

Evaluación del lenguaje interno ansiógeno y depresógeno en la experiencia de dolor crónico

Francisco Javier CANO GARCÍA
Luis RODRÍGUEZ FRANCO
Universidad de Sevilla

Resumen

En este trabajo adaptamos dos instrumentos de evaluación de lenguaje interno ansiógeno y depresógeno, el Cuestionario de Automanifestaciones Ansiosas (ASSQ), de Kendall y Hollon (1989), y el Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ), de Hollon y Kendall (1980), respectivamente, para su utilización con pacientes de dolor crónico. Para ello nos basamos en los resultados obtenidos en 205 casos analizados en centros de sanitarios de la provincia de Sevilla que comprendieron la práctica totalidad de diagnósticos habituales en este trastorno. Se demostró la fiabilidad (Coeficiente Alfa de Cronbach y procedimiento de división en dos mitades con corrección mediante el índice de igual longitud de Spearman Brown); la validez estructural (Análisis Factorial de Componentes Principales con rotación Varimax); la validez concurrente, de constructo y discriminativa (Coeficiente de Correlación de Pearson utilizando medidas de parámetros sensoriales del dolor, pensamientos negativos, estrategias de manejo, conductas de dolor y creencias de control y autoeficacia) .

Palabras clave: lenguaje interno ansiógeno, lenguaje interno depresógeno, dolor crónico, evaluación, ASSQ, ATQ.

Abstract

This work adapts two assessment scales of anxious and depressive self-statements, the Anxious Self-Statements Questionnaire (ASSQ) (Kendall y Hollon, 1989), and the Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ) (Hollon y Kendall, 1980), respectively, to use with chronic pain patients. We analysed 205 patients from different diagnostics in Seville. We confirmed a good reliability (Cronbach's Alfa and Spearman Brown half-split procedures); structure validity (Principal Components Factor Analysis); concurrent validity, construct validity and predictive validity (Pearson's correlations, using different measures, like sensory pain parameters, negative thoughts, coping strategies, pain behaviors, locus of control and self-efficacy expectancies) .

Key words: anxious self-statements, depressive self-statements, chronic pain, assessment, ASSQ, ATQ.

Dirección de los autores: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. c/ Camilo José Cela, s/n. 41018 Sevilla. Correo electrónico: fjcano@us.es

A partir de la ya clásica Teoría de la Puerta (Melzack y Wall, 1965), y del descubrimiento de los mecanismos de analgesia opiácea endógena (Reynolds, 1969), con especial relevancia de las ilustres endorfinas, todos los modelos teóricos sobre el dolor han aceptado que éste posee una dimensión cognitiva y emocional (es recomendable ver la interesante revisión al respecto de Loeser y Melzack, 1999) . El dolor es una percepción compleja, intrínsecamente estresante, donde elementos de diversa naturaleza pueden desempeñar un papel relevante, según cada persona en cada crisis o episodio. La interacción de estos elementos puede dar lugar a la cronificación de una experiencia esencialmente psicósomática, que en muchos casos parece inexplicable.

El sistema límbico y la formación reticular proporcionan la cualidad desagradable del dolor, cuya función es estresar al sujeto para motivarlo a salvaguardar la integridad del organismo. Cumple por tanto una función adaptativa fundamental. No es de extrañar que las emociones asociadas al dolor sean las mismas que las relacionadas con el estrés, ya que podríamos decir que el dolor es un tipo particular de estrés. Dos de ellas, sin ser las únicas, han sido mencionadas con más frecuencia; son la ansiedad y la depresión (propiamente deberíamos decir tristeza).

La asociación de estas dos emociones con el dolor crónico ha recibido mucho respaldo empírico y experimental (Cathcart y Pritchard, 1998; McCracken y cols., 1992; Osman y cols., 1993; Larsen y cols., 1997; Kearney y cols., 1994; Rudy y cols., 1988). Sin embargo, la naturaleza de dicha relación es compleja. En el caso de la ansiedad, por ejemplo, algunos estudios experimentales (Al Absi y Rokke, 1991; Arntz y cols., 1994) han demostrado una asociación, cuando menos bidireccional. Es decir, la ansiedad puede potenciar el dolor, pero también puede que no, e incluso puede disminuirlo. En efecto, la observación de que altos niveles de ansiedad como los de las situaciones de lucha/huida han inhibido el dolor mientras que otras acciones del organismo eran prioritarias para la supervivencia (fenómeno conocido como analgesia inducida por estrés), ha inspirado la investigación al respecto. Las conclusiones apuntan a que la ansiedad potencia el dolor si es relevante para éste, es decir, si tiene que ver con él; por contra, si es irrelevante o procede de situaciones no relacionadas con él, no sólo no lo incrementa, sino que puede disminuirlo. En el caso de la tristeza, estudios longitudinales revelan idéntica bidireccionalidad, comprobada fundamentalmente en la depresión mayor (Breslau y cols., 1994; Lipton y Silberstein, 1994; Merikangas, 1993). Descartada la causalidad simple dolor-tristeza o viceversa, se desconoce si un mismo factor de riesgo (ej. disregulación sistema serotoninérgico) es el responsable de la comorbilidad, o si cada trastorno probabiliza la aparición del otro por mecanismos diferentes.

Desde las aproximaciones psicológicas, la influencia de los modelos cognitivos en las últimas décadas ha contribuido a orientar la investigación hacia esquemas, atribuciones, creencias, expectativas, lenguaje interno y otras variables de naturaleza cognitiva diversa (estructuras, contenidos, procesos o productos cognitivos). Este énfasis no ha sido casual, pues estos elementos han demostrado su capacidad regulatoria en el resto de procesos psicológicos. Ello ha ocurrido también en el caso del dolor crónico, donde es importante comprender qué y cómo piensa el individuo para explicar cómo vive el dolor en todas sus facetas (sensaciones, emociones, motivos, conductas, etc.).

El lenguaje interno relacionado con el dolor influye tanto en la generación de valoraciones estresantes como en su manejo. Parte de la investigación sobre dolor crónico ha considerado estos aspectos. Es el caso de las creencias irracionales (Lefebvre, 1981; Williams y Thorn, 1989); o el habla interna (Gil y cols., 1990; Boston y cols., 1989; Hursey y Jacks, 1992). Dentro de objetivos más ambiciosos que pretendían explorar la relevancia de diversos procesos cognitivos en la experiencia de dolor crónico (Cano García, 2001), nos planteamos la necesidad de contar con instrumentos válidos y fiables para evaluar el contenido cognitivo ansiógeno y depresógeno implícito en dicha experiencia. Sin embargo, no encontramos ninguno que sirviese específicamente para nuestro propósito. Si acaso, la Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS) (McCracken y cols., 1992), podría

hacerlo parcialmente, pero lo descartamos porque no medía estrictamente las variables que nos interesaban.

Finalmente nos inclinamos por el Cuestionario de Automanifestaciones Ansiosas (Anxious Self-Statements Scale, ASSQ, Kendall y Hollon, 1989) y por el Cuestionario de Pensamientos Automáticos (Automatic Thoughts Questionnaire, ATQ, Hollon y Kendall, 1980) porque evaluaban exclusivamente el contenido cognitivo de la emoción y habían sido utilizados en nuestro país con éxito en otras áreas de la salud (Belloch, 1990; Revuelta, 1994, 1995).

El ASSQ fue desarrollado por Kendall y Hollon (1989) a partir de una muestra de 508 estudiantes universitarios con el fin de investigar el lenguaje interno asociado a la ansiedad, para: a) identificar aquél que discrimina entre sujetos de alta y baja ansiedad; b) evaluar el grado en que la valoración del estrés eleva el lenguaje interno ansioso; y c) evaluar la terapia de los trastornos por ansiedad. Los ítems se generaron solicitando a los participantes que registraran literalmente sus primeros pensamientos asociados a alguna experiencia provocadora de ansiedad. Se obtuvieron 100 ítems, que pasaron por un proceso de selección y validación cruzada, hasta convertirse en los 32 definitivos. El análisis factorial (componentes principales con rotación varimax) reveló una estructura de tres factores que explican el 53,4% de la varianza (44,1%, 5,8% y 4,5%). El instrumento discriminó fiablemente entre sujetos de alta y baja ansiedad.

Algunos estudios han utilizado el ASSQ, demostrando sus propiedades psicométricas (Smari, 1991; Siegert, 1992; Safren, 2000). Revuelta (1994, 1995) ha adaptado el ASSQ a nuestra población, manteniendo el mismo formato en el contenido de los ítems, así como el orden (salvo que se intercambian los ítems 15 y 25 para evitar confusiones al utilizar el mismo verbo). También mantuvo el formato de respuesta. Los sujetos utilizados por Revuelta fueron 207 estudiantes universitarios de Sevilla y Huelva. El análisis factorial (componentes principales con rotación varimax) reveló una estructura de seis factores que explicaron el 64,8% de la varianza total: a) Incapacidad para mantener el afrontamiento y punto de vista negativo sobre el futuro (12 ítems; 42,8% de la varianza explicada); b) Autocrítica y confusión (4 ítems; 6,8% de la varianza explicada); c) Preocupación por el futuro (4 ítems; 4,7% de la varianza explicada); d) Duda y cuestionamiento personal (7 ítems, 3,7% de la varianza explicada); e) Frustración y sentimiento de culpa (3 ítems; 3,6% de la varianza explicada); y f) Deseo y necesidad de ser ayudado (2 ítems; 3,2% de la varianza explicada). El instrumento mostró unos índices de fiabilidad elevados (α de Cronbach=0,95), así como una validez concurrente significativa ($p<0,001$) utilizando el STAI-E ($r=0,67$) y el STAI-R ($r=0,76$). Los 32 ítems y la puntuación total del ASSQ discriminaron entre los grupos criterio de ansiosos frente a los normales, basados en las puntuaciones del STAI.

El ATQ fue construido por Hollon y Kendall (1980) mediante el mismo procedimiento que el ASSQ, es decir, pidiendo a un grupo de estudiantes, en este caso 788, que anotaran los pensamientos que hubieran pasado por sus cabezas en una experiencia vivida por ellos como depresiva. Tras un proceso de selección se obtuvieron 100 ítems a los que respondió una submuestra de 348 sujetos, de cuyas respuestas se obtuvieron los 30 ítems definitivos. El ATQ reveló una estructura de 4 factores que explicaron el 59% de la varianza, una alta fiabilidad (α de Cronbach= 0,96) y una validez concurrente adecuada con el IDB y el MMPI-D.

Las propiedades psicométricas del ATQ fueron comprobadas en diversos estudios desde su aparición (Harrell, y Ryon, 1983; Dobson y Breiter, 1983; Hollon, y cols., 1986; Hill y cols., 1989; Kauth y Zettle, 1990; Joseph, 1994), y en diferentes contextos socioculturales como Nueva Zelanda (Siegert y cols., 1992), China (Cao y cols., 2001) o Turquía (Sahin y Sahin, 1992). Incluso ha sido utilizado como criterio de validez concurrente para otras pruebas (Netemeyer y cols., 2002; Ibañez y cols., 2000; Ietsugu y Kodama, 1999; Ulusoy y cols., 1998; Huprich y cols., 1996).

Belloch, Baños y Perpiñá (1990) realizaron una adaptación del ATQ en nuestro país con una muestra de 180 mujeres (60 deprimidas, 60 asmáticas y 60 normales), que posteriormente ha utilizado Revuelta (1994), conservando el mismo formato, con 194 estudiantes universitarios de Sevilla y Huelva. El análisis factorial (componentes principales con rotación varimax) mostró una solución penta factorial que explicó el 59,6% de la varianza total: a) Expectativas y autoconcepto negativo (8 ítems, 40,4% de la varianza explicada); b) Mala adaptación y deseo de cambio (5 ítems; 6,2% de la varianza explicada); c) Baja autoestima y sensación de impotencia (7 ítems, 5% de la varianza explicada); d) Desorientación y desamparo (5 ítems, 4,4% de la varianza explicada); y e) Autorreproches, deseo de mejora y fatalismo (5 ítems; 3,6% de la varianza explicada). El ATQ se reveló como un instrumento fiable (α de Cronbach=0,95) y válido, al obtener correlaciones significativas ($p < 0,001$) con el IDB ($r=0,74$) y el MMPI-D ($r=0,68$). No obstante apareció una dificultad en cuanto a la validez discriminativa, y es la alta correlación con medidas de ansiedad (con el ASSQ, $r=0,87$; con el STAI-E, $r=0,62$; con el STAI-R, $r=0,73$). Éste es, como afirma Revuelta, un punto débil en la investigación del lenguaje interno: se desconoce si los pensamientos contenidos en ASSQ y ATQ reflejan un constructo más amplio que contenga ansiedad y depresión, o es que los dos fenómenos no están bien delimitados teóricamente.

Por último, Revuelta (1994 y 1995) ha utilizado con éxito ambos instrumentos para explorar la relevancia del lenguaje interno en el estado de salud de pacientes coronarios.

Método

Sujetos

La muestra total la componen 205 casos de dolor crónico reclutados en tres centros de la ciudad 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 ($\pm 0,6$).

Material

Utilizamos las adaptaciones de ASSQ y ATQ realizadas por Revuelta (1994 y 1995). En cuanto al primer instrumento, hemos conservado el orden y el sistema de puntuación de los ítems, pero hemos realizado dos pequeñas modificaciones en el contenido para hacer el cuestionario más comprensible a nuestras muestras tras las dificultades encontradas en la fase de prueba: el ítem original "11. ¿Podré superar estas incertidumbres?" ha sido sustituido por "11. ¿Podré superar estas dudas?"; y el ítem original "12. ¿Cómo me comportaré?" ha sido sustituido por "12. ¿Cómo

reaccionaré?”. En cuanto al segundo, hemos utilizado la versión utilizada por Revuelta en contenido, orden y puntuación de los ítems.

En ambos cuestionarios el sujeto debe responder a la pregunta genérica: “¿Con que frecuencia le han asaltado los siguientes pensamientos durante la última semana?”. En nuestro trabajo hemos añadido la expresión “...en relación con el dolor” a fin de que el sujeto contextualizara su respuesta. Ésta se estructuraba según una escala tipo Likert con cinco alternativas: “1= Nunca”; “2= Alguna vez”; “3= Bastantes veces”; “4= Muy a menudo”; “5= Todo el tiempo”, que ha sido utilizada en todos los trabajos revisados desde las versiones originales.

Junto a estos dos instrumentos se utilizaron otros 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 (Cano García, 2001) para valorar distintos procesos psicológicos: el Inventario de Pensamientos Negativos en Respuesta al Dolor (INTRP) de Gil y cols. (1990); el Cuestionario de Conductas de Dolor (PBQ), desarrollado por Appelbaum et al. (1988); el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento del dolor (CSQ) desarrollado por Rosenstiel y Keefe (1983); la Escala de Locus de Control en Cefaleas (HSLC) de Martin y cols. (1990); y la Escala de Autoeficacia Percibida para las Cefaleas (HSES) de Martin y cols. (1993). Estos dos últimos fueron adaptados para permitir la evaluación, no sólo de cefaleas, sino de cualquier tipo de dolor crónico.

Procedimiento

Para comprobar la validez de ASSQ y ATQ utilizamos dos tipos de procedimientos: el análisis factorial y la asociación con distintas medidas y variables.

En los análisis factoriales, 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 la asociación con otras medidas, esperábamos encontrar correlaciones significativas (r de Pearson) tanto con parámetros sensoriales como psicológicos del dolor. De esta forma, tanto el lenguaje interno ansiógeno como el depresógeno debería ser indicativo de mayores niveles de intensidad, frecuencia y duración del dolor, así como de mayor utilización de medicación. Este lenguaje debería correlacionar positivamente con pensamientos negativos automáticos, exhibición de conductas de dolor, utilización de estrategias de afrontamiento pasivas y “desadaptativas”, y un lugar de control externo por azar. Por contra debería correlacionar negativamente con el uso de estrategias de manejo activas y “adaptativas”, un lugar de control interno y elevadas expectativas de autoeficacia. En este punto, también nos interesó comprobar las correlaciones entre sí de las medidas de lenguaje interno.

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

Resultados

Validez y fiabilidad del ASSQ

El análisis factorial de los ítems del ASSQ mostró una estructura de cuatro factores que explicaron el 60,7% de la varianza total, respectivamente el 46%; 5,5%; 4,8% y 4,4%. Esta estructura factorial puede apreciarse en la Tabla 1.

Nuestro primer factor fue muy similar al de Revuelta (1995), explicando, como en su estudio, tres cuartos de la varianza total. Sólo dos ítems no coincidieron: el 9 y el 29, que cargaron en nuestro primer factor y en el segundo suyo, mientras que en el 13 y el 16 ocurrió a la inversa. Hemos cambiado su denominación de Sensación de Falta de Control por la de Intolerabilidad, porque nos parecía que reflejaba de forma más certera y simple el contenido de los ítems.

Nuestro segundo factor incluye todos los ítems de dos de los factores de Revuelta (1995) – además de los ítems 2 y 13-, que él denomina Preocupación por el Futuro y Deseo y Necesidad de Ser Ayudado. Nosotros mantenemos la primera denominación, Preocupación por el Futuro, por parecernos más representativa y general, englobando el sentido de todos los ítems.

Nuestro tercer factor incluye todos los ítems del quinto factor de Revuelta (1995) (Frustración y Sentimientos de Culpa) y la mitad de los del segundo (Autocrítica y Confusión), además de los ítems 3 y 16. Nosotros lo denominamos Culpa y Confusión, integrando así el sentido de los dos factores citados.

Por último, nuestro cuarto factor coincide en gran medida con el cuarto de Revuelta (1995), al que denomina Duda o Cuestionamiento Personal. Nosotros hemos preferido llamarle Dudas sobre la Autoeficacia para concretar un poco más el objeto de tal duda, pues en nuestra muestra los pacientes interpretaban los ítems en relación con su trastorno.

Tabla 1. Estructura factorial del Cuestionario de Automanifestaciones Ansiosas (ASSQ).

FACTORES	I	II	III	IV
<i>Factor I : Intolerabilidad</i>				
31. No puedo más	0,8			
23. No puedo aguantarlo	0,8			
26. No lo aguanto más	0,7			
06. No lo soporto	0,7			
09. No debería sentirme así	0,6			
14. No puedo superarlo	0,6			
29. No quiero sentirme así	0,6			
24. Ojalá pudiera escapar	0,5			
27. Ojalá que no me vuelva loco	0,5			
32. No terminaré nunca	0,4			
08. Ojalá me muriera	0,4			
15. No puedo escapar	0,4			
<i>Factor II : Preocupación por el futuro</i>				
04. ¿Qué voy a hacer?		0,7		
01. ¿Qué voy a hacer con mi vida?		0,7		
07. ¿A quién puedo acudir?		0,6		
30. ¿Qué va a pasar ahora?		0,6		
22. ¿Qué será de mí?		0,6		
10. Necesito ayuda		0,5		
13. Creo que quiero llorar		0,4		
02. No lo voy a lograr		0,4		
<i>Factor III : Culpa y confusión</i>				
17. Es culpa mía			0,6	
28. Me pregunto si parezco tan tonto como			0,6	
03. ¿Qué pensará la gente de mí?			0,6	
20. No puedo hacer nada bien			0,5	

19. No le gusto ni le importo a nadie	0,5
16. Quiero defenderme pero me da miedo	0,5
21. Me siento totalmente confuso	0,4
<i>Factor IV : Dudas sobre la autoeficacia</i>	
11. ¿Podré superar estas dudas?	0,7
25. ¿Lo superaré?	0,7
18. ¿Lo voy a lograr?	0,7
05. ¿Podré conseguirlo?	0,6
12. ¿Cómo reaccionaré?	0,5

Los coeficientes α de Cronbach obtenidos fueron, respectivamente: 0,94; 0,89; 0,82 y 0,86, todos ellos significativos (prueba F) para una $p < 0,01$. Los resultados obtenidos por el procedimiento de división en dos mitades también fueron todos ellos significativos (prueba F, $p < 0,01$). En concreto se obtuvieron coeficientes de Spearman Brown, respectivamente, de 0,92 para el factor I; 0,89 para el factor II; 0,83 para el factor III; y 0,81 para el factor IV.

En la Tabla 2 pueden apreciarse los resultados referidos a la asociación de las automanifestaciones ansiosas con los diferentes parámetros sensoriales y psicológicos del dolor.

En cuanto a los parámetros sensoriales, se produjeron doce correlaciones significativas con coeficientes desde 0,18 a 0,39, destacando la intensidad del dolor, pero sin aparecer la duración. De los cuatro tipos de automanifestaciones, la preocupación por el futuro y la culpa-confusión presentan mayores asociaciones con la sensación dolorosa que las otras dos.

Por lo que respecta a los procesos psicológicos, destacan las correlaciones significativas de todas las formas de automanifestaciones ansiosas con todos los tipos de pensamientos automáticos (entre 0,29 y 0,71). También aparecen catorce correlaciones significativas con conductas de dolor (de 0,17 a 0,53), especialmente las quejas no verbales y la evitación de actividades. Con respecto a las estrategias de manejo, se produjeron otras catorce correlaciones significativas: dos de las estrategias pasivas, catastrofizar y rezar correlacionan positivamente, mientras que otras dos, más activas, como darse autoinstrucciones e ignorar el dolor, lo hacen negativamente (correlaciones de $-0,29$ a $0,79$). En cuanto al lugar de control, la asociación más intensa se produce con el lugar de control por azar, pero también aparecen correlaciones, aunque más modestas, con lugar de control interno y por profesionales de la salud (de 0,15 a 0,53). Por último, aunque no en todos los tipos de automanifestaciones, el lenguaje interno ansiógeno se relaciona con bajas expectativas de autoeficacia percibida (de $-0,16$ a $-0,26$).

Tabla 2. Asociación de las automanifestaciones ansiosas (ASSQ) con otras medidas.

	Intolerabilidad por el futuro	Preocupación	Culpa y Confusión	Dudas sobre la autoeficacia
Parámetros del dolor				
Intensidad	0,37**	0,27**	0,26**	0,21**
Frecuencia	0,10	0,39**	0,18**	0,07
Ansiolíticos diarios	0,07	0,19**	0,19**	0,05

Pensamientos negativos

Pensamientos generales negativos	0,65**	0,62**	0,65**	0,46**
Pensamientos negativos sociales	0,38**	0,45**	0,52**	0,37**
Pensamientos de discapacidad	0,54**	0,61**	0,55**	0,29**
Pensamientos de falta de control	0,71**	0,60**	0,54**	0,48**
Pensamientos de autoinculpación	0,33**	0,36**	0,50**	0,34**

Conductas de dolor

Queja no verbal	0,49**	0,53**	0,42**	0,29**
Evitación de estímulos	0,29**	0,11	0,21**	0,22**
Queja verbal	0,21**	0,17*	0,24**	0,03
Evitación de actividades	0,27**	0,25**	0,22**	0,12**

Estrategias de afrontamiento

Catastrofización	0,79**	0,64**	0,59**	0,55**
Darse autoinstrucciones	-0,23**	-0,15*	-0,16*	-0,03
Ignorar el dolor	-0,29**	-0,27**	-0,17*	-0,06
Tener fe y rezar	0,35**	0,37**	0,29**	0,24**

Lugar de control

Interno	0,15*	0,15*	0,22**	0,04
Azar	0,53**	0,48**	0,42**	0,34**
Profesionales de la salud	0,17*	0,22**	0,15*	0,16*

Expectativas de autoeficacia

Alto nivel de eficacia percibida	-0,19**	-0,26**	-0,16*	-0,05
----------------------------------	---------	---------	--------	-------

** p<0,01; * p<0,05

Validez y fiabilidad del ATQ

El análisis factorial del ATQ reveló una solución de cuatro factores que explicaron el 66,8% de la varianza (53,4%, 5,3%, 4,4% y 3,6%, respectivamente). Dicha estructura se aprecia en la Tabla 3. Los factores se denominaron, respectivamente: Autoconcepto Negativo; Indefensión; Mala Adaptación; y Autorreproches.

Los ítems 10 y 16, inicialmente en el factor I, se han desviado, respectivamente, a los factores II y IV. Se ha tomado esta decisión porque: a) los ítems son más compatibles teóricamente con los factores destino (“10. Soy tan decepcionante hasta para mí mismo” a IV-Autorreproches; y “16. No consigo poner en orden mis cosas” a II-Indefensión); b) la diferencia en el peso factorial en unos y otros factores es pequeña; y c) la consistencia interna de los factores II y IV aumenta ligeramente (de $\alpha=0,92$ a $\alpha=0,93$ y de $\alpha=0,82$ a $\alpha=0,85$, respectivamente), mientras que la del factor I queda prácticamente igual (de $\alpha=0,95$ a $\alpha=0,94$).

Con respecto a la estructura factorial obtenida por Revuelta (1994) se han mantenido los factores Mala Adaptación y Autorreproches (a excepción del ítem 1), pero los ítems correspondientes a tres factores de su estudio (Expectativas y Autoconcepto Negativo; Baja Autoestima y Sensación de Impotencia; y Desorientación y Desamparo) se han distribuido en dos de los nuestros: Autoconcepto Negativo e Indefensión. Hemos elegido estas denominaciones por breves y porque creemos que se ajustan mejor a los nuevos contenidos de los factores.

Tabla 3: Estructura factorial del Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ).

	I	II	III	IV
Factor I: Autoconcepto negativo				
19. ¡Cuánto me gustaría poder desaparecer!	0,75			
29. Ya no vale la pena	0,74			
17. Me odio	0,73			
23. Soy un fracasado	0,67			
22. Mi vida es un desastre	0,65			
13. Me siento incapaz de comenzar de nuevo	0,65			
15. Quisiera estar lejos de aquí, en otro sitio	0,63			
21. Soy un perdedor	0,61			
11. Ya nada me parece bien	0,57			
Factor II: Indefensión				
25. Me siento tan impotente, tan desamparado		0,73		
28. Mi futuro es un desierto		0,63		
18. Soy un inútil, no valgo para nada		0,60		
12. No puedo más		0,59		

09. Mi vida no funciona como yo quisiera		0,55
08. Soy tan débil		0,55
30. No consigo terminar nada de lo que empiezo		0,54
06. No sé por donde tirar		0,49
24. Nunca lo conseguiré		0,49
03. ¿Por qué no puede salirme nunca nada bien?		0,48
16. No consigo poner en orden mis cosas	(0,45)	0,42
<hr/>		
Factor III: Mala adaptación		
14. ¿Qué es lo que funciona mal en mí?		0,74
27. Tiene que haber algo en mí que no funciona bien		0,70
26. Algo tiene que cambiar		0,67
20. ¿Cuál es mi problema?, ¿Qué me pasa?		0,64
<hr/>		
Factor IV: Autorreproches		
05. He defraudado a la gente		0,78
02. No soy bueno		0,76
01. Creo que tengo problemas con el mundo		0,74
07. Me gustaría ser mejor		0,62
10. ¡Soy tan decepcionante hasta para mí mismo!	(0,56)	0,48
04. Nadie me comprende		0,48
<hr/>		
<hr/>		

Los coeficientes α de Cronbach obtenidos fueron: 0,94; 0,93; 0,87 y 0,85, respectivamente, todos ellos significativos (prueba F) para una $p < 0,01$. Los resultados obtenidos por el procedimiento de división en dos mitades también fueron todos ellos significativos (prueba F, $p < 0,01$). En concreto se obtuvieron coeficientes de Spearman Brown, respectivamente, de 0,95 para el factor I; 0,93 para el factor II; 0,89 para el factor III; y 0,85 para el factor IV.

En la Tabla 4 pueden apreciarse los resultados referidos a la asociación de los pensamientos automáticos (depresógenos) con los diferentes parámetros sensoriales y psicológicos del dolor.

En cuanto a los parámetros sensoriales, se produjeron 13 correlaciones significativas (entre 0,14 y 0,26), destacando la frecuencia del dolor, pero sin aparecer la duración; de los cuatro tipos de pensamientos, el autoconcepto negativo, la indefensión y la mala adaptación presentan mayores asociaciones que los autorreproches. Como era de esperar, el lenguaje depresógeno se asocia no sólo con el consumo de ansiolíticos, sino también con el de antidepresivos.

Por lo que respecta a los procesos psicológicos, al igual que en el ASSQ, destacan las asociaciones significativas de todas las formas de pensamientos depresógenos con todos los tipos de pensamientos automáticos específicamente relacionados con el dolor (correlaciones de 0,32 a 0,77).

También aparecen 11 correlaciones significativas con las conductas de dolor (entre 0,14 y 0,46), pero en este caso especialmente las quejas, tanto verbales como no verbales; así como asociaciones modestas o incluso nulas con la evitación, tanto de estímulos como de actividades. Con respecto al manejo del dolor, las asociaciones son similares a las del ASSQ: dos de las estrategias pasivas, catastrofizar y rezar correlacionan positivamente, mientras que otras dos, más activas, como darse autoinstrucciones e ignorar el dolor lo hacen negativamente (entre -0,30 y 0,69). En cuanto al lugar de control (correlaciones de 0,19 a 0,50), la asociación más intensa se produce con el lugar de control por azar, pero también aparece una correlación modesta, con el interno (no así con el lugar de control por profesionales de la salud). Por último, todos los tipos de lenguaje interno depresógeno se asocian con bajas expectativas de autoeficacia percibida (correlaciones de -0,21 a -0,25).

Tabla 4: Asociación de los pensamientos automáticos (ATQ) con otras medidas.

	Autoconcepto negativo	<i>Indefensión</i>	Mala adaptación	Autorreproches
Parámetros del dolor				
Intensidad	0,22**	0,24**	0,22**	0,11
Frecuencia	0,15*	0,26**	0,26**	0,19**
Ansiolíticos diarios	0,21**	0,20**	0,12	0,14*
Antidepresivos diarios	0,15*	0,18*	0,18**	0,10
Pensamientos negativos				
Pensamientos generales negativos	0,70**	0,77**	0,54**	0,63**
Pensamientos negativos sociales	0,48**	0,53**	0,41**	0,41**
Pensamientos de discapacidad	0,45**	0,60**	0,38**	0,37**
Pensamientos de falta de control	0,51**	0,61**	0,48**	0,36**
Pensamientos de autoinculpación	0,42**	0,41**	0,32**	0,44**
Conductas de dolor				
Queja no verbal	0,30**	0,46**	0,34**	0,28**
Evitación de estímulos	0,11	0,14*	0,15*	0,06
Queja verbal	0,27**	0,26**	0,17*	0,24**
Evitación de actividades	0,08	0,16*	0,13	0,11
Estrategias de afrontamiento				
Catastrofización	0,61**	0,69**	0,56**	0,49**
Darse autoinstrucciones	-0,30**	-0,28**	-0,21**	-0,20**

Ignorar el dolor	-0,14*	-0,21**	-0,19**	-0,04
Tener fe y rezar	0,19**	0,29**	0,23**	0,21**

Lugar de control

Interno	0,19**	0,23**	0,19**	0,19**
Azar	0,42**	0,50**	0,36**	0,34**
Profesionales de la salud	0,07	0,14	0,12	-0,00

Expectativas de autoeficacia

Alto nivel de eficacia percibida	-0,21**	-0,25**	-0,24**	-0,23**
-----------------------------------------	---------	---------	---------	---------

** p<0,01; * p<0,05

Validez discriminativa

Como se aprecia en la Tabla 5 los cuatro factores del ASSQ correlacionan de forma significativa entre sí, de 0,58 los que menos a 0,78 los que más. Más todavía ocurre en el ATQ donde fluctúan de 0,65 a 0,87. Además también se producen correlaciones significativas entre las medidas del ASSQ y las del ATQ, desde 0,53 a 0,81.

Sin embargo, otros índices de validez discriminativa pueden extraerse de resultados anteriores. Así, encontramos tendencias diferenciales en las asociaciones de los dos tipos de lenguaje interno con el resto de las variables (comparar Tabla 2 y Tabla 4). En cuanto a los parámetros sensoriales, mientras que el lenguaje interno ansiógeno se asocia fundamentalmente a la intensidad del dolor, el lenguaje interno depresógeno lo hace con la frecuencia y el consumo de fármacos, tanto ansiolíticos como antidepresivos, en estos últimos de forma significativa. Por lo que respecta a parámetros psicológicos, el lenguaje interno depresógeno se asocia en mayor medida a las quejas verbales, mientras que el resto de conductas de dolor se asocian más al lenguaje interno ansiógeno. Rezar y tener fe es una estrategia de manejo más relacionada con el lenguaje interno ansiógeno, mientras que el lenguaje interno depresógeno se asocia en mayor grado a la deficiente capacidad de proporcionarse autoinstrucciones. Por último, el lenguaje interno ansiógeno se asocia más a la externalización del control hacia los profesionales de la salud, mientras que se internaliza en mayor medida y de forma culpabilizadora en el depresógeno, donde además las expectativas de autoeficacia percibida sobre el dolor son menores.

Tabla 5: Asociación de las medidas de lenguaje interno.

	Preocupación Intolerabilidad por el futuro	Culpa confusión	y Dudas sobre la autoeficacia
Lenguaje interno ansiógeno			

Intolerabilidad	-	-	-	-
Preocupación por el futuro	0,78	-	-	-
Culpa y confusión	0,71	0,71	-	-
Dudas sobre la autoeficacia	0,66	0,63	0,58	-
	Autoconcepto negativo	Indefensión	Mala adaptación	Autorreproches

Lenguaje interno depresógeno

Autoconcepto negativo				
Indefensión	0,87	-	-	-
Mala adaptación	0,73	0,77	-	-
Autorreproches	0,78	0,78	0,65	-
	Autoconcepto negativo	Indefensión	Mala adaptación	Autorreproches

Lenguaje interno ansiógeno

Intolerabilidad	0,66	0,77	0,64	0,57
Preocupación por el futuro	0,67	0,81	0,68	0,59
Culpa y confusión	0,79	0,78	0,65	0,71
Dudas sobre la autoeficacia	0,59	0,62	0,61	0,53

Todas las correlaciones $p < 0,01$

Discusión

Los resultados obtenidos permiten afirmar que ASSQ y ATQ son instrumentos válidos y fiables para evaluar el contenido cognitivo de la ansiedad y la tristeza asociadas al dolor crónico. Teniendo en cuenta, creemos, que los hemos utilizado por primera vez en este contexto de aplicación, debemos comentar muchos resultados interesantes.

Para empezar, la fiabilidad de todos y cada uno de los factores que componen ambos instrumentos fue muy elevada, en consonancia con los estudios de validación de los que disponemos.

En cuanto a la validez estructural, y a pesar de la homogeneidad de ambos constructos, se demuestra, como ya hiciera Revuelta (1994 y 1995), que es posible discriminar aspectos concretos en el contenido cognitivo de ansiedad y tristeza, con especial relevancia de la intolerabilidad y el autoconcepto negativo, respectivamente. Además, con respecto a los resultados obtenidos por él en población normal, nuestro estudio muestra una estructura diferente en ambos instrumentos, simplificando de 6 a 4 factores en el ASSQ (perdiendo sólo un 4% de la varianza explicada), y de 5 a 4 factores en el ATQ (ganando un 7% de explicación en la varianza). Por tanto podríamos afirmar que el contenido cognitivo asociado a ansiedad y tristeza en el dolor crónico es más global que en población normal.

La validez de constructo de los dos instrumentos se fundamenta en la confirmación de todas las asociaciones predichas con otras variables. En primer lugar, se demuestra que el lenguaje interno ansiógeno y depresógeno se asocia con mayores niveles de gravedad del trastorno, salvo la duración del dolor y el consumo de analgésicos. Parece que otro tipo de variables como las estrategias de manejo y las conductas de dolor están más relacionadas con estos parámetros (Cano García, 2001). En segundo lugar, dicho lenguaje, especialmente el ansiógeno, se asocia con la aparición de conductas de dolor de tipo evitativo y de quejas. En tercer lugar, el lenguaje interno ansiógeno y depresógeno se relaciona con la elevada utilización de estrategias pasivas como catastrofizar o rezar y la escasa utilización de estrategias activas como ignorar el dolor o proporcionarse autoinstrucciones. En cuarto lugar, el lugar de control más intensamente asociado con el lenguaje interno ansiógeno y depresógeno es el externo por azar, aunque en casos específicos también parecen ocurrir fenómenos de culpabilización, mala adaptación y afectación del autoconcepto asociados al lugar de control interno y preocupación por el futuro y dudas asociados al lugar de control por profesionales de la salud. Por último, se confirma que el lenguaje interno se relaciona con deficientes capacidades percibidas de autoeficacia para manejar el dolor.

La validez concurrente ha sido demostrada utilizando como criterio las puntuaciones del INTRP, que evalúa un constructo, pensamientos automáticos asociados al dolor, muy similar, sino igual, que los de ASSQ y ATQ, como se evidencia obteniendo las mayores asociaciones de todos los factores.

Por último, dos comentarios sobre la validez discriminativa. Las elevadas correlaciones entre todos los factores de ASSQ y ATQ amenazan la especificidad de las medidas. Este fenómeno, que ya se evidenció en la elaboración de las pruebas (Hollon y Kendall, 1980; Kendall y Hollon, 1989) ha sido encontrado por Siegert y cols. (1992) y Revuelta (1994 y 1995), entre otros. Una explicación que se ha sugerido es que ansiedad y tristeza formen parte de un constructo común más general, como el neuroticismo. En este sentido apuntan los resultados de Safren y cols. (2000) que factorizaron conjuntamente los dos instrumentos obteniendo tres tipos de lenguaje interno (depresión/desesperanza, ansiedad/preocupación por el futuro y automanifestaciones positivas), que convergían en un sólo factor global, que denominaron afecto negativo. Desde nuestro punto de vista no es de extrañar que el lenguaje interno, en este caso relacionado con la experiencia de dolor crónico, se asocie con más de una emoción, como ansiedad y tristeza u otras como miedo o vergüenza (Lazarus, 2000). Sin embargo, nuestro estudio aporta nuevos datos favorables para la validez discriminativa, apoyando la hipótesis de la especificidad de ambos tipos de lenguaje interno. Se refiere a las tendencias diferenciales de asociación de cada tipo de lenguaje interno con distintos parámetros tanto sensoriales –entre los que destaca el consumo de antidepresivos, específicamente asociado al lenguaje interno depresógeno-, como psicológicos –donde cada tipo de lenguaje interno se asocia con diferentes conductas de dolor, estrategias de afrontamiento y creencias de control y autoeficacia.

En definitiva, las conclusiones principales que podemos extraer de este estudio tienen que ver con tres aspectos fundamentales.

En primer lugar, se evidencia una vez más la relevancia del lenguaje interno en la construcción de significados en los procesos de estrés. Así ocurre también en la vivencia del dolor crónico, donde los lenguajes internos ansiógeno y depresógeno se asocian con unas deficientes percepciones de control y autoeficacia sobre el trastorno, en lo relativo a la apreciación del fenómeno, y con unas estrategias de manejo y conductas de dolor pasivas y desadaptativas, en cuanto al afrontamiento.

En segundo lugar, por tanto, resulta imprescindible en el abordaje psicológico del dolor crónico poseer información relevante y específica sobre el lenguaje interno en la experiencia de dolor, para lo cual suele ser de gran ayuda disponer de algún tipo de procedimientos o instrumentos estandarizados.

Por último, y en consecuencia, de los resultados se desprende que el ASSQ y el ATQ, como ya se ha demostrado en otros contextos de investigación, son instrumentos válidos y fiables para evaluar el lenguaje interno ansiógeno y depresógeno –respectivamente- asociado a la experiencia de dolor crónico.

Referencias

- Al Absi, M. y Rokke, P.D. (1991). Can anxiety help us tolerate pain? *Pain*, 46, 43-51.
- Appelbaum, K.A., Radnitz, C.L., Blanchard, E.B. y Prins, A. (1988). The Pain Behavior Questionnaire (PBQ): A global report of pain behavior in chronic headache. *Headache*, 28, 53-58.
- Arntz, A., Dreessen, L. y De Jong, P. (1994). The influence of anxiety on pain: attentional and attributional mediators. *Pain*, 56, 307-314.
- Belloch, A., Baños, R.M. y Perpiñá, C. (1990). Automatic thoughts Questionnaire (ATQ-30): A clinical validation of spanish women. Original no publicado.
- Boston, K., Pearce, S.A. y Richardson, P.H. (1990). The pain cognitions questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 34(1), 103-109.
- Breslau, N., Davis, G.C., Schultz, L.R. y Peterson, E.L. (1994). Migraine and major depression: a longitudinal study. *Headache*, 34, 387-393.
- Cano García, F.J. (2001). *Variables psicológicas implicadas en migraña y cefalea tensional. Un estudio comparativo con otros trastornos por dolor crónico*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Sevilla.
- Cao, R., Chen, S., Tang, W. y Song, H. (2001). The reliability and validity of the Automatic Thoughts Questionnaire. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 9(2), 108-109.
- Cathcart, S. y Pritchard, D. (1998). Relationships between arousal-related moods and episodic tension-type headache: A biopsychological study. *Headache*, 38(3), 214-221.
- Dobson, K.S. y Breiter, H.J. (1983). Cognitive assessment of depression: Reliability and validity of three measures. *Journal of Abnormal Psychology*, 92(1), 107-109.
- Gil, K.M., Abrams, M.R., Phillips, G. y Keefe, F.J. (1989). Sickle cell disease pain: relation of coping strategies to adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(6), 725-731.
- Gil, K.M., Williams, D.A., Keefe, F.J. y Beckham, J.C. (1990). The relationship of negative thoughts to pain and psychological distress. *Behavior Therapy*, 21, 349-362.
- Harrell, T.H. y Ryon, N.B. (1983). Cognitive-behavioral assessment of depression: Clinical validation of the Automatic Thoughts Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(5), 721-725.
- Hollon, S.D. y Kendall, P.C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4(4), 383-395.
- Hollon, S.D., Kendall, P.C. y Lumry, A. (1986). Specificity of depressotypic cognitions in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(1), 52-59.
- Huprich, S.K., Margrett, J., Barthelemy, K.J. y Fine, M.A. (1996). The Depressive Personality Disorder Inventory: An initial examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 153-159.

- Hursey, K.G. y Jacks, D. (1992). Fear of pain in recurrent headache sufferers. *Headache*, 32, 283-286.
- Ibáñez, I., González, M., Fernández Valdés, A., López Curbelo, M., Rodríguez, M. y García, C.D. (2000). El Cuestionario de Preocupación y Ansiedad. Un instrumento para la evaluación del trastorno de ansiedad generalizada. *Ansiedad y Estrés*, 6(2-3), 203-221.
- Ietsugu, T. y Kodama, M. (1999). Development of a new Depressogenic Schemata Scale (DSS). *Japanese Journal of Health Psychology*, 12(2), 37-46.
- Joseph, S. (1994). Subscales of the Automatic Thoughts Questionnaire. *Journal of Genetic Psychology*, 155(3), 367-368.
- Kauth, M.R. y Zettle, R.D. (1990). Validation of depression measures in adolescent populations. *Journal of Clinical Psychology*, 46(3), 291-295.
- Kearney, J.M., Holm, J.E. y Kearney, M.L. (1994). Chronic tension-type headache: an investigation of the appraisal process. *Headache*, 34, 351-356.
- Kendall, P.C. y Hollon, S.D. (1989). Anxious self-talk: Development of the Anxious Self-Statements Questionnaire (ASSQ). *Cognitive Therapy and Research*, 13(1), 81-93.
- Larsen, D.W., Taylor, S. y Asmundson, G.J.G. (1997). Exploratory factor analysis of the Pain Anxiety Symptoms Scale in patients with chronic pain complaints. *Pain*, 69, 27-34.
- Lazarus, R.S. (2000). Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud. Bilbao. DDB.
- Lefebvre, M.F. (1981). Cognitive distortion and cognitive errors in depressed psychiatric and low back pain patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(4), 517-525.
- Lipton, R.B. y Silberstein, S.D. (1994). Why study the comorbidity of migraine? *Neurology*, 44 (suppl. 7), S4-S5.
- Loeser, J.D. y Melzack, R. (1999). Pain: An overview. *Lancet*, 353, 1607-1609.
- Martin, N.J., Holroyd, K.A. y Penzien, D.B. (1990). The Headache-Specific Locus of Control Scale: Adaptation to recurrent headaches. *Headache*, 30, 729-734.
- Martin, N.J., Holroyd, K.A. y Rokicki, L.A. (1993). The Headache Self-Efficacy Scale: Adaptation to recurrent headaches. *Headache*, 33, 244-248.
- McCracken, L.M., Zayfert, C. y Gross, R.T. (1992). The Pain Anxiety Symptoms Scale: development and validation of a scale to measure fear of pain. *Pain*, 50, 67-73.
- Melzack, R. y Wall, P.D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150, 971-979.
- Merikangas, K.R., Frances, A. (1993). Development of diagnostic criteria for headache syndromes: lessons from psychiatry. *Cephalalgia*, 13(suppl. 12), 34-38.
- Netemeyer, R.G., Williamson, D.A., Burton, S., Biswas, D., Jindal, S., Landreth, S., Mills, G. y Primeaux, S. (2002). Psychometric properties of shortened versions of the Automatic Thoughts Questionnaire. *Educational and Psychological Measurement*, 62(1), 111-129.
- Osman, A., Barrios, F.X., Osman, J.R., Schneekloth, R. y Troutman, J.A. (1994). The pain anxiety symptoms scale: psychometric properties in a community sample. *Journal of Behavioral Medicine*, 17(5), 511-522.
- Revuelta Pérez, F. (1994). Enfermedad coronaria y patrón de conducta tipo A: lenguaje interno y atribuciones causales. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Sevilla.
- Revuelta Pérez, F. (1995). Adaptación al español del "Cuestionario de Auto-Manifestaciones ansiosas" (Anxious Self-Statements Questionnaire (ASSQ)) de Kendall y Hollon (1989). *Análisis y Modificación de Conducta*, 21(78), 547-570.
- Reynolds D.V. (1969). Surgery in th rat during electrical analgesia induced by focal brain stimulation. *Science*, 164, 444-445.
- Rosenstiel, A.K. y Keefe, F.J. (1983). The use of cognitive coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17, 33-44.
- Rudy, T.E., Kerns, R.D. y Turk, D.C. (1988). Chronic pain and depression: toward a cognitive-behavioral mediation model. *Pain*, 35, 129-140.
- Safren, S.A., Heimberg, R.G., Lerner, J., Henin, A., Warman, M. y Kendall, P.C. (2000). Differentiating anxious and depressive self-statements. Combined factor structure of the Anxious Self-Statements Questionnaire and the Automatic Thoughts Questionnaire-Revised. *Cognitive Therapy and Research*, 24(3), 327-344.

Sahin, N.H. y Sahin, N. (1992). Reliability and validity of the Turkish version of the Automatic Thoughts Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology, 48*(3), 334-340.

Siegert, R.J., Walkey, F.H. y Taylor, A.J. (1992). Anxiety, depression and cognitive self-statements. A factor analytic study. *New Zealand Journal of Psychology, 21*(2), 49-55.

Smari, J. (1991). Private self-consciousness. Does it influence convergent and discriminant validity of self-reported anxiety and depression? *Psychological-Reports, 68* (3, Pt 1), 711-718.

Ulusoy, M. y Sahin, N.H. (1998). Turkish version of the Beck Anxiety Inventory. Psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 12*(2), 153-162.

Williams, D.A. y Thorn, B.E. (1989). An empirical assessment of pain beliefs. *Pain, 36*, 351-358.