas en el análisis factorial, añadiéndose la asociación con una menor renta *per cápita* en el caso de los Pensamientos Sociales Negativos ($p < 0,01$) y los Pensamientos de Falta de Control ($p < 0,01$).

En la Tabla III se presentan las principales asociaciones de los pensamientos negativos con un amplio conjunto de variables implicadas en el dolor crónico.

En primer lugar, se producen correlaciones positivas entre las puntuaciones en pensamientos negativos y los principales parámetros sensoriales del dolor: intensidad, frecuencia y consumo de fármacos. Son especialmente destacables las que se producen entre pensamientos de falta de control e intensidad del dolor, y entre pensamientos de discapacidad y frecuencia del dolor.

En segundo lugar, todos los pensamientos negativos presentan una asociación positiva con todos los tipos de lenguaje interno ansiógeno y depresógeno relacionados con el dolor, criterio éste de validez concurrente, como hemos expuesto en otro lugar (19). Si hemos de destacar algunos especialmente relevantes serían el lenguaje interno depresógeno relativo a sentirse indefenso ante el dolor, así como el lenguaje interno ansiógeno relativo a sentirse culpable y confuso y preocuparse por el futuro.

En tercer lugar, las correlaciones de las puntuaciones en pensamientos negativos con los tres tipos de lugar de control son positivas, aunque de forma mucho más importante en el caso del lugar de control interno por azar. Sin embargo, ocurre lo contrario con las expectativas de autoeficacia percibida sobre el dolor.

En cuarto lugar, las asociaciones positivas de los pensamientos negativos con estrategias de afrontamiento se producen con las basadas en catastrofizar y tener fe y rezar, especialmente con la primera. Por el contrario, se producen correlaciones negativas con las estrategias basadas en ignorar el dolor y proporcionarse autoinstrucciones para afrontarlo.

Finalmente, son positivas todas las asociaciones entre pensamientos negativos y conductas de dolor: quejas verbales y no verbales, evitación de estímulos, situaciones y actividades. Las correlaciones más intensas se producen con las quejas no verbales (gemidos, suspiros, gestos de dolor, llantos, etc.).

Discusión

El INTRP ha demostrado ser un instrumento válido y fiable para evaluar los pensamientos automáticos negativos relacionados con el dolor en nuestra muestra de dolor crónico heterogéneo.

Por lo que respecta a su estructura interna, la mayor parte de la varianza es asumida por el primer factor, al igual que ocurriera en el estudio de Osman et al. (12). Si bien en el estudio original de Gil et al. (9) no se aporta este dato, el porcentaje de varianza total explicado por nuestra estructura factorial es sensiblemente superior al obtenido en el estudio de replicación de Osman et al. (12). La estructura factorial encontrada por estos últimos autores es idéntica a la del estudio de aquéllos, salvo que el ítem 8 (*No puedo depender tanto de mi familia y amigos*) no obtuvo la suficiente carga factorial en la segunda investigación. Por este motivo, en la comparación entre sus resultados y los nuestros englobaremos en algunas ocasiones ambas investigaciones.

La estructura factorial del INTRP en nuestra muestra es similar a la de Gil et al. (9) y Osman et al. (12). Así, nuestros cinco factores tienen menos ítems pero se agrupan de forma similar a los tres suyos. De los once elementos de que consta el factor general Pensamientos Negativos en los trabajos citados, cuatro permanecen en el mismo factor en nuestro estudio, mientras que seis configuran un nuevo factor que denominamos Pensamientos de Discapacidad. Por lo que respecta al factor original Pensamientos Sociales Negativos, de siete ítems, también ha experimentado un desdoblamiento en nuestra muestra: cuatro de ellos han permanecido en el mismo factor, mientras que dos contribuyen a configurar uno nuevo que denominamos Pensamientos de Falta de Control. Del tercer y último factor, Pensamientos de Autoinculpación, con tres

TABLA III

Asociaciones de las puntuaciones en pensamientos negativos con diversas medidas

<i>Puntuación</i>	<i>PNG</i>	<i>PSN</i>	<i>PDD</i>	<i>PFC</i>	<i>PAI</i>	<i>Total</i>
Parámetros sensoriales						
Intensidad del dolor	0,24**	-	0,29**	0,47**	-	0,33**
Frecuencia del dolor	0,18*	0,19**	0,33**	0,16*	-	0,28**
Consumo diario de ansiolíticos	0,16*	-	0,18*	-	-	0,19**
Consumo diario de antidepresivos	0,24**	-	-	-	-	0,15**
Ansiedad cognitiva						
Sentir el dolor como intolerable	0,65**	0,38**	0,54**	0,71**	0,33**	0,72**
Preocuparse por el futuro	0,62**	0,45**	0,61**	0,60**	0,36**	0,74**
Sentirse culpable y confuso	0,65**	0,52**	0,55**	0,54**	0,50**	0,76**
Tener dudas sobre la autoeficacia	0,46**	0,37**	0,29**	0,48**	0,34**	0,51**
Tristeza cognitiva						
Tener un autoconcepto negativo	0,70**	0,48**	0,45**	0,51**	0,42**	0,69**
Sentirse indefenso	0,77**	0,53**	0,60**	0,61**	0,41**	0,81**
Adaptarse mal al dolor	0,54**	0,41**	0,38**	0,48**	0,32**	0,58**
Autorreprocharse	0,63**	0,41**	0,37**	0,36**	0,44**	0,60**
Creencias de control y autoeficacia						
Lugar de control interno	0,17**	-	0,18**	-	0,16*	0,21**
Lugar de control por azar	0,42**	0,38**	0,45**	0,58**	-	0,55**
Lugar de control por profesionales de la salud	0,13*	-	0,15*	-	-	0,17*
Autoeficacia percibida sobre el dolor	-0,22**	-0,18*	-	-0,17*	-	-0,21**
Estrategias de afrontamiento						
Catastrofizar	0,64**	0,34**	0,52**	0,74**	0,31**	0,70**
Darse autoinstrucciones	-0,31**	-	-0,20**	-0,23**	-0,14*	-0,37**
Ignorar el dolor	-0,20**	-	-0,37**	-0,30**	-	-0,30**
Tener fe y rezar	0,28**	0,20**	0,33**	0,31**	-	0,36**
Conductas de dolor						
Quejarse no verbalmente	0,41**	0,23**	0,51**	0,54**	0,17*	0,52**
Evitar estímulos o situaciones	-	-	-	0,29**	-	0,27**
Quejarse verbalmente	0,34**	0,15*	0,21**	-	-	0,17*
Evitar actividades	0,19**	-	0,33**	0,19**	-	0,26**

PNG: Pensamientos Negativos factor general; PSN: Pensamientos Sociales Negativos; PDD: Pensamientos de Discapacidad; PFC: Pensamientos de Falta de Control; PAI: Pensamientos de Autoinculpación. Estadístico: r de Pearson; *p<0,01; **p<0,05

ítems, permanecen en nuestra estructura dos, denominándose de la misma forma.

Por tanto, sólo tres ítems no cargan en los mismos factores de los trabajos de Gil et al. (9) y Osman et al. (12), sino en otros. En concreto, en Pensamientos de Falta de Control el ítem 1 y en Pensamientos Negativos General los ítems 8 y 19.

En cuanto a la fiabilidad de los factores, nuestros coeficientes fueron suficientemente elevados, en términos similares a los obtenidos en los dos trabajos mencionados anteriormente.

Hemos acometido una validación de constructo más ambiciosa que las efectuadas por Gil et al. (9) y Osman et al. (12). No sólo hemos explorado la asociación de los pensamientos automáticos negativos con los parámetros sensoriales del dolor, sino también su papel en el proceso de valoración y afrontamiento del dolor de nuestros pacientes.

Así, hemos contextualizado los pensamientos automáticos negativos sobre el dolor con aspectos sociobiográficos. Parecen afectar más a mujeres, en concreto amas de casa, personas en situación

de invalidez, de más edad, menor renta *per cápita* y menor nivel académico. En definitiva, a las personas con menos recursos y más desfavorecidas. Además, nuestro trabajo confirma no sólo la asociación directa de los pensamientos automáticos negativos sobre el dolor con la frecuencia e intensidad percibida de éste, sino también la producida con el consumo de ansiolíticos e incluso antidepresivos. Para corroborar aún más este hallazgo, existe una correspondencia extraordinaria con las medidas de lenguaje interno ansioso y depresivo; esto es, los pensamientos automáticos negativos sobre el dolor se constituyen en un auténtico lenguaje interno ansiógeno y depresógeno que modula la valoración y afrontamiento de esta experiencia.

¿Cómo? En cuanto a la valoración, el dolor asociado a pensamientos automáticos negativos se vive fundamentalmente fuera del control de la persona, como fruto del azar (o del destino), al mismo tiempo que se manifiesta una percepción de incapacidad para manejarlo. Esta valoración del dolor conduce a un afrontamiento fundamentalmente pasivo y desadaptativo, centrado fundamentalmente en quejas, lamentos catastrofistas, evitación de situaciones y actividades, y plegarias.

El presente trabajo, por tanto, pretende contribuir a la comprensión del papel que desempeñan los pensamientos automáticos negativos en la valoración y afrontamiento de la experiencia dolorosa, adaptando un instrumento sencillo, válido y fiable que permite analizar no sólo la producción de dichos pensamientos, sino también diversificarlos en categorías específicas que se relacionan con aspectos concretos de la vivencia del dolor.

Correspondencia:
Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos
Psicológicos
Universidad de Sevilla
C/ Camilo José Cela, s/n
E-41018 Sevilla
E-mail: fjcano@us.es

Bibliografía

1. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 1965; 150:971-979.
2. Reynolds DV. Surgery in the rat during electrical analgesia induced by focal brain stimulation. *Science*, 1969; 164:444-445.
3. Merskey H. Pain Terms. A list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP subcommittee on taxonomy. *Pain*, 1974; 6:249-252.
4. Comeche MI, Díaz MI, Vallejo MA. Cognitive factors in chronic pain. *Psychology in Spain*, 1999. 3(1):75-87
5. Phillips HC. El tratamiento psicológico del dolor crónico. Madrid: Pirámide, 1988.
6. Sharp TJ. Chronic pain: a reformulation of the cognitive-behavioural model. *Behaviour research and therapy*, 2001; 39:787-800.
7. Vallejo MA, Comeche MI. Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico. Madrid: UNED, 1994.
8. Rodríguez L, Cano FJ. Papel del psicólogo en el abordaje del dolor. *Actualizaciones en Dolor*, 2001. 2(4):279-288.
9. Gil KM, Williams DA, Keefe FJ, Beckham JC. The relationship of negative thoughts to pain and psychological distress. *Behavior Therapy*, 1990; 21(3):349-362.
10. Banks SM. The role of cognition in daily fluctuations of pain. *Dissertation Abstracts International. Section B. The Sciences and Engineering*, 1998; 58(11-B): 6224.
11. Boston K, Pearce SA, Richardson PH. The pain cognitions questionnaire. *Journal of psychosomatic research*, 1990; 34(1):103-109.
12. Osman A, Bunker S, Osman JR, Fisher L. The Inventory of Negative Thoughts in Response to Pain. Factor structure and psychometric properties in a college sample. *Journal of Behavioral Medicine*, 1993. 16(2):219-224.
13. Stroud MW, Thorn BE, Jensen MP, Boothby JL. The relation between pain beliefs, negative thoughts, and psychosocial functioning in chronic pain patients. *Pain*, 2000; 84(2-3):347-352.
14. Ingram RE, Atkinson JH, Slater MA, Saccuzzo DP et al. Negative and positive cognition in depressed and nondepressed chronic-pain patients. *Health Psychology*, 1990; 9(3):300-314.
15. Litwins NM. The role of cognitions in pain and depression. *Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering*, 1997; 57(10-B):6582
16. Harvey AG, McGuire BE. Suppressing and attending to pain-related thoughts in chronic pain patients. *Behaviour research and therapy*, 2000; 38:1117-24.
17. Wilson JJ, Gil KM, Raezer L. Self-evaluation, coping, and depressive affect in african american adults with sickle cell disease. *Cognitive therapy and research*, 1997; 21(4): 443-457.

18. *International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalalgia, 1988; 8(SUPPL.7):1-96.*
19. *Cano FJ, Rodríguez L. Evaluación del lenguaje interno ansiógeno y depresógeno en la experiencia de dolor crónico. Apuntes de Psicología, 2002; 20(3):329-346.*
20. *Rodríguez L, Cano FJ, Blanco A. Conductas de dolor y discapacidad en migrañas y cefaleas tensionales. Adaptación española del Pain Behavior Questionnaire (PBQ) y del Headache Disability Inventory (HDI). Análisis y modificación de conducta. 2000. 26(109):739-762.*
21. *Rodríguez L, Cano FJ. Evaluando las estrategias de afrontamiento del dolor crónico. (Manuscrito en revisión por la Revista Latinoamericana de Psicología), 2003.*
22. *Cano FJ. Variables psicológicas implicadas en migraña y cefalea tensional. Un estudio comparativo con otros trastornos por dolor crónico. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Sevilla, 2001.*