

EVALUACIÓN DEL DOLOR

L. Rodríguez y A. Blanco

Luís Rodríguez Franco es Profesor Titular de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico en la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla. Alfonso Blanco Picabia es Catedrático de Psiquiatría en la Facultad de Medicina de la misma Universidad.

El dolor es definido por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) como una sensación y una experiencia emocional desagradables asociadas con un

real o potencial daño tisular, o que se describe en relación a tal daño.

Como notas adicionales y a veces indebidamente obviadas, se añaden que la incapacidad para comunicarlo verbalmente no niega la posibilidad de que un individuo experimente dolor ni de que necesite un tratamiento adecuado. Sigue indicando que el dolor es siempre subjetivo y que cada individuo aprende la aplicación de las palabras relacionadas con el daño en épocas tempranas de la vida. Muchas personas informan de dolores en ausencia de daños titulares o cualquier otra causa patofisiológica: habitualmente esto sucede por razones psicológicas,... lo cual debe ser aceptado como dolor (IASP, 2005).

Como se deriva de esta definición, el dolor es subjetivo y una experiencia compleja por varios motivos. Por un lado porque implica una amplia variedad de reacciones y procesos psicológicos, especialmente cuando es crónico (generalmente en las definiciones aparece descrito como aquél de una duración superior a seis meses, aunque en la práctica suele ser evaluado por años) y que puede aparecer sin daños titulares asociados o que lo justifiquen biológicamente, lo cual favorece que el paciente sea incomprendido desde el punto de vista sanitario e incluso social y familiarmente.

En nuestro caso nos vamos a centrar en el dolor crónico, aún a sabiendas de que la mayor parte de lo que sigue será de aplicación igualmente para el agudo. De hecho, para algunos expertos, la distinción

entre dolor agudo y crónico y también entre el maligno y el no maligno, (indebidamente calificado como “benigno”), es escasamente relevante, Turk y Melzack, 2001).

Por otro lado, nos centraremos también en cuestionarios de evaluación recientes, de formato reducido y aplicados específicamente para pacientes con dolor. En este sentido, la investigación ha mostrado las asociaciones existentes entre los autoinformes de dolor y la observación clínica (por ejemplo, McCahon, Strong, Sharry y Cramond, 2005), un dato a tener en consideración de forma muy especial.

El contexto general de la evaluación del dolor

La situación actual de los pacientes tratados por dolor crónico ha sido recientemente destacada por Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen y Gallacher (en prensa) de quienes extraemos algunos datos de interés.

A través de entrevistas a 4839 pacientes con dolor crónico mayores de 18 años que padecían dolor durante más de seis meses, de 15 países europeos encontraron que:

- El 66% padecían intensidades de dolor moderado (puntuaciones entre 5 y 7) en una escala numérica de dolor con rango de 1-10 y el 34% severo (puntuaciones 8–10).
- El 46% tenían dolores continuos o constantes (el resto intermitentes).
- El 59% había sufrido dolor con una duración de entre 2 y 15 años, de los que el 66% tenía una duración superior a los cinco años.
- El 28% estaba siendo atendido por tres o más médicos.
- El 21% había sido diagnosticado de depresión a causa de su dolor.
- El 61% era poco capaz o incapaz de trabajar fuera de casa, mientras que el 19% había perdido su trabajo y un 13% lo había tenido que cambiar.
- El 60% visitaron entre 2 y 9 meses a su medico en los últimos seis meses, aunque tan sólo el 2% estaba siendo atendido en la actualidad por especialistas en la materia.
- Un tercio de los pacientes no estaba siendo tratado en la actualidad. Dos tercios utilizaban medios no farmacológicos de tratamiento (masajes 30% fisioterapia 21%, acupuntura 13%).
- Casi la mitad tomaban analgésicos no prescritos facultativamente (especialmente Antiinflamatorios No Esteroides (55%), paracetamol (43%) y opiáceos (13%).
- En definitiva, como dato general, estiman que el 19% de la población europea padece de dolor crónico.

Como se puede apreciar el panorama no es precisamente alentador. Ello conlleva una complicación añadida que resulta fundamental para la evaluación del dolor, ya de por sí compleja, en el sentido de que se hace necesaria la evaluación no sólo del dolor, sino del contexto (psicológico, sanitario, social, laboral y familiar) en el que aparece y del que acaba formando parte.

De hecho, la habitualmente larga y variada historia de situaciones por las que transcurre el diagnóstico y los tratamientos del dolor añaden dimensiones y factores no directamente relacionados inicialmente con el dolor que finalmente acaban siendo elementos imprescindibles en la evaluación. Así, por ejemplo, destacamos la variada índole de los reforzamientos que desde distintos agentes (sanitarios, familiares, laborales, etc.) se producen antes, durante y después del proceso de diagnóstico, la variedad de los tipos de tratamientos y de servicios especializados que generalmente se ven implicados en las primeras medidas terapéuticas que se adoptan y los (escasos con demasiada frecuencia) niveles de satisfacción de los pacientes que no ven reducidos el dolor ni sus consecuencias, suponen un problema de enorme envergadura. A ello se une la escasa disponibilidad y accesibilidad a centros multidisciplinares especializados en el diagnóstico e intervención del dolor, en el que los tratamientos combinados, de aplicarse, han mostrado su eficacia aún con largos periodos de seguimiento (por ejemplo, Patrick, Altmaier y Found, 2004).

Tampoco podemos olvidar que la evaluación del dolor debe considerarse en un marco evolutivo, en el sentido de que las estrategias y técnicas de evaluación deben ajustarse a los niveles de edad de quienes lo padecen. Aunque las técnicas de evaluación psicológicas del dolor han crecido de forma exponencial, lo han hecho de manera mucho más moderada en poblaciones de niños, adolescentes y ancianos. Así, Eccleston, Jordan y Crombez (en prensa) confirman que aún no disponemos de una batería de pruebas estandarizadas ni consensuadas para adolescentes. En su revisión de estudios realizados en estas edades, sólo en 5 de ellos (11.6%) fueron desarrollados instrumentos de evaluación específicos para estas edades. Siete publicaciones (16.3%) utilizaron para adolescentes pruebas que se diseñaron con muestras combinadas de adultos y adolescentes, mientras que en los restantes 72.1% de estudios se aplicaron otras que originalmente estaban diseñadas para niños o para adultos.

Por otro lado, tan sólo 15 (34.9%) de las pruebas aplicadas se elaboraron para la evaluación del dolor crónico aunque la muestra objeto de evaluación padecía de dolor crónico y tan sólo un tercio de ellas habían sido objeto de estudios psicométricos en poblaciones adolescentes.

Afortunadamente, parece vislumbrarse una tendencia a promocionar el desarrollo de pruebas de evaluación específicas para estas edades, como en el caso del BAPQ (Eccleston, Jordan, McCracken, Slead, Con-

nell y Clinch, en prensa), destinado específicamente a la evaluación multimodal del impacto del dolor en adolescentes que experimentan dolor crónico, incluyendo escalas sobre funcionalidad física, social, depresión, ansiedad general y asociada al dolor y dinámica familiar, aunque afortunadamente se disponen de otros cuestionarios específicos (Walker y Greene, 1991; Reid et al., 1998).

Tampoco cabe menospreciar los intentos de evaluación indirecta del dolor en niños a través del informe de sus propios padres, como es el caso del *Parents' Postoperative Pain Measure* de Finley, Chambers, McGrath, y Walsh, (2003), compuesto, a modo de lista de adjetivos, de 29 ítems que comprenden comportamientos relacionados con la intensidad del dolor y la ansiedad en niños con dolor.

El contexto general en que se produce la evaluación del paciente con dolor puede ser bien distinto e introduce importantes variaciones en las necesidades de evaluación. Pongamos por caso y ejemplo las diferencias entre las circunstancias que concurren en un paciente de reciente diagnóstico y otro con una larga trayectoria de pruebas complementarias, especialidades médicas y diversidad de tratamientos.

En cualquier caso, no cabe la menor duda de que una labor prioritaria de evaluación inicial son las expectativas del paciente acerca del tratamiento y el tipo de información de que dispone (y el nivel de satisfacción con ella) sobre el dolor.

En cuanto a la última, es necesario disponer del tipo de información a la que ha accedido, destacando sobre otras las hipótesis personales acerca de la etio-psico-patogenia del dolor, acerca de los desencadenantes de las crisis y sobre las circunstancias que inhiben total o parcialmente el dolor o que, por el contrario las facilitan.

Esto es fundamental sobre todo si, como entendemos, la evaluación se dirige al tratamiento. Más aún si consideramos que la experiencia clínica viene a demostrar que los pacientes suelen mantener explicaciones acerca del dolor limitadas, excesivamente simplistas y biologizadas, poco acordes con la "realidad" y las evidencias que han sido publicadas.

También las expectativas hacia el tratamiento suponen un tipo de información esencial, relacionado con lo anterior. Se conoce que, en parte, tales expectativas predicen los efectos del tratamiento, aunque las relaciones sean complejas (Vlaeyen y Morley, 2005). En cualquier caso evaluar (y ser consecuentes con ello), las expectativas del paciente puede incrementar la satisfacción del paciente y reducir las posibilidades de abandonos terapéuticos (Petrie y cols., 2005)

En definitiva, la complejidad de la evaluación del dolor es pareja a la de su definición y a la de los procesos psicosociales que lo modulan (Dworkin y Breitbart, 2004). Tratar de establecer una relación completa de instrumentos de evaluación o de las variables psicológicas que lo modulan se hace en consecuencia una tarea impracticable para los objetivos de esta publicación. De hecho, coincidimos plenamente con que

“la idea central que hay que tener presente, es que el paciente que se queja de dolor debe ser evaluado y no sólo el dolor en sí mismo” (Turk, 1993).

En vez de ello, señalaremos un marco de referencia bajo el cual poder orientar las líneas de evaluación.

Marcos de referencias en la evaluación del dolor

Existen escasas aportaciones que traten de establecer un sistema organizado de evaluación si lo comparamos con el número de estudios en los que se proponen instrumentos específicos. Una de ellas es la realizada por Turk, Dworkinb, Allen y otros (2003). Aunque relacionada con la identificación de variables que pueden ser de interés para la realización de ensayos clínicos, modulando el tamaño de los efectos del tratamiento, este equipo trata de realizar un consenso entre investigadores y clínicos especialistas en dolor que se estructura finalmente en seis grandes dominios:

1. Dolor: Básicamente la intensidad, su localización y las dimensiones sensoriales específicas. Hay que considerar en este sentido que algunos tratamientos sobre el dolor no se proponen inicialmente como objetivo la estricta reducción del dolor, sino la de sus consecuencias (Dawson Spross, Jablonski y cols., 2002).

2. Funcionalidad física, no solo la calidad de vida, sino también más específicamente, las actividades de vida diaria y el cuidado personal,

3. El estado emocional del paciente: Numerosos estudios han relacionado el dolor con reacciones al estrés, especialmente la ansiedad, depresión, ira y hostilidad.

4. La evaluación de la mejora y la satisfacción con el tratamiento recibido expectativas ante el tratamiento, una evaluación global del tratamiento y la significación que para el paciente tienen las mejorías o empeoramientos relativos durante el tratamiento.

5. Los síntomas de dolor y los acontecimientos adversos, Muchos pacientes experimentan síntomas asociados con su enfermedad y con el tratamiento farmacológico

6. La disposición del paciente. Aunque en la propuesta original se refieren más específicamente al tratamiento (más concretamente a la adherencia), habría que añadirle la relativa a la explicación e intervención de los procesos psicológicos en el dolor.

De forma adicional, consideran una serie de factores complementarios tales como el nivel y tipo de rendimiento en el trabajo o actividades educativas, el interpersonal (a nivel social y familiar), la utilización de servicios sanitarios, las estrategias de afrontamiento y el sufrimiento y otras cuestiones relacionadas con estados terminales.

Pero consideramos que la evaluación del dolor, podría incluirse dentro de un marco más general que en primer lugar incluiría el “modelo

biopsicosocial". Bajo este prisma, se plantea que el dolor se caracteriza por tres componentes básicos: el biológico, el social y el psicológico que conforman los tres ejes fundamentales de la evaluación. Aunque distintos entre sí, se encuentran íntimamente relacionados, de ahí que su interacción procurará información útil y completa tanto en la explicación como en el tratamiento del dolor.

En cuanto al primero de ellos, un buen diagnóstico clínico resulta fundamental. Para ello, debe realizarse una evaluación multidimensional del dolor que no debe basarse tan sólo en el que probablemente sea el parámetro más evaluado (aunque a costa de los restantes): la intensidad de la sensación nociceptiva. De hecho otras dimensiones como la frecuencia de aparición y la duración tanto del trastorno por dolor (los años de historia con dolor) o de los episodios, son otros parámetros igualmente relevantes que han sido más desatendidos en la investigación habitual y de los que se suele recabar información a través de técnicas de entrevistas estructuradas.

Deben evaluarse igualmente otras dimensiones biológicas del dolor, tales como el umbral de sensación general y específico del dolor, así como la tolerancia a la estimulación nociceptiva, los niveles y filtros atencionales que caracterizan al paciente.

En cuanto a los aspectos sociales, el entorno familiar y laboral e interpersonal próximos al paciente son dimensiones fundamentales. Existe suficiente apoyo empírico como para considerar que las conductas relacionadas con el dolor (como las quejas, demandas de atención, el descanso excesivo y la realización de tareas de la vida diaria) pueden estar mantenidas por procesos de condicionamiento de las personas más cercanas al paciente con dolor. Del mismo modo, los más cercanos al paciente, también suelen modificar sus hábitos vitales en un intento de adaptarse a las nuevas situaciones que desencadena la convivencia habitual con el paciente (véase al respecto, por ejemplo, Sharp y Nicholas, 2000).

Esto es especialmente importante en el caso del dolor infantil, en el que habría que añadir a los anteriores el entorno académico o escolar.

En cuando a la evaluación psicológica, en la que intentaremos detallar más, existen varias dimensiones básicas. Si partimos de que cualquier expresión humana posee un componente conductual, emocional y cognitivo, podremos terminar de cerrar el sistema de evaluación que proponemos, ya que tales componentes son los que proponemos evaluar.

En cualquier caso, no es nuestro propósito reseñar la disponibilidad de instrumentos utilizables (labor por otra parte ya realizada de forma específica en nuestro medio por autores como Vallejo y Comaeche, 1994; Miró, 2003 y en otros foráneos como Turk y Melzack, 2001), sino las innovaciones habidas al respecto. Por otro lado, no todos los instru-

mentos utilizados tienen un carácter unidimensional, por lo que su clasificación se hace complicada al implicar diversos aspectos del dolor.

Entre los conductuales, sobresalen el informe y las conductas de dolor propios del sujeto que en muchas ocasiones se realizan ad hoc en previsión a los fines de evaluación que se desean utilizar. Se refieren a los comportamientos, verbales o no, que son inducidos por la percepción de dolor, como los de evitación e inhibición de estímulos y situaciones que disparan e inician los episodios de dolor, la búsqueda de ayuda o la adherencia al tratamiento entre otras. Dentro de ellos, merecen atención las respuestas que el entorno más próximo al paciente desencadenan los mismos episodios.

En esta línea se sitúa el *Abbreviated Roland-Morris Disability Scale* de Stroud, McKnight y Jensen (2004), una escala resumida de la original, constituida por 11 ítems. Originariamente dedicada al dolor de espalda, aunque haya sido empleada para dolores en otras localizaciones, esta escala ofrece una medida general y global del nivel de discapacidad del paciente.

Este es también el caso del *Profile of Chronic Pain*, un instrumento corto (15 ítems) diseñado específicamente para la identificación de pacientes con dolor crónico que requerirían de una mayor evaluación psicosocial debido a la gravedad de sus síntomas, la interferencia del dolor con su vida diaria o el cansancio emocional que les produce, que son los elementos que contemplan las tres escalas que lo componen (Ruehlman, Karoly, Newton y Aiken, 2005).

De naturaleza más específica, disponemos del *Neck Pain and Disability Scale*, Wheeler, Goolkasian, Baird, et al., 1999; Goolkasian, Wheeler y Gretz, 2002), diseñado sobre la base de 20 ítems que son presentados de forma gráfica y cómodamente comprensible para el paciente (a modo de escalas visuales analógicas), explorando la intensidad del dolor de cuello, su interferencia con las actividades de vida diaria y la presencia y extensión de los factores emocionales asociados a él.

En esta última línea de cuestionarios específicos de dolor, se encuentra el *Neuropathic Pain Questionnaire* elaborado por Krause y Baconja (2003), basado en descriptores cualitativos del dolor y quienes, partiendo de una lista inicial de 32 ítems, acaban proponiendo un cuestionario corto, 12 ítems, aunque recomiendan hasta el momento utilizarlo como *screening* inicial o bien como medida de eficacia terapéutica durante el tratamiento.

Entre los componentes emocionales, múltiples y variados en este tipo de pacientes, destacan la ansiedad y sobre todo la depresión (como bien pone de manifiesto la Encuesta Europea sobre el Dolor) y el hecho de que sean los antidepresivos los fármacos utilizados casi de forma sistemática en el dolor crónico. De cualquier manera, existe una cierta polémica acerca de si las técnicas de evaluación habitualmente empleadas para la depresión pueden sin más reformas ser empleadas en la

evaluación de la depresión de los pacientes con dolor crónico (véase, por ejemplo, Pincus y Williams, 1999). Por este motivo, se han desarrollado pruebas específicamente diseñadas para la evaluación de esta sintomatología en los pacientes con dolor, como la DAPOS, publicada por Pincusa, Williams, Vogel y Field (1994) en la que desarrollan una escala para la evaluación de la depresión, la ansiedad y el capacidad de expresar perspectivas positivas (este último describiendo la capacidad para expresar emociones positivas). Estas tres dimensiones quedan finalmente evaluadas a través de una corta escala de 11 ítems.

Otros componentes emocionales son los evaluados por la *Fear of Pain Questionnaire* (FPQ-III), un cuestionario que evalúa los miedos a una variada naturaleza de estímulos y situaciones que pueden producir dolor (McNeil y Rainwater, 1998). Consta de 30 ítems que aportan una estructura trifactorial: grandes miedos, miedos de escasa intensidad y los dentales. La relevancia de este cuestionario reside también en su posibilidad de aplicación para personas sanas que puedan estar especialmente sensibilizadas para el dolor (Albaret, Sastre, Cottencin y Mollet, 2004).

Mención especial por su relevancia requieren los componentes cognitivos, sea tanto por la variedad y multiplicidad de los que han sido considerados, como por la estrecha relación que mantienen con el cuadro de dolor. La lista de los que han sido identificados es notoriamente extensa y probablemente requieran una mayor atención. Por ejemplo, hace más de 20 años, Turk y su equipo enfatizaron el papel de las atribuciones, las expectativas de autoeficacia, el control personal y la resolución de problemas dentro de una perspectiva cognitivo-conductual sobre el dolor crónico (Turk y cols., 1983; Jensen, Romano, Turner, Good, y Wald, 1999; Asgharia y Nicholas, 2001) y la investigación sigue incrementando el tipo de moduladores implicados en el dolor.

Entre los instrumentos de reciente creación, destacamos, por ejemplo, la revisión del *Pain Attitudes Questionnaire* (Hie Yong, Bell, Workman y Gibson, 2003) que, inicialmente creado para la evaluación de las actitudes de estoicismo y cautela acerca del dolor en pacientes sanos, se reformula para su aplicación a pacientes con dolor. De hecho, la estructura factorial para estos últimos resulta distinta en relación a los sanos, quedando finalmente constituida por cinco escalas, algunas relacionadas con el estoicismo, como el espíritu fortaleza, la negación y la superioridad y otros dos más relacionados con la cautela: las dudas personales y la desgana.

En lo referente a las creencias sobre el dolor, la propia diversidad de las mismas y su relación con los parámetros sensoriales del dolor, han aconsejado el diseño de técnicas de evaluación muy variadas, aunque son escasas las aportaciones recientes y distintas a las ya consideradas "clásicas". Pero existen algunas innovaciones que merecen destacarse. Por ejemplo, Fritz, George, y Delitto, A. (2001) descubren que las creen-

cias de miedo y evitación desempeñan un muy importante papel sobre la cronificación de los cuadros de dolor, partiendo de la aplicación del *Fear-avoidance Beliefs Questionnaire* (Waddell, Newton, Henderson, et al. (1993), constituyendo un buen predictor de la reincorporación laboral y de los niveles de discapacidad.

Nos gustaría indicar los esfuerzos en nuestro entorno por adaptar cuestionarios de amplio arraigo en su utilización o bien de elaborar otros nuevos sobre el tema que nos ocupa. Así destacamos los estudios españoles sobre la escala de McGill (Masedo y Esteve, 2000), en la que demuestran la validez de las escalas afectivas y sensorial, aunque no la evaluativa. En la misma línea de investigación se sitúan los análisis acerca del *West Haven Yale Multidimensional Pain Inventory* (González-Barrón, Soler-Herreros y Ferrer-Pérez, 1996), del *Pain Behavior Questionnaire* y del *Headache Disability Inventory* en cefaleas y migrañas (Rodríguez Franco, Cano García y Blanco Picabia, 2000), del *Inventario de Pensamientos Negativos en Respuesta al Dolor* (Cano García y Rodríguez Franco, 2002), y sobre la validez de la escala de evaluación de caras en población pediátrica (Miró y Huguet, 2004) entre otros.

Probablemente requiera una mención señalada el interés por la evaluación de las estrategias de afrontamiento en pacientes con dolor crónico, al menos desde la perspectiva del número de publicaciones y técnicas de evaluación disponibles (Rodríguez Parra, Esteve Zarazaga y López Martínez, 2000; Esteve Zarazaga, López Martínez y Ramírez Maestre, 2001; Rodríguez Franco, Cano García y Blanco Picabia, 2004; Soriano y Monsalve, 2004). En éste último caso, se revisa el cuestionario de afrontamiento al dolor (CAD) de elaboración propia, proponiendo una forma abreviada, CAD-R de 24 ítems, que recoge 6 factores: autoafirmación, búsqueda de información, religión, distracción, catarsis y autocontrol mental.

A modo de reflexión

Unas últimas líneas para reflejar lo que la propia experiencia clínica y académica nos dicta. Por una parte, entendemos que si habitualmente la evaluación se orienta al tratamiento, esto es especialmente aplicable al caso del dolor. La escasa formación específica que durante la carrera docente reciben tanto los estudiantes de Medicina como los de Psicología o los de Fisioterapia, así como las actitudes que desarrollan, repercuten en el tipo de asistencia que reciben los pacientes con dolor crónico (véase al respecto, por ejemplo, Latimer, Maher y Refshauge, 2004, Houben et al, 2004), que a veces se ven forzados a un largo recorrido que no en pocas ocasiones llega a favorecer condiciones iatrogénicas que complican considerablemente el cuadro de los pacientes. Evidentemente, ello no forma parte del cuadro del dolor crónico en sí, aunque hace necesaria su evaluación. Por otra parte, la mayor parte de la po-

blación entra en contacto de forma temprana y habitual con la experiencia de dolor (Hözl, Kleinböhl, y Huse, 2005), la utiliza con fines muy diversos (desde la mera llamada de atención para recibir asistencia profesional o familiar, hasta como medio inapropiado para conseguir determinadas metas) y gradualmente va conformando explicación acerca no sólo de las “causas” del dolor sino también de su “tratamiento”.

En cuanto a la primera, suele emplear modelos simplistas (habitualmente de origen biológico, lineal y proporcional donde la percepción del dolor es directamente una expresión proporcional a la más que probable existencia del daño tisular), que implican que una mayor percepción del dolor es sólo la expresión de un agravamiento en esa supuesta causa que directamente lo está provocando. Los efectos moduladores de naturaleza psicológica, son inexistentes. Así, las motivaciones por tratamientos “clásicos” de naturaleza médica (farmacológicos y quirúrgicos) son los considerados como únicamente eficaces y en consecuencia, los demandados.

Ante esta perspectiva, plantear sin más y directamente un tratamiento “psicológico” al paciente no hace más que favorecer varias negativas: una, la de realizar un tratamiento para él “sin sentido”, y otra, la relacionada con que verbalizaciones más o menos expresadas de que no se padece una enfermedad mental, ni se está “loco”.

Por ello, el modo en que se planteen la evaluación y el tratamiento es crucial para poderlo realizar con suficientes garantías de éxito y mantener a los pacientes dentro del programa terapéutico. Cosa que no es posible realizar sin una previa evaluación del estado inicial del paciente. Por tanto no basta explicar lo que se va a llevar a cabo, sino también los motivos por lo que se hace y las posibles consecuencias favorables para el paciente, que se esperan.

Otra cuestión e incitación a la reflexión final que nos parece fundamental es la de si, desde el punto de vista clínico, aquello que responden los pacientes en los cuestionarios (como el tipo de instrumento más empleado en investigación) puede representar adecuadamente su experiencia de dolor.

Referencias

- Albaret, M.C.-Sastre, M.T.M.-Cottencin, A.-Mullet, E. (2004): The fear of pain questionnaire: factor structure in samples of young, middle-aged and elderly European people. *European Journal of Pain*, 8, 273-81.
- Arnstein, P.-Wells-Federman, C.-Caudill, M. (2001): The Effect of an Integrated Cognitive-Behavioral Pain Management Program on Pain Intensity, Self-efficacy Beliefs and Depression in Chronic Pain Patients on Completion and One Year Later. *Pain Medicine* 2:3 238
- Asgharia, A.-Nicholas, M.K. (2001): Pain self-efficacy beliefs and pain behaviour. A prospective study. *Pain*, 94, 85-100

- Breivik, H.-Collett, B.-Ventafridda, V.-Gallacher, D. (en prensa): Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, daily life, and treatment. *European Journal of Pain*.
- Cano García, F.J.-Rodríguez Franco, L. (2002): Pensamientos automáticos negativos en el dolor crónico. *Psiquis*, 24, 3, 137-145.
- Eccleston, C.-Jordan, A.L.-Crombez G. (en prensa) The impact of chronic pain on adolescents: a review of previously used measures. *Journal of Pediatric Psychology*.
- Eccleston, C.-Jordan, A.-McCracken, L.M.-Sleed, M.-Connell, H.-Clinch, J. (en prensa): The Bath Adolescent Pain Questionnaire (BAPQ): Development and preliminary psychometric evaluation of an instrument to assess the impact of chronic pain on adolescents. *Pain*.
- Dawson, R.-Spross, J.A.-Jablonski, E.S.-Hoyer, D.R.-Sellers, D.E.-Solomon, M.Z. (2002): Probing the paradox of patients' satisfaction with inadequate pain management. *Journal of Pain Symptom Management*, 23, 211-20.
- Dworkin, R.H.-Breitbart, W.S. (2004): Psychosocial Aspects of Pain: A Handbook for Health Care Providers. *Progress in Pain Research and Management*. Vol. 27. Seattle, WA: IASP Press.
- Esteve Zarazaga, M.R.-López Martínez, A.E.-Ramírez Maestre, C. (2001): Dolor crónico, emoción y afrontamiento. *Revista de psicología de la salud*, 13, 1, 47-62.
- Finley, G.A.-Chambers, C.T.-McGrath, P.J.-Walsh, T.M. (2003): Construct Validity of the Parents' Postoperative Pain Measure. *The Clinical Journal of Pain*, 19, 329-334.
- Fritz, J.M.-George, S.Z.-Delitto, A. (2001): The role of fear-avoidance beliefs in acute low back pain: relationships with current and future disability and work status. *Pain*, 94, 7-15
- González-Barrón, R.-Soler-Herreros, E.-Ferrer Pérez, V.A. (1996): El uso del "West Haven Yale Multidimensional Pain Inventory" en la evaluación de pacientes con dolor crónico: comparación entre dos muestras españolas". *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1, 103-126.
- Goolkasian, P.-Wheeler, A.H.-Gretz, S.S. (2002): The Neck Pain and Disability Scale: Test-Retest Reliability and Construct Validity. *The Clinical Journal of Pain*, 18, 245-250
- Hie Yong, H.-Bell, R.-Workman, B.-Gibson, S.J. (2003): Psychometric properties of the (revised) in adult patients with chronic pain. *Pain*, 104, 673-681.
- Houben, R.M.-Vlaeyen, J.W.-Peters, M.-Ostelo, R.W.-Wolters, P.M.-Stomp van den Berg, S.G. (2004): Health Care Providers' Attitudes and Beliefs Towards Common Low Back Pain: Factor Structure and Psychometric Properties of the HC-PAIRS. *Clinical Journal of Pain*, 20, 37-44
- Hözl, R.-Kleinböhl, D.-Huse, E. (2005): Implicit operant learning of pain sensitization. *Pain*, 115, 12-20
- IASP (2005): <http://www.iasp-pain.org/terms-p.html>.
- Jensen, M.P.-Romano, J.M.-Turner, J.A.-Good, A.B.-Wald, L.H. (1999): Patient beliefs predict patient functioning: further support for a cognitive-behavioural model of chronic pain. *Pain*, 81, 95-104.
- Krause, S.J.-Backonja, M. (2003): Development of a Neuropathic Pain Questionnaire. *The Clinical Journal of Pain*. 19, 306-314
- Latimer, J.-Maher, C.-Refshauge, K. (2004): The Attitudes and Beliefs of Physiotherapy Students to Chronic Back Pain. *Clinical Journal of Pain*, 20:45-50.
- Masedo, A.I.-Esteve, R. (2000). Some Empirical Evidence of the Validity of the Spanish Version of the McGill Pain Questionnaire. *Pain*, 85, 3, 451-456
- McCahon, S.; Strong, J.-Sharry, R.-Cramond, T. (2005): Self-Report and Pain Behavior Among Patients With Chronic Pain. *Clinical Journal of Pain*, 21, 3, 223-231.

- Miró, J. (2003): *Dolor crónico: procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao: Desclee de Brouwer
- Miró, J.-Huguet, A. (2004): Evaluation of reliability, validity, and preference for a pediatric pain intensity scale: the Catalan version of the faces pain scale – revised. *Pain*, 111, 59–64.
- McNeil, D.W.-Rainwater, A.J. (1998): Development of the Fear of Pain Questionnaire-III. *Journal of Behavior Medicine*, 21, 389–410.
- Patrick, L.E.-Altmaier, E.M.-Found, E.M. (2004): Long-term outcomes in multidisciplinary treatment of chronic low back pain: results of a 13-year follow-up. *Spine*. 14; 29(8):850-5.
- Petrie, K.J.-Frampton, T.-Large, R.G.-Moss Morris, R.-Johnson, M.-Meehan, G. (2005): What Do Patients Expect From Their First Visit to a Pain Clinic? *Clinical Journal of Pain*, 21:297–301
- Pincus T.-Williams, A. (1999): Models and measurements of depression in chronic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(3):211–9.
- Pincusa, T.-Williams, A.C.C.-Vogel, S.-Field, A. (2004): The development and testing of the depression, anxiety, and positive outlook scale (DAPOS). *Pain* 109 181–188.
- Reid, G.J.-Gilbert, C.A.-McGrath, P.J. (1998): The pain coping questionnaire: preliminary validation. *Pain*, 76, 83–96.
- Rodríguez Franco, L.-Cano García, F.J.-Blanco Picabia, A. (2000): 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*, 26, 109, 739-762.
- Rodríguez Franco, L.-Cano García, F.J.-Blanco Picabia, A. (2004): Evaluación de las Estrategias de Afrontamiento del Dolor Crónico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32, 2, 82-91.
- Rodríguez Parra, M.J.-Esteve Zarazaga, R.-López Martínez, A. E. (2000): Dolor crónico y estrategias de afrontamiento. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 107, 391-418.
- Ruehlman, L.S.-Karoly, P.-Newton, C.-Aiken, L.S. (2005): The development and preliminary validation of a brief measure of chronic pain impact for use in the general population. *Pain* 113, 82–90.
- Sharp, T.J.-Nicholas, M.K. (2000): Assessing the significant others of chronic pain patients: the psychometric properties of significant other questionnaires. *Pain* 88, 135-144.
- Smith, M.T.-Perlis, M.L.-Haythornthwaite, J.A. (2004) *Clinical Journal of Pain*. 20(2): 111-118
- Soriano, J.-Monsalve, V. (2004): Validación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R). *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 11, 407-414.
- Stroud, M.W.-McKnight, P.E.-Jensen, M.P. (2004): Assessment of Self-Reported Physical Activity in Patients With Chronic Pain: Development of an Abbreviated Roland-Morris Disability Scale. *The Journal of Pain*, 5, 5, 257-263.
- Turk, D.C. (1993): Assess the Person, Not Just the Pain. *Pain: Clinical Updates*. 1, 3, 158.
- Turk D.C.-Meichenbaum, D.-Genest, M. (1983): *Pain and Behavioral Medicine. A Cognitive-Behavioral Perspective*. New York, NY: Guilford Press;
- Turk, D.C.-Melzack, R. (Eds.) (2001) *Handbook of Pain Assessment*. 2ª Ed. Nueva York. Guilford Press.
- Turk, D.C.-Dworkin, R.H.-Allen, R.R.-otros (2003). Core outcome domains for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*, 106 337–345

- Vlaeyen, J.W.S.-Morley, S.(2005): Behavioral Treatments for Chronic Pain: What Works for Whom? *Clinical Journal of Pain*, 21(1), 1-8
- Vallejo Pareja M.A.-Comeche Moreno I.(1994). *Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico*. Madrid. UNED y Fundación Universidad-Empresa.
- Waddell, G.-Newton, M.-Henderson, I.-Somerville, D.-Main, C.J.(1993): A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*, 53:157–168.
- Walker, L.S.-Greene, J.W.(1991):The functional disability inventory—measuring a neglected dimension of child health-status. *Journal of Pediatric Psychology*, 16, 39–58.
- Wheeler, A.H.-Goolkasian, P.-Baird, A.C.-et al.(1999): The development of the neck pain and disability scale: item analysis, face, and criterion-related validity. *Spine*; 24, 1290–1294.