

DESARROLLO DE UN INVENTARIO PARA LA EVALUACIÓN COGNITIVA EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO

Carmen Ramírez Maestre, María Rosa Esteve Zarazaga
y Alicia Eva López Martínez
Universidad de Málaga (España)

Resumen

En el ámbito de estudio del dolor crónico, trabajos recientes subrayan la importancia de la evaluación cognitiva que llevan a cabo los pacientes sobre su dolor, sin embargo, es muy escaso el número de instrumentos que nos permite medir dicha variable. El principal objetivo de este trabajo es desarrollar un inventario para ello. Con una muestra de 224 pacientes, se crean los ítems del instrumento partiendo de la definición de evaluación cognitiva incluida en el *modelo transaccional del estrés* y las consecuencias del padecimiento de dolor crónico (p.ej., pérdida de autonomía, sensación de amenaza sobre su estatus familiar y laboral). El análisis de componentes principales arroja tres componentes de evaluación primaria: pérdida o daño, amenaza y desafío, incluidos en un total de 31 ítems. Las tres escalas mostraron altos niveles de consistencia interna y validez concurrente respecto al dolor, el afrontamiento y el funcionamiento diario. El *Inventario de evaluación cognitiva* para pacientes con dolor crónico (*IEC*) aparece así como un instrumento prometedor para su utilización en futuras investigaciones con este tipo de pacientes. PALABRAS CLAVE: *afrontamiento, dolor crónico, evaluación cognitiva, estudio instrumental.*

Abstract

In chronic pain context, recent studies have begun to consider the relevance of the patient's cognitive appraisal about their pain. Nevertheless, there are not many instruments that allow us to measure the cognitive appraisal of

Correspondencia: Carmen Ramírez Maestre, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, Universidad de Málaga, Campus de Teatinos, s/n, 29071 Málaga (España). E-mail. cramirez@uma.es

Agradecimientos: Este trabajo ha recibido una ayuda de la Universidad de Málaga para proyectos Modalidad A, la ayuda de la Dirección General de Promoción del Conocimiento (PM97-0152) y de la Junta de Andalucía (HUM-566). Queremos expresar nuestro agradecimiento al Dr. D. Manuel Rodríguez (director), a todo el personal y a los pacientes de la Unidad del Dolor y del Servicio de Reumatología de la Residencia Carlos Haya de Málaga.

pain. The main purpose of this study was the development of an instrument to measure cognitive primary appraisal in chronic pain patients. First, following transactional models of stress and considering the consequences that chronic pain has in patients (e.g., loss of autonomy, threat to familiar or work roles), the items of the instrument were formulated. Principal component analysis revealed three components of primary appraisal: (1) loss or harm, (2) threat and (3) challenge. In a sample of 224 subjects with chronic pain, the three scales showed high internal consistency and criteria validity in relation to pain, coping and functioning. The Cognitive Appraisal Inventory («Inventario de evaluación cognitiva», IEC) appears to be a promising scale for use in future chronic pain research.

KEY WORDS: *coping, chronic pain, cognitive appraisal, instrumental study.*

Introducción

Desde el *modelo transaccional del estrés* (Lazarus y Folkman, 1984), el estrés viene determinado por aspectos relativos a la situación, las características personales del individuo y la evaluación que realiza éste de la situación ante la que se encuentra. Desde esta perspectiva teórica, la evaluación cognitiva determinará en gran medida las consecuencias que una situación estresante tenga sobre la vida del individuo. A pesar de la amplia aceptación de este modelo, son muy escasos los estudios acerca de esta variable. La evaluación cognitiva es un proceso mediante el que el individuo valora el efecto que una situación puede tener en su bienestar (evaluación primaria) y considera cómo debe afrontarla (evaluación secundaria) para manejar sus demandas (Lazarus y Folkman, 1984). El presente trabajo se centrará en lo que los autores denominan *evaluación cognitiva primaria*. Siguiendo este modelo teórico, una evaluación de *pérdida o daño* significa que el individuo considera que la situación en la que se encuentra le está produciendo, o ya le ha producido, daños y/o pérdidas importantes en alguna de las áreas vitales (afectiva, laboral, etc.). La evaluación de *amenaza*, sin embargo, implica creer que en un futuro se producirán dichas pérdidas o dichos daños. Por último, si el individuo evalúa en términos de *desafío* pensará que es posible obtener algún beneficio tras el manejo adecuado de la situación.

La importancia de la evaluación cognitiva en el ámbito de la salud ha sido ampliamente demostrada en numerosos estudios empíricos que presentan esta variable como un factor crítico en el bienestar de los pacientes. En este sentido se pueden encontrar trabajos que analizan el papel de la evaluación cognitiva que realizan pacientes con cáncer (Arathuzik, 1991; Jenkins y Pargament, 1988; Parle y McGuire, 1995), VIH/sida (Nyamathi, Flanskerud, Bennett y Leake, 1994; Sharts, Nancy, Regan-Kubiuski, Lincoln, y Heverly, 1996), diabetes (Murphy, Thompson y Morris, 1997), y esclerosis múltiple (Wineman, Durand y Steiner, 1994). Estudios recientes comienzan a considerar la importancia de la evaluación cognitiva de los pacientes con dolor crónico. Algunos trabajos concluyen que la evaluación que hacen estos pacientes de su dolor tiene consecuencias importantes en la eficacia de las estrategias de afrontamiento que ponen en marcha (Barroclough y

Parle, 1997; Beugnot, 2002; Compas, Worsham, Sydney y Howell, 1996; Chang, 1998; Folkman, Lazarus, Gruen y DeLongis, 1986; Jensen, Turner y Romano, 2001; Jones, Rollman, White, Hill y Brooke 2003; Lame, Peters, Vlaeyen, Kleef y Patijn, 2005; McCracken, Eccleston y Bell, 2005; McCrae, 1984; Mikulincer y Florian, 1995; Spinhoven, Ter Kuile, Linssen y Gazendam, 1989; Turner, Jensen y Romano, 2000; Unruh, Ritchie y Merskey, 1999). Los resultados del trabajo de Unruh *et al.* (1999) muestran la existencia de un fuerte nexo entre las evaluaciones de amenaza y el uso de estrategias de afrontamiento que conducen a una pobre adaptación a la situación estresante. Por otro lado, la evaluación de desafío se relaciona con un tipo de afrontamiento eficaz que permite al individuo un mayor bienestar. De acuerdo pues con éste y otros estudios, la evaluación del dolor puede influir decisivamente en el afrontamiento, así como en los niveles de depresión, ansiedad, funcionamiento diario e intensidad de dolor de los pacientes (Anarte, Ramírez-Maestre, López y Esteve, 1999; Beugnot, 2002; Jones *et al.*, 2003; Ramírez-Maestre, Valdivia, Anarte y Masedo, 2000; Soriano y Monsalve, 1999).

Pese a la clara relevancia del constructo que nos ocupa, la elaboración de un instrumento que permita medir la evaluación del dolor que llevan a cabo los pacientes con dolor crónico es aún una necesidad. No es hasta la década de los 90 cuando aparecen los primeros instrumentos elaborados para medir la evaluación de los acontecimientos estresantes. Concretamente, Peacock y Wong (1990) y Dewe (1993) crean sendos instrumentos para conocer la evaluación cognitiva en situaciones de estrés laboral. Posteriormente, otros autores proponen ciertas preguntas para medir cómo evalúan los individuos situaciones categorizadas por los mismos como estresantes (Aldwin, Sutton, Chiara y Spiro, 1996; Ptacek, Smith y Dodge, 1994). En el contexto del dolor crónico, cabe señalar la escala elaborada por Reagan, Loring y Thoresen (1998) para medir evaluaciones cognitivas y estrategias de afrontamiento empleadas por pacientes con artritis, así como las siete preguntas que Soriano y Monsalve (1999) incluyen en un interesante estudio con el objeto de conocer la valoración que los pacientes realizan del dolor. En conclusión, los instrumentos específicos para conocer cómo evalúan los pacientes su dolor (conceptualizando la variable desde el *modelo procesual del estrés*) son muy escasos y con pocos datos acerca de sus propiedades psicométricas. Dada la relevancia de las consecuencias que tiene la evaluación del dolor en el bienestar del paciente, la elaboración de una escala específica, con fuertes bases teóricas y características psicométricas de calidad sería de gran utilidad en el ámbito clínico. Con este propósito, se llevó a cabo el presente estudio. En primer lugar, se formularon las preguntas a partir de las definiciones de evaluación cognitiva propuesta por la teoría, así como de trabajos empíricos en los que se contrasta la influencia de la evaluación en la adaptación del paciente a su dolor. La calidad psicométrica de la escala creada será contrastada con la participación de una muestra de 224 pacientes con dolor crónico.

Método

Participantes

La Tabla 1 recoge las características de la muestra.

Tabla 1
Características de la muestra (n = 224)

<i>Edad</i>	Media Desviación típica Rango	55,7 13 17-87
<i>Sexo</i>	Mujeres Hombres	63,8 % 36,2 %
<i>Nivel educativo</i>	Conocimientos de lecto- escritura Estudios Primaria Estudios Secundaria Diplomatura Universitaria Licenciatura Universitaria	45,6 % 31,9 % 13,3 % 4,9 % 4,4 %
<i>Tiempo con dolor</i>	Media Desviación típica Rango	115,2 meses (9,6 años) 118,92 6 meses-52 años
<i>Diagnósticos</i>	Dolor musculoesquelético Dolor oncológico Cefaleas y neuralgias	83 % 12,6 % 4,4 %

Instrumentos

a) «Cuestionario de dolor de McGill» (Melzack, 1975) en la versión española desarrollada por Lázaro, Bosch, Torrubia y Baños (1994). Utilizado para evaluar el grado de dolor manifestado por los pacientes. Se trata de una escala compuesta por 64 descriptores de dolor agrupados en 19 subclases. El paciente debe escoger los descriptores que mejor describan su dolor, seleccionando sólo uno de cada subclase (p.ej., subclase 19: débil, soportable, intenso o terriblemente molesto). Los descriptores se ordenan según el nivel de intensidad de dolor percibido. El instrumento

proporciona una puntuación total de dolor que se obtiene a partir de la suma de las puntuaciones en cada una de las 19 subclases. En la versión en español, la escala total presenta una buena consistencia interna ($\alpha = 0,74$).

B) «Inventario Vanderbilt para el afrontamiento del dolor» (VPMI) (Brown y Nicassio, 1987) en su versión española (Esteve, López y Ramírez-Maestre, 1999). Empleado para evaluar la variable estrategias de afrontamiento. Este cuestionario evalúa dos estrategias de afrontamiento generales: activas y pasivas. Las primeras estarían dirigidas al control del dolor o a seguir funcionando a pesar de él (p.ej., *Cuando le duele, usted procura distraerse del dolor*); con las estrategias pasivas se cede a otros el control del dolor (ejemplo: *Cuando le duele, usted piensa que no puede hacer nada para aliviar el dolor*). Consta así de 18 ítems agrupados en dos escalas que muestran una consistencia interna aceptable (escala de estrategias activas: $\alpha=0,63$; escala de estrategias pasivas: $\alpha=0,70$). El paciente debe valorar en una escala de 1 a 4 la frecuencia con la que hace o piensa lo descrito en el ítem (1=Casi nunca; 4=Casi siempre).

c) «Instrumento de deterioro y funcionamiento para pacientes con dolor crónico» (IDF) (Ramírez-Maestre y Valdivia, 2003). Elaborado con población española, consta de 19 ítems que permiten obtener dos índices generales: el nivel de funcionamiento actual y el nivel de deterioro, ambos con índices de fiabilidad elevados (funcionamiento: $\alpha= 0,76$; deterioro: $\alpha= 0,72$). El paciente deberá expresar en una escala de 1 a 9 la frecuencia con la que ha llevado a cabo durante la última semana cada una de las actividades recogidas en los ítems (p.ej., *He visitado a mis amigos*; *He hecho la compra*). Para evaluar el deterioro deberá además contestar *si o no* realizaba esas actividades antes de sufrir dolor.

Elaboración del instrumento de evaluación cognitiva

Como ya se ha comentado, el primer paso en la construcción del instrumento de evaluación cognitiva para pacientes con dolor crónico, fue la creación de los ítems que conformarían el inventario. Para ello, este equipo de investigación llevó a cabo un análisis teórico de los constructos a evaluar en el ámbito del dolor crónico. Así, se partió de la definición de evaluación cognitiva propuesta por Lazarus y Folkman (1984) en su teoría transaccional del estrés. De esta forma, se habrían de generar preguntas que recogieran tres tipos posibles de evaluación: de pérdida o daño, de amenaza y de desafío. Con el objeto de que los ítems fueran específicos para una muestra de pacientes con dolor crónico, se analizaron las consecuencias que puede tener en la vida de un individuo este padecimiento. Éstas se refieren a cambios en el ámbito laboral y familiar, alteraciones en el funcionamiento diario, problemas de sueño, pérdida de apetito, disfunciones de pareja o trastornos emocionales (May, 1991; Penzo, 1989; Philips, 1991; Ruiz López, Pagerols, Collado y Álvarez, 1991; Sánchez, Cabezuelo e Ibáñez, 1991). Con toda esta información se creó un instrumento compuesto por 45 ítems. Este primer borrador se pasó a una muestra de 10 pacientes con el objeto de mejorar la formulación de los ítems y aumentar así su comprensión. El resultado se presenta en el anexo 1.

Como se puede observar, se formularon 15 afirmaciones para cada uno de los tres tipos de evaluación del dolor propuestos. Al aplicar el inventario, la instrucción que daba el entrevistador era la siguiente: «A continuación aparecen unos enunciados que describen algunas cosas que la gente piensa y siente cuando tiene dolor. Responda si o no según la pregunta se adecue a lo que ocurre normalmente en su caso. No hay respuestas correctas o incorrectas. Se trata de conocer la forma en que usted piensa y siente normalmente».

Procedimiento

Los sujetos que componen la muestra fueron entrevistados la primera vez que acudían a la Unidad Clínica del Dolor y al Servicio de Reumatología de la Residencia Carlos Haya de Málaga. Las entrevistas se realizaron en sendas consultas y los pacientes eran remitidos ese mismo día por los médicos que los atendían según su orden de llegada. Los cuestionarios se administraron en todos los casos de forma oral. Las entrevistas se realizaron sin acompañantes y previa aceptación voluntaria de participación en el estudio.

Resultados

Con el objeto de extraer los componentes principales del instrumento de 45 ítems, se llevó a cabo un análisis factorial con rotación Varimax. La observación de la matriz de correlaciones revela la retención de los tres componentes propuestos por la teoría: *pérdida o daño*, *amenaza* y *desafío*. La fiabilidad de cada una de las tres escalas se calculó a través de la estimación de la consistencia interna (Cronbach, 1951). Los valores de los coeficientes de fiabilidad alpha fueron adecuados (Tabla 2).

El análisis de componentes principales estableció la estructura interna del instrumento, manteniéndose los ítems de correlación más alta, con saturaciones superiores a 0,30. De esta forma, la escala de pérdida o daño quedó con un total de 9 ítems (se eliminaron los que aparecen en el anexo 1 con la numeración 1, 2, 4, 6, 10 y 11), la de amenaza con 10 ítems (se eliminaron los ítems 21, 23, 27, 29 y 30) y la escala de desafío con 12 (se eliminaron los ítems 31, 38 y 42). Por lo tanto, el inventario resultante aparece con un total de 31 ítems que se presentan en el anexo 2.

Respecto a los resultados obtenidos en la medición de las distintas variables, en la Tabla 3 se observa las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones en los diferentes instrumentos. Se llevó a cabo un análisis de correlaciones entre las subescalas del instrumento y las puntuaciones de los pacientes en los cuestionarios de dolor, afrontamiento y funcionamiento diario. En la Tabla 4 se observan los resultados, siendo todas las correlaciones significativas, excepto la de la escala de desafío con la intensidad de dolor percibido.

Tabla 2

Análisis de componentes principales y de consistencia interna del Inventario

Escalas e ítems	Varianza explicada	Coefficientes alpha de fiabilidad	Factores de saturación
Daño/pérdida	36%	0,77	
Ítem 1.			0,4922
Ítem 2.			0,5934
Ítem 3.			0,4688
Ítem 4.			0,6263
Ítem 5.			0,7266
Ítem 6.			0,6193
Ítem 7.			0,5354
Ítem 8.			0,6767
Ítem 9.			0,6146
Amenaza	33,6%	0,77	
Ítem 10.			0,6219
Ítem 11.			0,6591
Ítem 12.			0,4456
Ítem 13.			0,5215
Ítem 14.			0,6587
Ítem 15.			0,5741
Ítem 16.			0,4893
Ítem 17.			0,5843
Ítem 18.			0,5320
Ítem 19.			0,6664
Desafío	35,1%	0,83	
Ítem 20.			0,5875
Ítem 21.			0,5934
Ítem 22.			0,4659
Ítem 23.			0,5822
Ítem 24.			0,6412
Ítem 25.			0,7566
Ítem 25.			0,6979
Ítem 27.			0,5791
Ítem 28.			0,4977
Ítem 29.			0,7390
Ítem 30.			0,3831
Ítem 31.			0,4655

Tabla 3

Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones en las escalas de evaluación cognitiva, dolor, afrontamiento y funcionamiento diario

	Media	Desv. típica
Daño	5,88	2,5
Amenaza	6,40	2,7
Desafío	6,74	3,2
Dolor	34,22	8,8
Afrontamiento pasivo	23,77	5,8
Afrontamiento activo	15,9	4,8
Deterioro	4,5	4
Funcionamiento	55	26,9

Tabla 4

Correlaciones entre las subescalas del IEC y las puntuaciones en las escalas de dolor, afrontamiento y funcionamiento diario

	Daño	Amenaza	Desafío
Daño	1		
Amenaza	0,539**	1	
Desafío	-0,329**	-0,566**	1
Dolor	0,491**	0,332**	-0,417
Afrontamiento pasivo	0,476**	0,365**	-0,461**
Afrontamiento activo	-0,388**	-0,309**	0,397**
Deterioro	0,390**	0,294**	-0,415**
Funcionamiento	-0,348**	-0,340**	0,507**

Nota: $P < .01^{**}$

Posteriormente, para conocer la validez concurrente del inventario se llevaron a cabo análisis de regresión lineal múltiple, tomando como variables independientes los tres tipos de evaluación cognitiva y como dependientes la intensidad de dolor percibida, las estrategias de afrontamiento empleadas y el nivel de funcionamiento y deterioro del paciente. Los resultados de dicho análisis se presentan en la Tabla 5.

Como se puede observar, la evaluación de daño se asocia significativamente con una mayor intensidad de dolor percibida, un mayor uso de estrategias pasivas e ineficaces para afrontar el dolor y un mayor nivel de deterioro. Por otro lado, la evaluación de amenaza sólo presenta asociaciones significativas y positivas con la intensidad de dolor, no alcanzando la significación con los criterios de afrontamiento y de funcionamiento. Por último, la evaluación de desafío se asocia signifi-

Tabla 5
Análisis de regresión lineal múltiple

<i>Variable dependiente</i>		<i>Coefficientes estandarizados (Beta)</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
<i>Dolor</i>	(Constante)		7,633	0,000
	daño	0,446	6,043	0,000
	amenaza	0,164	1,940	0,054
	desafío	0,027	0,374	0,709
<i>Pasiva</i>	(Constante)		9,548	0,000
	daño	0,432	5,901	0,000
	amenaza	0,112	1,334	0,184
	desafío	-0,082	-1,128	0,261
<i>Activa</i>	(Constante)		5,709	0,000
	daño	-0,040	-,525	0,600
	amenaza	0,138	1,572	0,117
	desafío	0,557	7,350	0,000
<i>Funcionamiento</i>	(Constante)		4,394	0,000
	daño	-0,147	-1,860	0,064
	amenaza	0,045	0,495	0,621
	desafío	0,386	4,921	0,000
<i>Deterioro</i>	(Constante)		3,326	0,001
	daño	0,340	4,671	0,000
	amenaza	-0,008	-0,096	0,924
	desafío	-0,327	-4,539	0,000

cativamente con un mayor uso de las estrategias activas y eficaces, con un mayor nivel de funcionamiento diario y un menor deterioro, sin embargo, su relación con el dolor no es significativa.

Discusión

El objetivo principal de este trabajo ha sido desarrollar un instrumento fiable y válido para medir la evaluación cognitiva que realizan los pacientes con dolor crónico. Los resultados de los análisis de componentes principales apoyan la clasificación de la evaluación cognitiva en tres categorías: pérdida o daño, amenaza y desafío; tal y como proponen Lazarus y Folkman (1984) en su *modelo procesual del estrés*. Así pues, el inventario resultante presenta tres subescalas con buena calidad psicométrica que corroboran los tres tipos de evaluación cognitiva primaria que,

según la literatura científica, realizan los individuos sometidos a estrés y, en este caso concreto, los pacientes que padecen dolor crónico.

No cabe duda de la importancia que tiene para el bienestar del paciente la evaluación que realiza de su padecimiento y, por lo tanto, de las consecuencias que el mismo pueda tener en su vida. De esta forma, estudios anteriores (Soriano y Monsalve, 1999) y el que aquí se presenta muestran cómo dicha evaluación afecta a la elección de las estrategias de afrontamiento que el individuo pone en marcha. Además, como variables criterio, para analizar la validez del inventario, se han tenido en cuenta también los dos factores más utilizados para conocer la adaptación del paciente a su dolor. Esto es, el funcionamiento diario y el nivel de dolor percibido. En este sentido, los resultados obtenidos en este trabajo permiten considerar el instrumento como un buen predictor de ambos. De esta forma, la escala de daño y/o pérdida muestra relación significativa con el uso de estrategias ineficaces para afrontar el dolor y con un nivel menor de bienestar. La escala de amenaza, sin embargo, sólo se relaciona con uno de los indicadores de desadaptación, el dolor. Por último, la escala de desafío muestra igualmente una buena validez, en tanto que se asocia significativamente con el uso de estrategias eficaces en el manejo del dolor y con un buen nivel de adaptación, operacionalizado en el grado en el continua realizando las actividades diarias.

En definitiva, si bien habremos de continuar con el trabajo de validación del instrumento, el *Inventario de Evaluación Cognitiva para pacientes con dolor crónico* (IEC) aparece como un instrumento prometedor para su utilización en futuras investigaciones con este tipo de pacientes, de manera que podría incluso ser utilizado en intervenciones de tipo preventivo que permitan enseñar a aquellos pacientes con evaluaciones negativas de daño o amenaza, maneras eficaces de afrontar su dolor. En este sentido, dado que el que aquí se presenta es un estudio parcial dentro de un proyecto de investigación que lleva desarrollando este equipo desde 1997, en la actualidad continúa la recogida de datos que permitirá mejorar la calidad psicométrica del IEC, llevándose a cabo análisis de la fiabilidad test-retest y de la validez convergente y discriminante, hasta llegar a la versión óptima del inventario.

Referencias

- Aldwin, C., Sutton, K. J., Chiara, G. y Spiro, A. (1996). Age differences in stress, coping and appraisal: findings from the normative aging study. *Journal of Gerontology*, 51 B, 179-188.
- Anarte, M. T., Ramírez-Maestre, C., López, A. E. y Esteve, R. (1999, junio). *Evaluación de estrategias de afrontamiento, nivel de funcionamiento y edad en personas con dolor crónico oncológico y benigno*. Trabajo presentado en el IV Congreso de la Sociedad Española del Dolor, Benalmádena, España.
- Arathuzik, M. D. (1991). The appraisal of pain and coping in cancer patients. *Western Journal of Pain and Coping in Cancer Patients*, 13, 714-731.
- Barroclough, C. y Parle, M. (1997). Appraisal, psychological adjustment and expressed emotion in relatives of patients suffering from schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 171, 26-30.

- Beugnot, S. (2002). Pain beliefs, coping, and social support as a predictors of physical and psychological adjustment in chronic pain patients. *Dissertations Abstracts International*, 63, 2949.
- Brown, G. K. y Nicassio, P. M. (1987). Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 31, 53-64.
- Chang, E. D. (1998). Dispositional optimism and primary and secondary appraisal of a stressor: controlling for confounding influences and relations to coping and psychological and physical adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1109-1120.
- Compas, B. E., Worsham, N. L., Sydney, E. y Howell, D. C. (1996). When mom or dad has cancer: II Coping, cognitive appraisals and psychological distress in children of cancer patients. *Health Psychology*, 15, 161-175.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psicometrika*, 16, 297-334.
- Dewe, P. (1993). Measuring primary appraisal: scale construction and directions for future research. *Journal of Social Behavior and Personality*, 8, 673-685.
- Esteve, R., López, A. E. y Ramírez-Maestre, C. (1999). Evaluación de Estrategias de Afrontamiento al dolor crónico. *Revista de Psicología de la Salud*, 11, 133-141.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J. y DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychosocial symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.
- Jenkins, R. A. y Pargament, K. I. (1988). Cognitive appraisal in cancer patients. *Social Science and Medicine*, 26 (6), 625-633.
- Jensen, M. P., Turner, J. A. y Romano, J. M. (2001). Changes in beliefs, Catastrophizing, and coping are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 455-462.
- Jones, D. A., Rollman, G. B., White, K. P., Hill, M. L. y Brooke, R. E. (2003). The relationship between cognitive appraisal, affect, and catastrophizing in patients with chronic pain. *Journal of Pain*, 4, 267-277.
- Lame, I. E., Peters, M. L., Vlaeyen, J. W., Kleef, M. V. y Patijn, J. (2005). Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *European Journal of Pain*, 9, 15-24.
- Lázaro, C., Bosch, F., Torrubia, R. y Baños, J. E. (1994). The development of a Spanish questionnaire for assessing pain: preliminary data concerning reliability and validity. *European Journal of Psychological Assessment*, 10, 145-151.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer.
- May, B. (1991). Pain: psychological aspects. En M. Pitts y K. Phillips (dirs.), *The psychology of health: an introduction* (pp. 109-128). Londres: Routledge.
- McCracken, L. M., Eccleston, C. y Bell, L. (2005). Clinical assessment of behavioral coping responses: Preliminary results from a brief inventory. *European Journal of Pain*, 9, 69-78.
- McCrae, R. R. (1984). Situational determinants of coping responses: loss, threat, and challenge. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 919-928.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1, 277-299.
- Mikulincer, M. y Florian, V. (1995). Appraisal of and coping with a real-life stressful situation: the contribution of attachment styles. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 406-414.
- Murphy, L. M., Thompson, R. J. Jr. y Morris, M. A. (1997). Adherence behavior among adolescents with Type I insulin-dependent diabetes mellitus: the role of cognitive appraisal processes. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 811-825.

- Nyamathi, A. M., Flanskerud, J., Bennett, C., Leake, B. y Lewis C. (1994). Evaluation of two AIDS education programs for impoverished Latina women. *AIDS-Education and Prevention*, 6, 296-309.
- Parle, M. y Maguire, P. (1995). Exploring relationships between cancer, coping and mental health. *Journal of Psychosocial Oncology*, 13, 27-50.
- Peacock, E. J. y Wong, P. T. (1990). The Stress Appraisal Measure (SAM): a multidimensional approach to cognitive appraisal. *Stress Medicine*, 6, 227-236.
- Penzo, W. (1989). *El dolor crónico*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Philips, H. C. (1991). *El tratamiento psicológico del dolor crónico*. Madrid: Pirámide.
- Ptacek, J. T., Smith, R. E. y Dodge, K. L. (1994). Gender differences in coping with stress: when stressor and appraisals do not differ. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20, 421-430.
- Ramírez-Maestre, C., Valdivia y., Anarte, M. T. y Masedo, A. (2000). *Diferencias individuales en las evaluaciones cognitivas de pacientes con dolor crónico*. Trabajo presentado a la V Jornada de la Sociedad Española para la Investigación de las Diferencias Individuales, Barcelona, España.
- Ramírez-Maestre, C. y Valdivia, Y. (2003). Evaluación del funcionamiento diario en pacientes con dolor crónico. *Psicología Conductual*, 11, 283-291.
- Reagan, C. A., Loring, K. y Thoresen, C. E. (1998). Arthritis Appraisal and Ways of Coping: Scale development. *Arthritis Care and Research*, 1, 139-150.
- Ruiz López, A., Pagerols, M., Collado, A. y Álvarez, C. (1991). Evaluación multidisciplinar del dolor crónico no maligno. *Dolor*, 5, Suppl., 60.
- Sánchez, A., Cabezuelo, M. I. e Ibáñez, J. A. (1991). Análisis funcional de las conductas de dolor crónico no oncológico. *Información Psicológica*, 47, 17-21.
- Sharts, H., Nancy, C., Regan-Kubiuski, M. J., Lincoln, P. S. y Heverly, M. A. (1996). Problem-focused coping in HIV-infected mothers in relation to self-efficacy, uncertainty, social support, and psychological distress. *IMAGE. Journal of Nursing Scholarship*, 28, 107-111.
- Soriano, J. y Monsalve, V. (1999). Valoración, afrontamiento y emoción en pacientes con dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 62, 43-64.
- Spinhoven, P., Ter Kuile, M. M., Linssen, A. C. y Gazendam, B. (1989). Pain coping strategies in a Dutch population of chronic low back pain patients. *Pain*, 37, 77-83.
- Turner, J. A., Jensen, M. P. y Romano, J. M. (2000). Do beliefs, coping and catastrophizing, independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain*, 85, 115-125.
- Unruh, A. M., Ritchie, J. y Merskey, H. (1999). Does gender affect appraisal of pain and pain coping strategies? *Clinical Journal of Pain*, 15, 31-40.
- Wineman, N. M., Durand, E. J. y Steiner, R. P. (1994). A comparative analysis of coping behaviors in persons with multiple sclerosis or a spinal cord injury. *Research in Nursing and Health*, 17, 185-194.

Anexo 1

Primer instrumento elaborado

DAÑO O PÉRDIDA

Usted piensa que por culpa del dolor:

1. la relación con su familia es peor que antes
2. ha perdido el contacto con la mayoría de sus amigos
3. sus relaciones sexuales son peores que antes
4. la relación con su pareja es peor que antes
5. ha perdido el interés por cosas que antes hacía
6. tiene peor humor que antes
7. duerme peor que antes.
8. ya no trabaja o realiza las tareas cotidianas como antes
9. sale a divertirse menos que antes
10. su rendimiento en el trabajo es más bajo que antes
11. come peor que antes
12. ahora necesita más que antes la ayuda de otras personas
13. ha perdido la confianza en sí mismo
14. visita a sus amigos menos que antes
15. se pasa la vida visitando médicos hospitales, etc.

AMENAZA

Usted piensa que, si el dolor continúa:

16. perderá el contacto con sus amigos
17. su humor empeorará
18. dormirá mal
19. tendrá que dejar de trabajar o realizar sus tareas cotidianas
20. tendrá que dejar de hacer las cosas que le gustan
21. la relación con su pareja será peor
22. se pasará toda la vida visitando médicos, hospitales, etc.
23. la relación con su familia empeorará
24. sus relaciones sexuales serán peores
25. no podrá visitar a sus amigos
26. perderá su apetito
27. terminará siendo una carga para sus amigos
28. tendrá pocas ganas de salir a divertirse
29. su rendimiento en el trabajo será más bajo
30. perderá la confianza en si mismo

DESAFÍO

Usted piensa que, a pesar del dolor, será capaz de:

31. seguir trabajando o realizando sus tareas cotidianas
32. valerse por si mismo.
33. conservar su optimismo
34. comer adecuadamente.
35. mantener su rendimiento en el trabajo.
36. seguir manteniendo el contacto con sus amigos
37. salir y distraerse
38. dormir bien
39. seguir visitando a sus amigos
40. seguir manteniendo relaciones sexuales
41. atender/mantener a su familia
42. mantener la relación con su pareja como hasta ahora
43. seguir haciendo las cosas que le gustan

Usted piensa que, a pesar del dolor:

44. el dolor no le obligará a estar continuamente visitando médicos, hospitales, etc.
45. seguirá viviendo lo mejor posible

Anexo 2

Instrumento final

Inventario de evaluación cognitiva (IEC) para pacientes con dolor crónico

Instrucciones: A continuación aparecen unos enunciados que describen algunas cosas que la gente piensa y siente cuando tiene dolor. Responda sí o no según la pregunta se adecue a lo que ocurre normalmente en su caso. No hay respuestas correctas o incorrectas. Se trata de conocer la forma en que usted piensa y siente normalmente.

Usted piensa que por culpa del dolor:

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| 1. sus relaciones sexuales son peores que antes | Si | No |
| 2. ha perdido el interés por cosas que antes hacía | Si | No |
| 3. duerme peor que antes | Si | No |
| 4. ya no trabaja o realiza las tareas cotidianas como antes | Si | No |
| 5. sale a divertirse menos que antes | Si | No |
| 6. ahora necesita más que antes la ayuda de otras personas | Si | No |
| 7. ha perdido la confianza en sí mismo | Si | No |
| 8. visita a sus amigos menos que antes | Si | No |
| 9. se pasa la vida visitando médicos hospitalares, etc. | Si | No |

Usted piensa que, si el dolor continua:

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| 10. perderá el contacto con sus amigos | Si | No |
| 11. su humor empeorará | Si | No |
| 12. dormirá mal | Si | No |
| 13. tendrá que dejar de trabajar o realizar sus tareas cotidianas | Si | No |
| 14. tendrá que dejar de hacer las cosas que le gustan | Si | No |
| 15. se pasará toda la vida visitando médicos, hospitales, etc. | Si | No |
| 16. sus relaciones sexuales serán peores | Si | No |
| 17. no podrá visitar a sus amigos | Si | No |
| 18. perderá su apetito | Si | No |
| 19. tendrá pocas ganas de salir a divertirse | Si | No |

Usted piensa que, a pesar del dolor, será capaz de:

- | | | |
|---------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| 20. valerse por sí mismo | Si | No |
| 21. conservar su optimismo | Si | No |
| 22. comer adecuadamente | Si | No |
| 23. mantener su rendimiento en el trabajo | Si | No |
| 24. seguir manteniendo el contacto con sus amigos | Si | No |
| 25. salir y distraerse | Si | No |
| 26. seguir visitando a sus amigos | Si | No |
| 27. seguir manteniendo relaciones sexuales | Si | No |
| 28. atender/mantener a su familia | Si | No |
| 29. seguir haciendo las cosas que le gustan | Si | No |

Usted piensa que, a pesar del dolor:

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| 30. el dolor no le obligará a estar continuamente visitando médicos, hospitales, etc. ... | Si | No |
| 31. seguirá viviendo lo mejor posible | Si | No |