

## Estrategias de Afrontamiento en Pacientes con Lumbago Crónico

### Coping Strategies in Chronic Low Back Pain Patients

Eliana Guic e Isabel Puga  
Pontificia Universidad Católica de Chile

Ignacio Robles  
Universidad de Chile

Se estudiaron estrategias de afrontamiento, utilizando el WCCL-R, en una muestra de pacientes que consultaron al traumatólogo por dolor lumbar recurrente o persistente. También se evaluaron el dolor (EVA y Dibujo del Dolor), discapacidad (SIP) y síntomas depresivos (BDI). Los pacientes con lumbago crónico inespecífico (LCI), en los que no se identificó el origen anatómo-patológico del dolor, reportaron utilizar preferentemente estrategias como autculpa y evitación para afrontar el dolor, así como también otras situaciones relevantes. Esto en desmedro de la utilización de estrategias orientadas a la resolución de los problemas. En este aspecto se diferenciaron de pacientes con patologías espinales específicas, aunque no en cuanto a la intensidad percibida del dolor ni a la discapacidad relacionada al síntoma lumbar. Se confirmó en el grupo LCI una mayor sintomatología depresiva. Estos hallazgos tienen implicaciones para el diseño de intervenciones psicológicas para pacientes con dolor lumbar inespecífico y para orientar investigaciones sobre factores psicológicos en dolores crónicos.

We studied coping strategies, using the WCCL-R in a sample of patients with chronic low back pain. We also evaluated pain (EVA and Pain Drawing), disability (SIP) and depressive symptoms. Nonspecific chronic low back pain patients (CLBP) reported more avoidance and self-blame coping, instead of problem solving strategies. They prefer these strategies either to cope with their back pain or with other relevant problems. These patients differ in this respect from patients with specific back pathologies, however both groups reported the same pain intensity and disability related to back symptoms. A higher number of depressive symptoms in the CLBP group was confirmed. The findings indicate the importance of coping processes in psychological interventions with chronic low back patients and suggest directions for future research.

En Chile, el *lumbago crónico* (LC)<sup>1</sup> es una de las causas más comunes de consulta en la atención ambulatoria en los servicios públicos de salud. Además, se ha identificado como una de las principales causas de ausentismo laboral (Galilea & Gloger, 1985; Hernández & Moreno, 1985; Rosel, 1989). En un trabajo reciente en nuestro país se describe que el dolor lumbar es el síntoma más frecuente en ejecutivos de empresas de servicio con altos grados de estrés laboral (Guic, Bertin, Sandoval & Mimica, 2001). Estos datos son coherentes con resultados de trabajos realizados en otros países. Así, por ejemplo, en EE.UU. el lumbago es la causa más frecuente de pago compensatorio y baja productividad la-

boral (Frymoyer, 1991; Van Tulder, Koes & Boulter, 1995; Waddell, 1990).

En un alto porcentaje de pacientes con LC el diagnóstico médico no identifica adecuadamente el origen anatómo-patológico del dolor y la discapacidad. A este síndrome se ha llamado Lumbago Crónico Inespecífico o Incongruente (LCI), para distinguirlo de patologías en las que se identifican causas de tipo traumático, degenerativo, inflamatorio, etc. (Fordyce, 1995; Merskey, 1994; Reesor & Craig, 1988). Para los fines del diseño de este trabajo agruparemos a estas patologías bajo el rótulo de Lumbago Crónico Específico (LCE).

Se han descrito variables psicológicas asociadas al dolor en el LCI (Jensen, Romano, Turner, Good & Wald, 1999; Stroud, Thorn, Jensen & Boothby, 2000; Turner, Jensen & Romano, 2000). Las variables psicológicas son interesantes de estudiar

---

Eliana Guic e Isabel Puga, Escuela de Psicología. Ignacio Robles, Escuela de Medicina.

La correspondencia relativa a este artículo debe ser dirigida a Eliana Guic. Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Av. Vicuña Mackenna 4860, Santiago, Chile. E-mail: eguic@puc.cl

Este trabajo fue financiado por el proyecto DIPUC 2000/27CE a E.G. Se agradece la colaboración a los Drs. R. Postigo y C. Liendo en la selección de la muestra.

---

<sup>1</sup> Síntoma que se define como un dolor de carácter sordo, localizado en la región lumbosacra, con o sin irradiación, que –a diferencia de la lumbociática– no es de carácter radicular (Código 54.4 del ICD-10, 1992).

por cuanto son factores que contribuirían a la mantención de la sintomatología. Actualmente se busca una mejor caracterización de aquellas variables y de su relación con la disfunción lumbar (Linton, 2000; Thomas, 1999). En Chile se ha descrito que un alto porcentaje de pacientes con dolor lumbar accidentados del trabajo presentan síntomas de depresión y ansiedad (Rebolledo, González, Soto, Galilea & Carbonell, 1999).

Trabajos previos, desde el enfoque cognitivo en psicoterapia, han descrito que las creencias y estilos de afrontamiento al dolor afectan a la sintomatología lumbar (Jensen, Turner, Romano & Strom, 1995; Keefe, Crisson, Urban & Williams, 1990; Weickgenant, 1993). En estos trabajos se han estudiado los procesos de afrontamiento sólo en relación al manejo de los episodios de dolor. Postulamos que la relación entre procesos de afrontamiento y síntomas físicos es mucho más amplia y compleja que la referida directamente a la experiencia de dolor lumbar. Por lo tanto nuestro trabajo busca describir estos procesos en relación a situaciones problema que los pacientes hayan evaluado como las más relevantes al momento de la consulta, independientemente de si es el dolor lumbar o no.

El objetivo general del presente trabajo es aportar a la identificación de estrategias de afrontamiento en pacientes con LCI que pudieran constituir factores de riesgo psicológico que inciden en la cronificación del dolor. Para esto estudiaremos a pacientes con LCI y los compararemos con pacientes que también presentan dolor lumbar crónico, pero debido a una patología espinal claramente identificable. Este diseño supone que estos últimos sujetos no difieren en términos psicológicos de la población general, excepto por los efectos secundarios asociados al dolor crónico, característica que comparten con los pacientes con LCI.

Nuestros resultados muestran que los pacientes con LCI utilizaron preferentemente estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción, como autculpa y evitación, frente a una preocupación. Esto en desmedro de la utilización de estrategias orientadas a la resolución del problema. Estos pacientes se diferenciaron de los pacientes con patologías espinales específicas (LCE), en cuanto al tipo de estrategia principalmente usada. En promedio ambos grupos mantuvieron la tendencia característica tanto en preocupaciones relacionadas con la enfermedad física como en otras, sobre asuntos laborales, económicos, familiares, etc. Los pacientes con LCI presentaron además mayor

número de síntomas de depresión que los LCE, confirmando resultados de trabajos previos. Estas características psicológicas diferenciales se dan entre estos dos grupos de pacientes que sin embargo, como era de esperar, no se diferenciaron en cuanto a la percepción de la intensidad del dolor ni de la discapacidad física producida por el cuadro lumbar.

## Método

### *Participantes*

La investigación se realizó con 38 pacientes que consultaron en forma sucesiva por dolor lumbar en Traumatología del Centro de Diagnóstico de la Pontificia Universidad Católica de Chile (CEDIUC). El paciente debía tener un dolor lumbar recurrente o persistente de 6 meses o más. Se utilizaron los siguientes criterios de exclusión: (a) síndrome orgánico cerebral, previamente diagnosticado, (b) un problema de salud física mayor, (c) cirugía mayor durante el último año. La muestra quedó constituida por 18 hombres y 20 mujeres, con promedio de edad de 38.2 años.

### *Instrumentos de Medición*

#### 1. Dolor y Discapacidad

*Intensidad subjetiva del dolor.* Se utilizó la Escala Visual Análoga (EVA) desarrollada hace más de 50 años, de autor desconocido (Jensen, Karoly & Braver, 1986). Consiste en una línea recta horizontal o vertical de 10 cm. de largo. Sus extremos están claramente delimitados por una marca que expresa "sin dolor" y en el otro extremo "peor dolor", se le pide al paciente que marque un punto de la línea que refleje la cantidad de dolor que experimenta en ese momento. Posteriormente se mide la distancia desde el extremo "sin dolor" hasta el punto marcado por el sujeto. Usando la Escala Visual Análoga, se midió: EVA Máxima: Dolor máximo sentido durante el curso de la enfermedad; EVA Mínima: Dolor mínimo sentido durante el curso de la enfermedad; EVA Actual: Dolor actual sentido durante la evaluación.

*Tipo y extensión del dolor.* Se utilizó la prueba Dibujo del dolor, creada por Ransford, Cairns & Mooney (1976). Se les pide a los pacientes que en el dibujo de una figura humana representen gráficamente el tipo de dolor que tienen y dónde les duele, de modo que sea posible conocer la naturaleza y distribución de su dolor. Se basa en la hipótesis de que la forma en que ellos dibujan su dolor está fuertemente influenciada por el distrés emocional (Ransford, Cairns & Mooney, 1976). La prueba tiene un puntaje de 0 a 10 puntos, considerándose 5 un puntaje significativo de dibujo alterado (pobremente localizado y no anatómico; con expansión o magnificación del dolor a otras áreas del cuerpo y énfasis adicional o comentarios de la severidad del dolor) (Reesor & Craig, 1988).

*Discapacidad.* Se utilizó la prueba Perfil de Impacto de la Enfermedad (SIP) del grupo de Bergner (Bergner, Bobbitt, Carter & Gilson, 1981) es un cuestionario de autoreporte que contiene 136 ítems. Entrega un índice de la percepción de los sujetos del impacto de la enfermedad en aspectos físicos y psicológicos. El SIP total entrega un índice de discapacidad general, que se calcula a partir de los puntajes de las subescalas.

## 2. Variables Psicológicas

**Estrategias de afrontamiento.** Se midieron respecto de situaciones ocurridas durante la última semana, que hubieran sido categorizadas como estresantes o preocupantes por el paciente al momento de la evaluación. Se utilizó la Escala de Modos de Afrontamiento-Revisada (WCCL-R) de Lazarus (Lazarus & Folkman, 1984; Vitaliano, Russo & Car, 1985). El sujeto clasificó la situación como un problema relacionado con: (a) la salud física, (b) salud psicológica, (c) trabajo o finanzas. El cuestionario contiene una lista de estrategias de afrontamiento, las cuales están agrupadas en 5 subescalas que corresponden a *estrategias de afrontamiento de resolución de problemas* (estrategias focalizadas en los problemas y búsqueda de apoyo social) y a *estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción* (autoculpa; pensamiento mágico y evitación). Recientemente hemos publicado datos de validación preliminar de esta escala en Chile (Guic, Ramírez, Avendaño & Bilbao, 2001).

**Depresión.** Se utilizó el inventario de depresión de Beck (BDI) (Beck & Ward, 1961), instrumento de autoreporte con 21 categorías de síntomas y actitudes que da cuenta de la severidad de los síntomas depresivos.

### Procedimiento

Todos los sujetos fueron evaluados inmediatamente antes de la consulta al médico, durante el período de espera, usando una batería de instrumentos que se describe más adelante. Los sujetos fueron asignados a los grupos Lumbago Crónico Inespecífico (LCI) o Lumbago Crónico Específico (LCE) según el diagnóstico del traumatólogo tratante. El traumatólogo evaluó a los pacientes a través del examen médico y exámenes de rutina, según el caso (radiografía, cintigrafía, scanner, tomografía computarizada (TAC), electromiografía (EMG), exámenes de laboratorio, etc.) para determinar la existencia o no de una patología espinal seria. La existencia de ésta determinaba la asignación del paciente al grupo LCE ( $n = 16$ ), el resto de los sujetos fue asignado al grupo LCI ( $n = 22$ ). Los pacientes del grupo LCE presentaron principalmente patología degenerativa, congénita o infecciosa (estenosis raquídea, estenosis foraminal, escoliosis degenerativa, espondilolistesis y espondilitis anquilosante).

## Resultados

Nuestros pacientes con LCI, es decir en los que no se ha identificado el origen anatómo-patológico del dolor, reportan los mismos índices de dolor, que los sujetos del grupo LCE, que tienen una patología espinal específica. Como muestra la Figura 1, los dos grupos no sólo perciben la misma intensidad del dolor al momento de consultar al médico (dolor actual) sino que tampoco se diferencian en cuanto al dolor máximo y mínimo percibido. La prueba del Dibujo del Dolor no discriminó estadísticamente entre los dos grupos, aunque los pacientes LCI tuvieron un puntaje promedio mayor que los LCE (LCE:  $X = 2.87$ ; LCI:  $X = 4.09$ ).

Asimismo, la discapacidad física medida con la prueba Perfil de Impacto de la Enfermedad (SIP-físico) es igual en los dos grupos, indicando que los pacientes no se diferencian en cuanto a la percepción que tienen del efecto de la enfermedad sobre su funcionamiento físico [LCI:  $X = 8.27$  (1.66); LCE:  $X = 8.21$  (1.9)]. Sin embargo el grupo con LCI percibe, en promedio, un mayor deterioro de su funcionamiento psicológico debido al síntoma lumbar (SIP-psicológico) [ $t = 2.25$ ;  $gl = 25.7$ ;  $p = 0.033$ ; LCI:  $X = 22.55$  (4.43); LCE:  $X = 11.98$  (1.5)]. Los grupos no se diferencian en el indicador general de discapacidad que entrega el SIP, que se obtiene a partir de los dos puntajes previos (ver Figura 2).

Como muestra la Figura 3, los pacientes del grupo LCI reportaron un uso significativamente mayor de estrategias de afrontamiento orientadas a la emoción, en desmedro de los tipos de afrontamientos

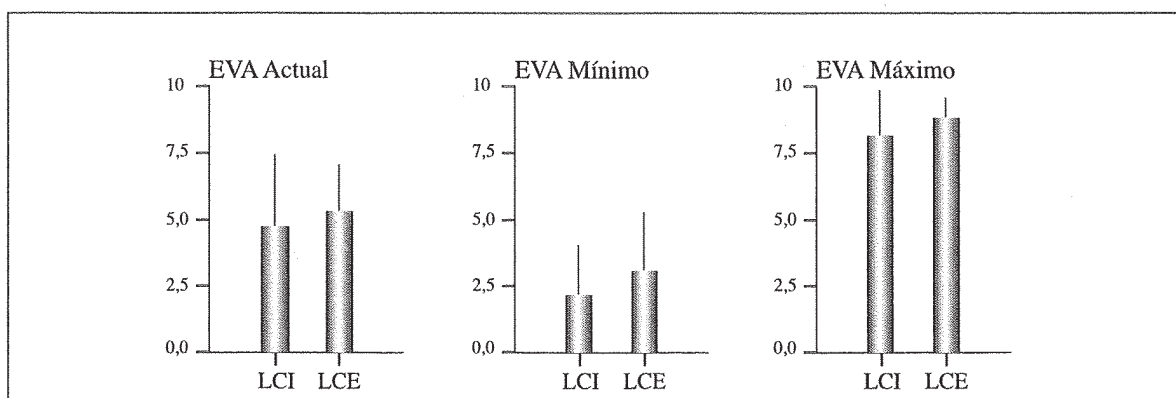


Figura 1. Puntajes promedio para los grupos LCI y LCE en la Escala Visual-Analógica, usada para medir intensidad del dolor percibido. EVA Actual: dolor durante la evaluación; EVA Mínimo y EVA Máximo: dolor mínimo y máximo, respectivamente, sentido durante el curso de toda la enfermedad.



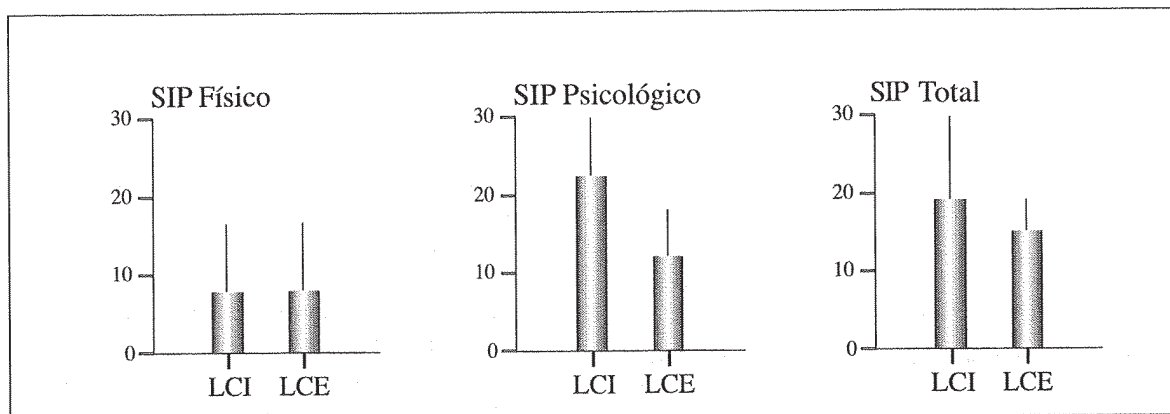


Figura 2. Puntajes promedio en la escala Perfil de Impacto de la Enfermedad (SIP), para los grupos LCI y LCE. Una de las subescalas entrega un índice de la percepción que los sujetos tienen del impacto de la enfermedad sobre el funcionamiento físico y la otra sobre el funcionamiento psicológico. El SIP total entrega un índice de discapacidad general, que se calcula a partir de los puntajes de las dos subescalas.

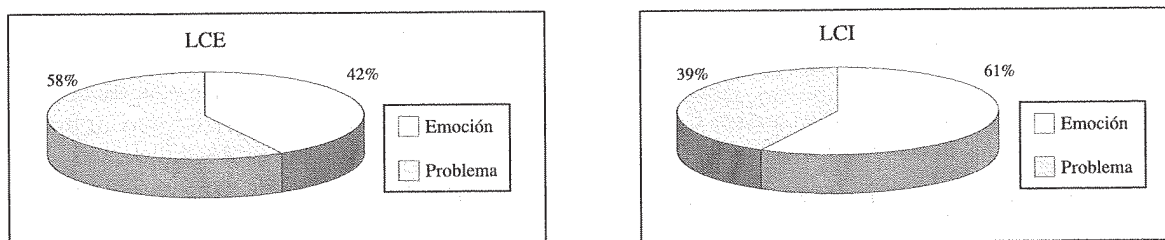


Figura 3. Puntajes promedio en las subescalas afrontamiento orientado a la emoción y al problema, en la prueba Modos de Afrontamiento-Revisada (WCCL-R), para los grupos LCI y LCE. Cada estrategia de afrontamiento está reportada en forma relativa, como un porcentaje del total.

dirigidos a la resolución de problemas, para abordar las situaciones más relevantes al momento de la consulta (Emoción:  $X = 61.01\%$ ; Problema:  $X = 39.93\%$ ;  $t = -4.216$ ;  $gl = 21$ ;  $p = 0.000$ ). En el grupo LCE los promedios son mayores para estrategias orientadas al problema (Emoción:  $X = 41.57\%$ ; Problema:  $X = 58.03\%$ ;  $t = 2.726$ ;  $gl = 15$ ;  $p = 0.000$ ). Las diferencias son también significativas al comparar a ambos grupos en cada estrategia ( $t = 4.61$ ;  $gl = 36$ ;  $p = 0.000$ ).

Como muestra la Figura 4, de los tres tipos de afrontamiento emocional que se midieron, los puntajes promedios son significativamente mayores para el grupo LCI para evitación y autoculpa, pero no para pensamiento mágico [Evitación: LCI  $X = 17.1$  (1.68); LCE  $X = 11.26$  (1.89);  $t = 2.28$ ;  $gl = 36$ ;  $p = 0.02$ ; Autoculpa: LCI  $X = 18.9$  (2,8); LCE  $X = 6.35$  (1.8);  $t = 3.44$ ;  $gl = 36$ ;  $p = 0.001$ ]. Entre los estilos de resolución de problemas, la subescala de

focalización en el problema muestra puntajes promedios significativamente menores para el grupo LCI [LCI:  $X = 19.06$  (1.29); LCE:  $X = 32.43$  (3.24);  $t = -4.25$ ;  $gl = 36$ ;  $p = 0.00$ ]. La misma tendencia se da, para apoyo social, aunque en este caso la diferencia no es significativa.

Además de las diferencias descritas, los pacientes del grupo LCI reportaron un promedio significativamente mayor de síntomas depresivos [LCI  $X = 12.5$  (1.33); LCE  $X = 8.68$  (0.79);  $t = 2.22$ ;  $gl = 36$ ;  $p = 0.033$ ] (Ver Figura 5). El puntaje en el Inventario de Depresión de Beck se correlaciona negativamente con afrontamiento orientado a la resolución de problemas ( $r = -0.410$ ,  $p = 0.01$ ) y positivamente con afrontamiento emocional ( $r = 0.345$ ;  $p = 0.03$ ).

Uno de los mayores aportes de éste trabajo es describir que en ambos grupos estos resultados se dan no sólo frente al dolor lumbar sino que también

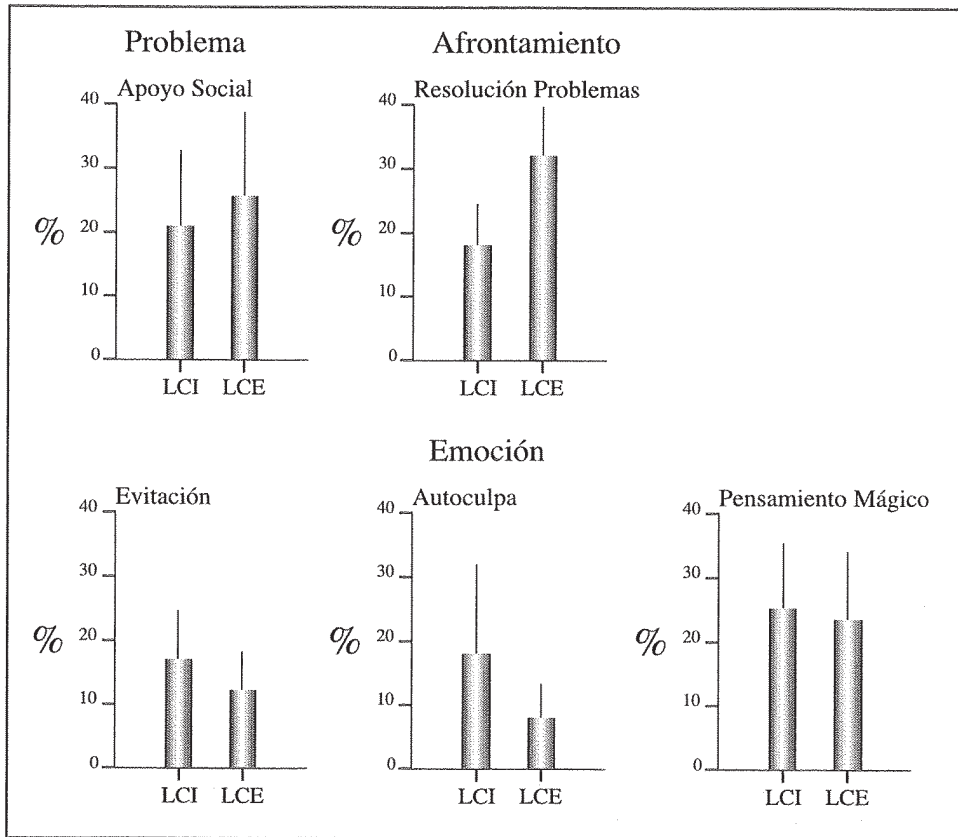


Figura 4. Detalle de los puntajes promedio en cada una de las subescalas de la prueba Modos de Afrontamiento-Revisada (WCCL-R), para los grupos LCI y LCE. Cada estrategia de afrontamiento está reportada en forma relativa, como un porcentaje del total.

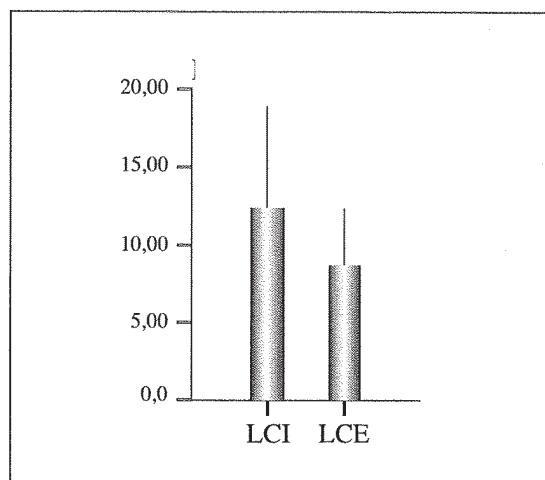


Figura 5. Puntajes promedio de síntomas depresivos según la prueba BDI, para los grupos LCI y LCE.

Tabla 1

*Promedio del Porcentaje de Uso de Cada Estrategia de Afrontamiento Enfocadas a la Resolución de Problema (P) y a la Emoción (E). Según Tipo de Problema (Dolor Lumbar y otros) y para Ambos Grupos de Pacientes*

Grupo	LCI				LCE			
	Dolor Lumbar		Otras*		Dolor Lumbar		Otras*	
	P	E	P	E	P	E	P	E
Afrontamiento								
Promedio	40.05	59.95	39.75	60.25	57.55	42.45	59.07	40.93
(DS)	(11.66)	(12.50)	(12.14)	(14.55)	(11.67)	(11.80)	(14.31)	(14.09)

\*Familiar – interpersonal y laboral - económica.

en otro tipo de situaciones preocupantes. Es decir que los sujetos utilizan en la misma proporción una u otra estrategia, independientemente del tipo de problema. En la Tabla 1 se muestran los promedios según tipo de problema identificado como el más relevante al momento de la entrevista.

### Discusión

Nuestros resultados muestran que los pacientes con lumbago crónico inespecífico reportaron haber afrontado problemas, presentes al momento de la consulta, utilizando relativamente más estrategias orientadas a la emoción, como evitación y autculpa, que del tipo orientado a la resolución de problemas. Esto contrasta con los resultados obtenidos en el grupo de pacientes con dolor lumbar crónico debido a una patología espinal en la que el origen anatómo-patológico del dolor está claramente identificado. Este grupo reportó el uso preferente de las estrategias orientadas a la resolución del problema.

Estos resultados son coherentes con investigaciones recientes que han encontrado que pacientes de características similares a las de nuestro grupo LCI, tienden a responder en forma evitativa y a tener pensamientos catastróficos respecto del dolor lumbar (Linton, 1999; Turner, Jensen & Romano, 2000). Otro aporte de nuestro trabajo es haber descrito que esta característica es utilizada por los pacientes LCI no sólo para afrontar al dolor, sino también otros problemas relevantes de diverso orden, como familiar o interpersonal y laboral o económicos. Esto último había sido sugerido en un trabajo previo en el que utilizamos una metodología de tipo cualitativo para evaluar a este tipo de pacientes (Guic, Castillo & Krause, 2001).

Para comprender mejor los resultados de la pre-

sente investigación, recordamos que la escala de Lazarus, que utilizamos para medir las estrategias de afrontamiento, se elaboró en base a la conocida teoría transaccional del autor sobre el estrés. El afrontamiento sería una variable mediadora entre la situación y la emoción que ésta elicit. En este contexto teórico el mayor uso de afrontamiento emocional detectado en los pacientes con LCI se refiere a mecanismos que permitirían reducir la ansiedad sin intentar modificar la situación, en desmedro del uso de estrategias orientadas a cambiar la situación que genera tensión. La teoría asume que los sujetos normalmente utilizan ambos tipos de afrontamientos ante un evento y que en personas normales, sin trastornos de adaptación o psiquiátricos, es esperable un uso relativamente mayor de estrategias dirigidas al problema. Lo que una persona hace frente a una situación evaluada como amenazante o preocupante, según Lazarus, depende tanto de características de personalidad como de aspectos propios de la situación que enfrentan. En este sentido las estrategias de afrontamiento no fueron consideradas por él como características individuales necesariamente estables y de esta forma fueron diferenciadas de los rasgos de personalidad (Folkman & Lazarus, 1988; Lazarus & Folkman, 1984).

En nuestros resultados, en promedio, ambos grupos de pacientes mantuvieron la misma estrategia preferida de afrontamiento, no sólo para el dolor sino también para otras preocupaciones de variada índole. Entre éstas estaban problemas familiares, de relaciones interpersonales, laborales y económicos. Lo que tenían en común estas situaciones es que fueron elegidas por los sujetos como las más relevantes en el momento en que ellos consultaban por el dolor lumbar. Por lo tanto a partir de nuestros datos no podemos decir que los sujetos usaron la

misma estrategia en diferentes situaciones, ya que cada sujeto contestó la prueba de afrontamiento para una situación. Sin embargo el comportamiento del grupo sugiere una estabilidad del afrontamiento en una serie de situaciones, más allá del dolor.

Nos interesa discutir algunas características del tipo de paciente que participó en la investigación, para comprender mejor los resultados. Para una discusión más detallada y una descripción cualitativa de los aspectos psicológicos de pacientes con dolor lumbar crónico, referimos al lector a otro trabajo recientemente publicado (Guic, Castillo & Krause, 2001).

Debemos tener presente que en el lumbago crónico se presentan casos en un continuo que va desde pacientes en los que la etiología orgánica es clara y la participación de variables psicológicas, que pudieran concurrir a explicar la discapacidad o el dolor es mínima, hasta pacientes en los que no se encuentra una etiología orgánica y las variables psicológicas tienen un rol importante en la sintomatología lumbar. Nuestros pacientes del grupo LCE se ubican hacia uno de estos polos y los del grupo LCI hacia el otro. En el grupo LCE no descartamos el efecto de aspectos psicosociales en el dolor lumbar pero asumimos que, en cuanto a aspectos psicológicos, este grupo no se diferencia de la población general, excepto por el posible efecto del dolor. Esto último es justamente lo que hace que el grupo LCE sea un control más adecuado para los pacientes LCI, que sujetos normales.

Por último nos interesa destacar que en nuestros datos se corroboraron resultados previos respecto de la alta incidencia de depresión en pacientes similares a los de nuestro grupo LCI (ver, por ejemplo, las revisiones de Thomas & Silman, 1999 y Waddell, 1990). Aunque los pacientes LCI reportaron significativamente más síntomas de depresión que los del grupo LCE, debemos señalar que sólo en algunos la sintomatología fue clínicamente relevante. Nuestros datos reflejan claramente esta relación entre depresión y dolor crónico y aunque no contribuyen a esclarecerla dan una pista para seguirla estudiando: el efecto diferencial sobre la discapacidad física y psicológica que se atribuye al dolor. Recordemos que nuestros pacientes LCI y LCE, perciben la misma intensidad de dolor lumbar y la misma discapacidad física debida a él. Sin embargo los pacientes del grupo LCI, que son los con mayor sintomatología depresiva, perciben que están más discapacitados psicológicamente por efecto del dolor. Postulamos que diseños longitudinales de tipo prospectivo que

continúen indagando sobre este aspecto del problema contribuirán a develar la compleja interacción entre depresión y dolor crónico.

## Referencias

- Beck, A. T. & Ward, C. H. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiat.*, 4, 53-63.
- Bergner, M., Bobbit, R., Carter, W. & Gilson, B. (1981). The sickness impact profile: Development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 19, 787-805.
- Folkman, S. & Lazarus, R. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (3), 466-475.
- Fordyce, W. E. (Ed.). (1995). *Back pain in the workplace: Management of disability in nonspecific conditions*. Washington: IASP Press.
- Frimoyer, J. (1991). An overview of the incidents and costs of low back pain. *Orthopedic Clinic of North America*, 12, 141-156.
- Galilea, E. & Gloger, S. (1985). Síndrome de dolor lumbar. *Revista Chilena de Ortopedia y Traumatología*, 26, 134-137.
- Guic, E., Castillo, J. & Krause, M. (2001). Procesos cognitivos-afectivos en pacientes con lumbago crónico: Un estudio cualitativo. *Psyche*, 10 (1), 115-128.
- Guic, E., Bertin, C., Sandoval, A. & Mimica, J. (2001). *Fuentes de estrés, satisfacción laboral y salud en ejecutivos chilenos: Utilidad del Occupational Stress Indicator (OSI)*. Trabajo presentado en el Congreso de la Sociedad Interamericana de Psicología, Santiago, Chile.
- Guic, E., Ramirez, V., Avendaño, C. & Bilbao, M. A. (2001). *Validación preliminar de la prueba "Modos de Afrontamiento" (WCCL-R) en tres submuestras laborales*. Trabajo presentado en el Congreso de la Sociedad Interamericana de Psicología, Santiago, Chile.
- Hernández, J. & Moreno, E. (1985). Epidemiología del dolor lumbar en pacientes de un policlínico general de Santiago. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 98, 1, 53-58.
- Jensen, M. P., Karoly, P. & Braver, S. (1986). The measurement of clinical pain intensity: A comparison of six methods. *Pain*, 27, 117-126.
- Jensen, M. P., Romano, J. M., Turner, J. A., Good, A. B. & Wald, L. H. (1999). Patient's beliefs predict patient functioning: Further support for patient's a cognitive-behavioral model of chronic pain. *Pain*, 6, 95-104.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M. & Strom, S. (1995). The chronic pain coping inventory: Development and preliminary validation. *Pain*, 56, 203-216.
- Keefe, F., Crisson, J., Urban, B. & Williams, D. (1990). Analyzing chronic low back pain: The relative contribution of pain coping strategies. *Pain*, 40, 293-301.
- Lazarus R. & Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Linton, S. J. (2000). A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine*, 25, 9, 1148-1156.
- Linton, S. J., Burst, N., Vlacych, J. & Hellsing, A. I. (1999). Are fear-avoidance beliefs related to new episode of back pain?: A prospective study. *Psychological Health*, 14, 1051-1059.
- Merskey, H. & Bogduk, N. (1994). *Classification of chronic pain. International Association for the Study of Pain (IASP) Press*, Seattle.
- Ransford, A. O., Cairns, D., & Mooney, V. (1976). The pain drawing as an aid to the psychological evaluation of patients with low back pain. *Spine*, 2, 127-134.



- Reesor, K. A. & Craig, K. D. (1988). Medically incongruent chronic back pain: Physical limitation suffering and ineffective coping. *Pain*, 32, 35-45.
- Rebolledo, P., González, X., Soto, M., Galilea, E. & Carbonell, C. G. (1999). Factores psicosociales en pacientes con dolor lumbar accidentados del trabajo. *Boletín Científico ACHS* 1, 63-65.
- Rossel, G. L. (1989). Medicina conductual: El desafío del dolor crónico. *Revista Terapia Psicológica*, 11, 19-25.
- Stroud, M., Thorn, B., Jensen, M. & Boothby, J. (2000). The relation between pain beliefs, negative thoughts and psychosocial functioning in chronic pain patients. *Pain*, 84, 347-352.
- Thomas, E. & Silman, A. J. (1999). Predicting who develops chronic low back pain in primary care: A prospective study. *British Medical Journal*, 318 (7199), 1662-1667.
- Turner, J. A., Jensen, M. & Romano, J. (2000). Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain*, 85, 115-125.
- VanTulder, M. W., Koes, B. W. y Bouter, I. M. (1995). A cost-of-illness study of back pain in The Netherlands. *Pain*, 62, 233-240.
- Vitaliano, P. P., Russo, J. & Carr, J. (1985). The ways of coping checklist: Revision and psychometrics properties. *Multivariate Behavior Research*, 20, 3-26.
- Waddel, G. (1990). A new clinical model for the treatment of low back pain. En J. Weinstein and S. Wiesel (Eds.), *The lumbar spine* (pp.38-56). London: The International Society for the Study of the Lumbar Spine.
- Weickgenant, A. (1993). Coping activities in chronic low back pain: Relationship with depression. *Pain*, 52, 157-168.