PSYKHE
2001, Vol.10, N° 1, 115-128

Copyright 2000 by Psykhe
ISSN 0717-0297

Procesos Cognitivo-Afectivos en Pacientes con Lumbago Crónico: Un Estudio Cualitativo

Cognitive- Affective Processes in Chronic Low-Back Pain Patients: A Qualitative Study

Eliana Guic
Jaime Castillo
Mariane Krause
Pontificia Universidad Católica de Chile

Usando metodología cualitativa, describimos la forma en la que pacientes con lumbago crónico inespecífico perciben sus procesos cognitivo-afectivos más característicos, con relación a problemas vitales y al dolor lumbar. En estos pacientes se destaca la vigencia de vivencias de sufrimiento asociadas a eventos pasados y la presencia de estrategias de afrontamiento de tipo evitativo, tanto frente a problemas en general como al dolor lumbar. Estos procesos se diferencian de los que reportan como predominantes pacientes que también sufren dolor lumbar, pero debido a patologías espinales específicas. Nuestros resultados son un aporte a la identificación de los aspectos psicológicos involucrados en la cronificación del lumbago.

Using a qualitative approach, we described the way in which nonspecific chronic low back pain patients perceive their characteristic cognitive and emotional processes, in relation to vital problems and back pain. It stands out the presence of suffering, associated to past events, and the use of avoidance coping strategies. These processes differ from those prevailing in patients with specific or serious back problems. Our results provide a contribution to the identification of psychological aspects involved in the chronification of low back pain.

Introducción

En diversos dolores crónicos se han descrito variables psicológicas asociadas al dolor y la discapacidad (Jensen, Romano, Turner, Good, & Wald, 1999; Turner, Jensen, & Romano, 2000; Strahl, Kleinknecht & Dinnel, 2000; Stroud, Thorn, Jensen, & Boothby, 2000). Sin embargo, las características de esta relación son aun muy poco claras, por lo que el rol de éstas variables en la etiología del dolor, son motivo de debate en la literatura reciente (Linton, 2000).

El lumbago crónico (LC) es una de las patologías que más ha aportado a esclarecer esta polémica, ya que en él se reconocen causas de orden médico (por ejemplo: traumáticas, degenerativas, inflamatorias, tumorales, metabólicas, sépticas, congénitas, funcionales) y psicológico. Estas últimas son el foco de nuestro interés en el presente trabajo.

El lumbago[1] es un 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 (ICD-10, 1992; Galilea, 1991). Constituye una causa importante de limitación física, de alta prevalencia y con un alto costo económico asociado, debido principalmente al ausentismo y bajo rendimiento laboral que produce. Se estima que entre un 60 y un 90% de los adultos de países desarrollados padecen de lumbago en algún momento de la vida (Wifp & Deyo, 1995). Entre un 2 y un 5% de estas personas consulta médico y/o se ausenta de su trabajo (Waddell, 1990; Wipf & Deyo, 1995). En EEUU, el lumbago es la causa más frecuente de pago compensatorio y baja productividad (Frymoyer, 1991); y en Chile, se ha descrito como una de las principales causas de ausentismo laboral (Galilea & Gloger, 1985; Hernández & Moreno, 1985). La mayor par-

Eliana Guic, Jaime Castillo y Mariane Krause. Escuela de Psicología.
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. Fax: 56 (2) 5533092. E-mail: eguic@puc.cl
Proyecto Dipuc 2000/27CE a E.G.
Agradecemos la colaboración de M. Bendek y P. Capponi en la recolección de los datos; de los Drs. C. Liendo y R. Larrondo en la selección de la muestra; y a E. Rapaport por sus valiosos comentarios.

1 Corresponde al código 54.4 de la Clasificación Internacional de enfermedades (ICD-10, 1992).

te de los costos asociados al dolor lumbar provienen de la proporción de casos que se hacen crónicos (Frymoyer, 1991; Wipf & Deyo, 1995).

Actualmente hay gran interés por estudiar los factores psicológicos que contribuirían a causar la cronicidad del lumbago, debido principalmente a su alto costo y a la correlación entre psicopatología y dolor crónico. Son numerosos y concluyentes los trabajos que han descrito síntomas psicopatológicos, principalmente depresivos, pero también ansiosos, asociados al dolor lumbar (Naliboff, et al.,1985; Philips & Jahanshahi, 1986; Waddell, 1990; Weickgenant, et al., 1993).

Otro aspecto importante es que en el lumbago crónico, a diferencia de lo que sucede en el agudo, a un porcentaje muy alto de los pacientes que presentan discapacidad y dolor, no se les encuentra una base fisiopatológica subyacente. Este porcentaje es de entre el 40 y el 85%, según diferentes trabajos (Stein & Floman, 1990; White & Gordon, 1982). A este síndrome se le ha llamado lumbago Crónico Inespecífico (LCI) (Fordyce, 1995), o incongruente (Reesor & Craig, 1988), para distinguirlo de los lumbagos específicos, en los que sí hay una causa biomédica claramente pesquisable.

La diversidad de la etiología del lumbago se comprende mejor si tenemos presente dos polos, entre los cuales los pacientes se ubican en un continuo. En uno de estos polos están los lumbagos específicos, que son en su gran mayoría cuadros agudos o semi-agudos. En ellos el tratamiento médico tradicional es exitoso y el rol etiológico de aspectos psicológicos es desestimable. En el otro extremo están los lumbagos inespecíficos. En ellos el tratamiento médico tradicional generalmente no es efectivo, los factores psicológicos parecen ser importantes y el dolor tiene una alta probabilidad de cronificarse.

Numerosos trabajos han demostrado la importancia de factores psicológicos en la etiología del LCI. Desde el enfoque cognitivo en psicoterapia se ha descrito que procesos tales como creencias acerca del dolor y estilos de afrontamiento al dolor, influyen sobre el grado de discapacidad que presentan los pacientes con lumbago crónico (Jensen, Turner, Romano & Strom, 1995; Keefe, Crisson, Urban & Williams, 1990; Turner, Clancy & Vitaliano, 1987; Weickgenant, et al., 1993). Estos trabajos han estudiado casi exclusivamente procesos cognitivo-afectivos restringidos al episodio de dolor lumbar.

Postulamos, para efectos del diseño del presente estudio, que la relación entre procesos cognitivo-afectivos y síntomas físicos es mucho más amplia y compleja que la referida directamente a la experiencia de dolor físico. Esta hipótesis surge, por una parte, de la experiencia clínica con estos pacientes y, por otra, de evidencias que aporta la investigación en el área. Así, por ejemplo, intervenciones psicológicas para reducir la sintomatología lumbar, desde una perspectiva cognitiva o conductual-cognitiva, en general han demostrado ser efectivas para disminuir el dolor y la discapacidad, respecto de grupos sin tratamiento (Alaranta, Rytokoski, Rissanen, Talo, Ronnemaa, Puukka, Karppi, Videman, Kallio & Slatis, 1994; Altmaier, Lehmann, Russell, Weinstein & Feng Kao, 1992; Nicholas, Wilson & Goyen, 1991, 1992; Turner, 1982; Turner, Clancy, McQuade & Cárdenas, 1990; Slater, 1997; Linton, 2000). Sin embargo, el grado de efectividad de las diferentes intervenciones es muy diverso. Aunque son múltiples los factores que pueden explicar estas diferencias, postulamos que una variable importante es la amplitud con que se trabajaron psicoterapéuticamente los factores cognitivos. Un análisis detallado de los procedimientos psicoterapéuticos empleados, y de los resultados obtenidos con cada uno de ellos, muestra que en los trabajos citados se da una tendencia en el sentido de que, cuanto más acotada a la experiencia dolorosa fue la intervención cognitiva, menor la efectividad del procedimiento utilizado. Es decir, los diseños psicoterapéuticos fueron más exitosos, en términos de remisión de síntomas lumbares, en la medida que se ampliaron a otras áreas del funcionamiento psicológico de los pacientes (ver Discusión).

Como dijimos, la investigación desde la perspectiva psicológica ha privilegiado un enfoque cognitivo orientado casi exclusivamente al manejo del dolor. Consecuentemente, se ha construído una serie de instrumentos psicométricos para evaluar aspectos cognitivos del dolor. Entre estas pruebas podemos citar: el Cuestionario de Creencias e Información Acerca del Dolor (DeGood & Shutty, 1992); el Cuestionario de Errores Cognitivos (Lefebvre, 1981); el Cuestionario de Creencias Acerca del Dolor (Gottlieb, 1984); la Encuesta de Actitudes Hacia el Dolor (Jensen, Turner, Romano & Strom, 1995); el Inventario de Creencias y Percepciones del Dolor (Williams & Thorn, 1989); el Cuestionario de Cogniciones Acerca del Dolor (Boston, Pearce & Richardson, 1990); y el Cuestionario de Creencias para Evitar el Dolor (Waddell & Newton, 1993). Sin embargo no existe ningún instrumento

psicométrico que permita evaluar la forma en que estos pacientes tienden a percibir las situaciones conflictivas o problemáticas en general, instrumento que, si lo hubiere, nos facilitaría una descripción psicológica más integral de los pacientes con dolor crónico.

Por todo lo expuesto, nos pareció de interés realizar una investigación cualitativa, que nos permitiera mirar desde una perspectiva más amplia y profunda procesos cognitivos-afectivos en pacientes con dolor crónico. Específicamente, buscamos caracterizar estos procesos en pacientes con LCI, contrastándolos con los de pacientes que también presentan dolor lumbar crónico, pero asociado a una patología espinal seria, y que agruparemos bajo el nombre de Lumbago Crónico Específico (LCE). La metodología usada nos permitiría además, identificar categorías que en el futuro pueden ser útiles para la construcción de una prueba psicométrica, para ser utilizada con estos pacientes.

Así, los objetivos de este estudio fueron: (1) Describir procesos cognitivo-afectivos, que utilizan sujetos con LCI en situaciones significativas de su historia vital, evaluadas por ellos como problemáticas, conflictivas o estresantes. Para lo cual se contrastarán las descripciones de los sujetos LCI con las de los LCE; (2) Determinar si el dolor lumbar crónico, es procesado de forma similar a otros problemas en la vida de estos pacientes.

Método

En esta investigación se aplicó la metodología cualitativa desarrollada por la escuela denominada "Grounded Theory" (Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 1990), la cual contempla tanto la generación de resultados descriptivos, como la creación de modelos teóricos sobre el problema en estudio. Esta metodología se utilizó en un diseño de tipo comparativo.

Participantes

La investigación se realizó con doce pacientes que consultaron por dolor lumbar en el Servicio de Traumatología del Centro de Diagnóstico de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Como condición para participar en el estudio, el paciente debía tener un dolor lumbar de carácter persistente o recurrente de tres meses o más, lo que según el criterio de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (Merskey & Bogduk, 1994) corresponde a un dolor crónico.

El traumatólogo evaluó a los pacientes a través del examen médico y exámenes de rutina, según el caso (Radiografía; Cintigrafía; Scanner-TAC; EMG; exámenes de laboratorio) además de los Signos No-orgánicos de Waddell (Waddell, McCulloch, Kummel & Venner, 1980). Esta última prueba corresponde a una escala estandarizada que permite detectar una serie de signos físicos que son indicativos de no-lesión orgánica, signos que son independientes y separables de los signos clínicos de patología física. El rango de puntaje es de 0 a 5, siendo 3 o más clínicamente significativo de presencia de signos no orgánicos.

Para ingresar a la muestra se requería que hubiera acuerdo entre el examen médico y la prueba de Waddell. Los pacientes con un diagnóstico médico de patología espinal seria o específica y con un puntaje Waddell de 2 o menor fueron asignados al grupo con Lumbago Crónico Específico (LCE) (N=6). Integraron el grupo Lumbago Crónico Inespecífico (LCI) (N=6) los pacientes con diagnóstico de dolor lumbar simple o inespecífico y puntaje Waddell mayor de 3 puntos. Los pacientes del grupo LCE presentaron principalmente patologías degenerativa, congénita o infecciosa (estenosis raquídea, estenosis foraminal, escoliosis degenerativa, espondilolistesis y espondilitis anquilosante). Las exclusiones se debieron a diagnóstico médico incierto, a concomitancia de alteraciones médicas o psicológicas severas, y a cirugía mayor reciente.

Tabla 1
Constitución de la muestra

N° paciente	Sexo	Edad	Estado Civil	N° hijos	Diagnóstico[2]	Estudios
I	F	40	Casada	3	LCE Waddell: 1	8° básico
II	F	25	Soltera	1	LCI Waddell: 4	Universitarios
III	F	44	Casada	3	LCI Waddell: 2	4to medio
IV	M	23	Soltero	0	LCI Waddell: 5	Técnica
V	F	34	Soltera	1	LCI Waddell: 5	5° básico
VI	M	43	Casado	2	LCE Waddell: 1	8° básico
VII	F	54	Viuda	3	LCI Waddell: 4	Técnica
VIII	F	42	Casada	2	LCE Waddell: 2	8° básico
IX	F	44	Casada	2	LCI Waddell: 4	Técnica
X	M	37	Casado	2	LCE Waddell: 0	Universitaria Incompleta
XI	F	39	Casada	2	LCE Waddell: 1	2do medio
XII	F	22	Soltera	0	LCE Waddell: 2	Técnica

La estrategia de selección de los participantes fue sucesiva y guiada, es decir, los primeros dos entrevistados fueron uno de cada grupo, LCE y LCI, seleccionados por orden de llegada y de acuerdo a los criterios de inclusión ya mencionados. Luego, a partir del análisis de la información obtenida en las primeras entrevistas, se generaron conceptos, categorías e hipótesis que permitieron elaborar criterios de selección teóricos de los siguien-

[2] LCE= grupo Lumbago Crónico Específico; LCI= grupo Lumbago Crónico Inespecífico. Para interpretación puntaje Waddell ver texto.

tes entrevistados, pero manteniendo los criterios de inclusión y exclusión. Este procedimiento se conoce como "muestreo guiado teóricamente" (Strauss & Corbin, 1990). Finalmente la muestra quedó constituída como aparece en la tabla N° 1.

En la tabla precedente se aprecia una caracterización de los participantes en función de su sexo, edad, estado civil, número de hijos, diagnóstico y escolaridad.

Procedimientos de recolección y análisis de datos

Los datos se recogieron a través de doce entrevistas en profundidad (Taylor & Bogdan 1986), de corte biográfico, en las que se recogió la perspectiva de los participantes sobre los siguientes tópicos: (1) Pensamientos, emociones y conductas sobre las experiencias problemáticas en su historia vital, en los ámbitos familiar, escolar, laboral, de pareja y de salud, consideradas importantes por los propios sujetos (2) Pensamientos, emociones y conductas relativos al dolor lumbar.

Cada entrevista, realizada después de una consulta al traumatológo por dolor lumbar, fue registrada en cinta de audio, para ser luego transcrita en forma textual. Adicionalmente se hizo una descripción detallada de los aspectos no verbales de cada situación de entrevista.

En cuanto al análisis de los datos, cada caso fue analizado en forma separada, y luego fue comparado con los demás casos de su grupo (LCI o LCE). Los conceptos e hipótesis generados a partir de los primeros datos fueron contrastados con los datos siguientes, los que a su vez fueron analizados y comparados con los anteriores, generándose así nuevos conceptos y categorías para la recolección de nuevos datos y posterior análisis.

Se procedió en tres etapas: Primero se realizó un análisis descriptivo de los datos al interior de cada uno de los grupos. En segundo lugar, se realizó un análisis relacional de estos resultados descriptivos, es decir, se establecieron vínculos (por ejemplo, relaciones de mutua influencia) entre las diferentes categorías descriptivas. Finalmente, los resultados descriptivos y relacionales de cada grupo fueron sometidos a un análisis comparativo a través del cual se establecieron las principales diferencias entre ambos grupos.

Resultados

Los resultados han sido organizados de acuerdo a aquellas categorías centrales que emergieron del análisis cualitativo de los datos y, siguiendo la lógica del análisis, han sido separados en dos partes: resultados descriptivos y resultados relacionales. En ambas partes se incluyeron los hallazgos de la comparación de ambos grupos de participantes. Las categorías de análisis provienen de las afirmaciones que los participantes hicieron acerca de sí mismos, de otras personas o de la situación, cuando relataron acontecimientos calificados por ellos como relevantes y conflictivos o estresantes. Asimismo se nutren del análisis interpretativo realizado por los investigadores.

Recordamos que por el método de investigación usado, las categorías surgen a partir de características descritas, por las mismas personas, como estilos predominantes o "tendencias". Al igual que en el planteamiento de Lazarus (1993), nuestros datos muestran que los procesos cognitivos-afectivos asociados a situaciones estresantes o problemáticas no necesariamente se mantienen en el tiempo, a la manera de rasgos estables, sino que cambian, dependiendo por ejemplo, del momento y de la situación. De acuerdo a esta noción, las personas tendrían una amplia gama de recursos para aproximarse a la realidad. Consecuentemente, lo importante sería entonces descubrir si existe una forma que ellas identifican como predominante, en situaciones con elementos similares.

Resultados Descriptivos

Con la finalidad de esclarecer las características del procesamiento cognitivo-afectivo del LCI, destacamos las distinciones entre las personas de éste grupo y las del grupo LCE.

Todas las categorías de análisis tienen componentes afectivos y cognitivos que surgen íntimamente ligados y que no hemos pretendido desacoplar. Las categorías centrales de nuestros resultados son: Percepción de control; expresividad emocional; asertividad; estrategias de afrontamiento de problemas; autoeficacia; y vivencia emocional de problemas pasados. Para cada una de estas categorías se presentan los resultados obtenidos en ambos grupos. Se da como ejemplo solo una cita por cada categoría.

Percepción de Control

Por percepción de control se entienden las cogniciones y sentimientos que las personas tienen respecto de cuánto pueden ellos influir sobre los acontecimientos de su vida.

Todas las personas con LCE se percibieron con capacidad de control y/o de autocontrol, en las situaciones problemáticas reportadas. Esta capacidad es asociada por los sujetos a sentimientos de logro en la consecución de metas, en el ámbito personal, familiar o laboral, como puede verse más claramente en la categoría autoeficacia, más adelante. Esto se puede ejemplificar a través de los siguientes extractos de una de las entrevistas:

"Yo siempre he sido de tirar p'arriba... lo que me propongo lo hago y las cosas me resultan." (I, 11)[3].

La mayoría de estos pacientes vincula esta confianza en las propias capacidades con la posibilidad de enfrentar también el dolor lumbar en forma exitosa:

"El dolor es constante, crónico, está siempre conmigo, de repente no me deja caminar, pero igual sigo tirando p' arriba tengo que darme valor e ir a trabajar... si el dolor no se me va a pasar si yo no me doy ánimo... no me puedo quedar sentada o quejándome... hay que seguir adelante" (I, 7).

A diferencia de lo que se aprecia en los participantes con LCE, el grupo que presenta LCI muestra una percepción de bajo control sobre las situaciones problema. En ellos, además, fue habitual encontrar la sensación de poco control asociada a expectativas y sentimientos negativos -incluso catastróficos- ya sea sobre un determinado problema, sobre el lumbago, sobre la propia persona, o sobre el futuro en general.

"En mi vida todo es como negro, a veces pienso que no tiene solución... no veo qué puedo hacer para cambiarla" (V, 15).

Con relación al dolor lumbar surgen percepciones y emociones similares. Abundan las percepciones de incontrolabilidad, las que se asocian a sentimientos de fragilidad del cuerpo. A este respecto, los entrevistados afirman:

"Yo creo que deben estar todos aburridos de mi, porque ya no hallan que hacer, lógicamente... si no hay nada que hacer... (con su dolor lumbar)" (III, 199).

En síntesis, las personas con LCE perciben que han tenido control sobre las situaciones problemáticas que han vivido, incluido el dolor lumbar, y tienden a mostrar sentimientos positivos sobre sus propias capacidades, reconociendo con orgullo los logros conseguidos en los diferentes ámbitos de su vida, lo que puede incidir en una valoración positiva de si mismos.

En cambio, las personas con LCI se perciben con poco control sobre sus situaciones de vida y tienden a exhibir, asociadas a esta percepción, evaluaciones negativas del problema o de si mismos. Respecto del dolor lumbar surgen en algunos pacientes expectativas catastróficas y sentimientos de fragilidad física.

[3] Los números identifican la entrevista y el párrafo de la cita, en este caso: entrevista I párrafo 11.

Expresividad Emocional

La expresividad emocional se refiere a cómo los participantes expresan a otras personas las propias emociones y necesidades y es otra de las características en que se observó diferencias entre los dos grupos de participantes.

En las personas con LCE está presente la capacidad de expresión, la cual es evaluada por ellos mismos como una característica deseable. Destaca la percepción positiva de la capacidad de expresión verbal y no verbal de emociones "negativas" como la rabia.

"Yo expreso mis rabias, aprendí porque yo tuve un problema con mi marido... me enseñaron a decir 'esto está mal' y que no me guardara nada para mí. A veces a una los disgustos la atormentan, pero me quedo más tranquila diciéndolo que quedándome con eso adentro." (XII, 54, 56).

A diferencia de las personas con LCE, los con LCI tienden a mostrar una menor expresividad de emociones y necesidades. Así, por ejemplo, ellos reportan que expresan poco o nada las emociones como rabia, pena o disgusto. Sin embargo, algunos de ellos connotan esto positivamente y otros negativamente.

"Yo nunca digo que estoy mal, pero me acelero en el trabajo y trabajo como embrutecida para llegar cansada a la casa y poder dormir" (V, 8).

En algunos esta dificultad se vincula a la perpetuación de relaciones conflictivas con personas cercanas:

"(Frente a los conflictos actuales con su pareja). Lo peor es que no puedo tenerle rabia, cuando me llama o se aparece, sigo abriéndole la puerta y tratándolo bien" (V, 19).

Como se aprecia en los párrafos anteriores, las personas con LCE tienden a expresar a otras personas sus emociones, valorando en particular su capacidad de expresar las negativas. A diferencia de ellos, los que presentan un cuadro de LCI muestran una baja expresividad emocional. Sin embargo, la mayoría de estos últimos no cuestiona esta característica, sino que la perciben como un rasgo positivo de sí mismos.

Asertividad

La expresión emocional es vinculada, por algunos participantes, a la capacidad efectiva de fijar límites en las relaciones con los otros y a la capacidad de pedir y aceptar ayuda. Estas capacidades corresponden al concepto de asertividad.

Los resultados muestran que las personas con LCE y LCI se diferencian en cuanto a su desarrollo de la asertividad. Es así como las personas con LCE tienden a no tomar responsabilidades de otros, y por lo tanto a no sobrecargarse de responsabilidades en situaciones conflictivas, fijando límites de la propia responsabilidad respecto de la de los demás. Las siguientes citas ilustran lo señalado:

"Yo le dije a mi hermano, 'o te las arreglas solo o no sé, porque yo tengo mis problemas y ya está bueno. Soluciona tú tus problemas' " (VIII, 39).

Asimismo, las personas con LCE se distinguen por su capacidad de pedir y recibir ayuda cuando tienen problemas, por ejemplo:

"Hay amistades, hay familiares a los que yo puedo recurrir". "La gente no es mala, tengo buenos vecinos, que nos ayudan" (XI, 40, 24).

Como se aprecia en las citas anteriores, esta capacidad de pedir y aceptar ayuda permite a las personas disponer de redes sociales de apoyo efectivas.

En cambio, las personas con LCI tienden a asumir responsabilidades de otros, lo que, sin embargo, algunos evalúan como un rasgo positivo de sí mismos. Así, algunos participantes del grupo con LCI, en cuanto a la capacidad de fijar límites, afirman:

"Siempre he sido así, los problemas de otros me afectan y de pronto tengo amigas que sus problemas son mis problemas" (IX, 46).

Lo mismo en cuanto al dolor lumbar:

"Yo le ayudo (a la madre de su novia)... yo estoy ahí; y sin que me pidan, de repente estaba acostado en la cama y no sentía dolor (lumbago) porque estaba drogado con los medicamentos, ella me decía 'hay que pelar papas, hay que hacer esto', yo al tiro me paraba y ayudaba" (IV, 153).

Por último, se observa que los participantes con LCI tienden no sólo a no pedir ayuda, sino que tampoco muestran disposición a recibirla. Así vemos que en este grupo las personas tienden a enfrentar solas las situaciones, sin aceptar ayuda de los demás, aunque tal posibilidad esté disponible. Sin embargo, esta característica es percibida, en general, como un rasgo positivo de sí mismos.

"Yo analizo las cosas y después salgo sola.... Se terminó la relación con mi pololo, él empezó a salir con otras y yo lloré como dos semanas, pero me lo aguanté sola...». «Analicé todo sola y decidí que no... sumando y restando decidí que no (término de pololeo)" (II, 4, 7).

Se aprecia el mismo modo de enfrentamiento en relación con el dolor lumbar:

"Tengo excelentes amigos, pero a mi no me gusta molestar. Entonces yo me lo guardo todo, siempre, siempre que me preguntan como estoy, les digo que bien" (V, 49).

Se observa que las personas con LCI y LCE se distinguen en su capacidad para poner límites a las responsabilidades de cada uno y en su disposición a pedir y aceptar ayuda, aún cuando los integrantes de ambos grupos evalúan su modo de ser como positivo.

Estrategias de Afrontamiento a Problemas

Entendiendo afrontamiento en el mismo sentido en el que fue definido por Lazarus y Folkman (1984), vimos que las estrategias utilizadas para afrontar problemas, marcan una diferencia importante entre las personas con LCI y con LCE. Para llegar a este resultado, evaluamos las estrategias que los participantes señalaban utilizar predominantemente para la resolución de situaciones problemáticas, conflictivas o estresantes de sus vidas.

Las personas con LCE enfrentan activamente los problemas, evitando en general la postergación del conflicto y tienden a hacerse responsables ellas mismas de la búsqueda de soluciones al conflicto, y de reflexionar acerca de la situación. Por ejemplo:

"Pienso que no hay peor diligencia que la que no se hace, siempre estoy dispuesta a solucionar los problemas, así yo tenga que disgustarme con alguien" (XI, 51).

La cita siguiente, en tanto, muestra la reflexión en torno a los problemas:

"Yo pensaba que: ya, quedó embarazada, se acepta la guagua. 'Si tu quieres te casas, si no quieres no te casas, yo por mi, que no te cases' (Refiriéndose al embarazo de la hija adolescente)" (I, 3).

Se observa en las personas con LCE un estilo similarmente activo al enfrentar el dolor lumbar:

"Ahora vine (al médico a Santiago desde provincia) porque dije: 'bueno, no puedo estar así, voy a cumplir recién 39 años' " (XI, 1).

Ahora bien, las personas con LCI describen la utilización de un estilo diferente al del grupo con LCE para resolver situaciones conflictivas, el cual, además, no se acompaña de sentimientos positivos respecto de la propia capacidad de superar el problema. Es así como se describen mayormente estrategias que hemos denominado: evasión, delegación del control y no-reflexión.

El siguiente es un ejemplo de evasión:

"Yo creo que arrancándome un poco de las cosas, no sé, nunca las he enfrentado directamente, llego y me arranco, siempre rehuyo de las cosas, no las enfrento directamente... no sé por qué" (IV, 139).

La delegación del control, definida como la entrega de la responsabilidad del control a un agente externo al sujeto, se aprecia en la siguiente cita:

"Felipe (su hijo) estuvo a punto de ser abortado, cambiando de decisión como tres horas antes del momento de la intervención... yo no decidí nada, absolutamente nada, no sacaba nada con decir 'si, yo quiero que nazca', si no sabía como hacerlo... . Yo todo lo viví como que decidieran mis papás" (II, 3).

Por último, la no-reflexión se ejemplifica con situaciones en que los participantes prefieren no recordar, o que tratan de no recordar:

"No, yo no recuerdo nada... . Yo, como que después lo olvidé, o lo traté de olvidar, no sé..." (III, 32).

Concordantemente, estos participantes reportan que utilizan preferentemente estrategias pasivas o evitativas frente al problema de salud.

"La verdad es que cuando me siento mal, me meto a la cama con un analgésico, ... será psicológico, pero me duele, me tomo unas pastillas para dormir... duermo (VII, 11).

En cuanto al afrontamiento de los problemas, los resultados muestran que las personas con LCE se describen a si mismas con una capacidad de enfrentar activamente las situaciones problema, responsabilizarse y reflexionar sobre ellas, incluido el dolor lumbar. En cambio, las personas con LCI muestran una actitud evitativa, de delegación del control y de no-reflexión.

Autoeficacia

Las características que diferencian a las personas con LCE y LCI, en cuanto a las estrategias de afrontamiento y a los facilitadores o inhibidores de ellas, confluyen en una percepción de las propias capacidades que puede ser descrita a partir del concepto de autoeficacia (Bandura, 19). Como ya se describió en las categorias mencionadas, esta relación no siempre fue en el sentido esperado. Sin embargo nos interesa destacar acá que las personas con LCE se refirieron, en general, a algunas de su propias capacidades con una connotación positiva. Tanto en la consecución de logros en los ámbitos personal, familiar o laboral.

"Siempre logro lo que quiero, no me es difícil, siempre dije "de a poco, porque todo altiro no lo puedo tener", y de a poco hemos logrado lo que tenemos" (VII, 37).

Más aún, hubo algunos que vincularon esta confianza en las propias capacidades con la creencia en la posibilidad de recuperación de su cuadro lumbar actual.

"Yo creo que me voy a recuperar" (VI, 60).

En cambio, en el grupo con LCI se observó la presencia de creencias y sentimientos de baja autoestima y capacidad de logro.

"Llegué con esa mentalidad acá, que lo que quisiera no lo iba a lograr, y era un miedo..." (IV, 195).

En estas personas, la noción de enfermedad y discapacidad parece estar integrada de forma especialmente fuerte a la percepción de si mismas. Más aún, existen algunos que extienden la alteración no sólo a aspectos somáticos, sino también a aspectos psicológicos como, por ejemplo, la personalidad o el estado de ánimo.

"La parte mía personal, de mi personalidad, siempre fue problemática", "Soy una persona tensa que anda pensando todo el tiempo". (II, 7, 19).

En síntesis, las personas con LCE tienden a mostrar confianza en sus propias capacidades, reconociendo los logros conseguidos en los diferentes ámbitos de su vida, lo que incide en una valoración positiva de si mismos. En cambio, las personas con LCI muestran algunas creencias de baja eficacia y sentimientos de inseguridad acerca de sus propias capacidades, caracterizándolos una vivencia de fragilidad tanto física como psicológica.

Vivencias de Problemas Pasados

Una última diferencia importante entre las personas con LCI y LCE se refiere a su vivencia de problemas pasados. En particular, estamos haciendo referencia a las cogniciones y sentimientos asociados a experiencias dolorosas en la historia vital.

Al ser entrevistados respecto de situaciones problemáticas vividas durante la infancia, todos los participantes se refirieron a experiencias difíciles de diverso orden: abandono, enfermedades serias, muerte de alguno de los progenitores, separación

de los padres, maltrato, alcoholismo paterno o materno, etc. En ambos grupos estas experiencias fueron atribuídas causalmente a factores externos, incontrolables, tales como "el tiempo", Dios, o «las circunstancias», y en ninguno de los dos grupos se detectó una asignación de responsabilidad al propio accionar. Sin embargo, se lograron establecer diferencias en cuanto a cómo sienten y recuerdan dichas experiencias en el presente las personas con LCI y LCE.

En las personas con LCE es frecuente encontrar relatos que muestran integración de dichas experiencias a través de la comprensión de la situación o el perdón. Ellas, en general, calificaron estas vivencias como episodios superados.

"Yo era la tercera de nueve hermanos... mi papá fue muy irresponsable... yo era la mamá chica de mis hermanos, pero en el fondo había cosas buenas y cosas malas. Nosotros tuvimos ayuda... de Dios, de la familia". "Hay cosas que me quedaron bien marcadas con mi papá, pero yo creo que todos lo perdonamos. Yo lo he superado, porque no recuerdo con rencor" (XI, 26, 80).

Por el contrario, las personas con LCI mostraron mayor dificultad en la reparación de los efectos de las experiencias dolorosas tempranas. Lo más característico de estos participantes es el surgimiento, durante la entrevista, de expresiones emocionales vívidas e intensas, tanto verbales como no verbales, asociadas a estos eventos del pasado. El recuerdo parece reactivar el sufrimiento en la mayoría de ellos, a diferencia de lo observado en el grupo con LCE.

"¡Ay, que terrible pasar una mala vida!, esas cosas son dolores profundos que no se van" (VII, 61). "Pasé ene angustias, sí... yo he pasado cosas muy tristes en mi vida y después de eso yo tengo como esa pena, como un estrés, puede ser nostalgia, melancolía, no sé..." (VII, 51).

Estas diferencias entre ambos grupos también aparecen en relación con la vivencia de experiencias del pasado reciente. Las personas con LCE son capaces de criticar constructivamente estos episodios, sin dolor en el relato del presente:

"Yo pienso que lo más lindo que he vivido fue después que me casé, aunque pasamos hambre al principio, pero ya está superado" (Estadía en un campamento) (I, 15).

Por su parte, en el grupo con LCI es frecuente encontrar la sensación de persistir centrado en situaciones del pasado, sin adecuado cierre, manteniéndose vigente el problema desde un punto de vista psicológico.

"Yo creo que fue difícil todo, en general, que tuviera su guagua, que abandonara la universidad, porque teníamos todas nuestras ilusiones y esperanzas que estudiara. Para mí todavía sigue siendo mala esa situación (frente al embarazo de una hija soltera)" (III, 98).

Como se pudo apreciar a lo largo de los párrafos anteriores, se detectan diferencias entre los grupos en la superación de experiencias difíciles, tanto de la infancia como del pasado reciente. Las personas con LCE muestran haber integrado estas experiencias psicológicamente, destacándose la comprensión por sobre el sufrimiento. A diferencia de lo anterior, las personas con LCI presentan mayores dificultades en la integración de dichas experiencias, apreciándose la vigencia de un monto de sufrimiento significativo asociado a dichos recuerdos.

Resultados Relacionales

A continuación presentamos un modelo sobre procesos cognitivos y afectivos en personas con dolor lumbar crónico, frente a situaciones problema (ver figura 1).

Los resultados presentados a continuación están fundamentados en los datos de los resultados descriptivos. De hecho, los principales contenidos ya fueron expuestos. El énfasis de este nuevo nivel de análisis se da en las relaciones entre contenidos, con el objetivo de establecer su modo particular de interacción. De este modo esperamos contribuir a la comprensión del funcionamiento psicológico de las personas con lumbago crónico inespecífico, desde una perspectiva de proceso.

Hacemos explícito que el análisis de los datos implica ir desde situaciones particulares a categorías más generales, las cuales implican un mayor grado de abstracción, y por lo tanto están más lejanas de la particularidad del dato individual y más cerca de la teoría psicológica. No obstante, hemos hecho un esfuerzo por mantener estos resultados lo más fielmente cercanos a lo expresado por los sujetos participantes. En el esquema en el que se representan los resultados, las relaciones entre los diferentes componentes se indican con líneas continuas, cuando estas han surgido desde la perspectiva de los sujetos del presente estudio. En cambio, las relaciones basadas en la teoría psicológica, establecidas a modo de hipótesis, se indican con líneas punteadas.

Como puede apreciarse en el esquema, el modelo distingue diferentes componentes y relaciones en-

tre componentes. De acuerdo a estas relaciones, algunos componentes son antecedentes (por ejemplo los facilitadores e inhibidores) que intervienen en la aparición de otros (por ejemplo, diferentes estrategias de afrontamiento).

En términos generales, el análisis del modelo nos lleva a concluir que el estilo cognitivo-afectivo de las personas con LCI, resulta menos efectivo para lograr la superación psicológica de los problemas, incluido el dolor lumbar, que él de las personas del grupo LCE. Describir el estilo de estas últimas nos ha resultado de utilidad como contrapunto para comprender los déficit, que en esta área, presentan las personas con LCI.

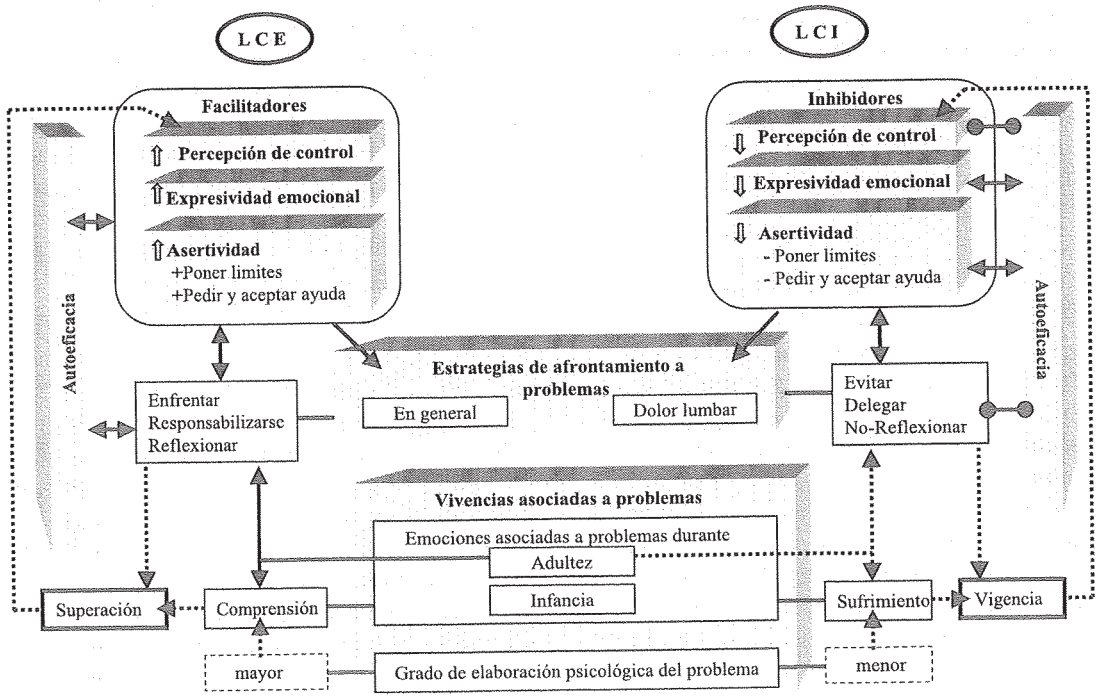

Figura 1. Procesamiento cognitivo-afectivo de pacientes con dolor lumbar en situaciones de problemas

La categoría central del modelo es el afrontamiento, las estrategias usadas tanto en el dolor lumbar como en los problemas en general. Las personas con LCI perciben que ante un problema, tienden a evitar, a delegar responsabilidades y a no reflexionar. La dirección de estas características es opuesta a la que se observa en las personas del grupo LCE.

Las personas de los grupos LCI y LCE se diferencian no sólo en las estrategias de afrontamiento utilizadas, sino también en sus antecedentes, los que hemos llamado facilitadores e inhibidores. Los nombres corresponden al efecto que postulamos tendrían estos antecedentes sobre la superación psicológica del problema, a la que las estrategias apuntan. Pudimos distinguir 3 componentes, que según su signo actuarían como facilitadores, en el grupo LCE, y como inhibidores, en el grupo LCI. De acuerdo a esto, las personas con LCI perciben que ante un problema, pueden influir poco sobre el devenir de los acontecimientos presentes o futuros; expresan poco sus emociones, especialmente la rabia; en general asumen obligaciones de otros; son malos para expresar desacuerdos y no piden ni aceptan ayuda, cuando están en una dificultad.

Resulta muy interesante que la baja expresividad emocional y la pobre asertividad, en los sujetos LCI, van acompañadas de una valoración principalmente positiva de sí mismos, en tanto se asocian con la noción de "ser fuerte" y «arreglárselas solo». Pero la percepción de bajo control, es claramente valorada como una característica negativa. A diferencia de esto, en las personas del grupo LCE, todos los facilitadores redundan en una percepción de mayor autoeficacia, haciendo que estos sujetos confíen en sus posibilidades de enfrentar problemas. Dicho de otro modo, si bien las diferencias

entre los grupos en cuanto a las estrategias de afrontamiento y sus antecedentes son evidentes, en la valoración que las mismas personas hacen de sus acciones resultan más tenues. Las diferencias entre los grupos dependerían principalmente de la percepción de control y de las estrategias de afrontamiento, en cuanto a los antecedentes que afectan a la autoeficacia.

La noción de vivencias asociadas a los problemas pasados, cuyos contenidos ya fueron descritos en la primera parte de los resultados, engloba dos dimensiones: una emocional, referida a los afectos que provoca la evocación del problema y una de mayor énfasis cognitivo, que hemos denominado elaboración psicológica del problema.

La comprensión y el sufrimiento, se destacan como las emociones más fuertemente asociadas a los recuerdos de problemas, por las personas en el grupo LCE y LCI respectivamente. Hemos interpretado ésta diferencia en el tono emocional, como producida por una diferencia en el grado de elaboración psicológica del problema, que tendría uno y otro grupo. Postulamos que una mayor elaboración psicológica es lo que está detrás de la vivencia de compresión o aceptación, que surge con los recuerdos de problemas, en el grupo LCE. Por otra parte, en el grupo LCI, una menor elaboración psicológica sería evidenciada por el sufrimiento que surge al recordar problemas. Hipotetizamos que el bajo grado de elaboración psicológica de problemas del pasado, explicaría que los LCI continúen experimentando el sufrimiento que reportan al momento de evocar situaciones conflictivas. En cambio, en el grupo LCE, una mayor elaboración psicológica llevaría a tener las vivencias emocionales de comprensión y aceptación. Estas emociones asociadas al recuerdo del problema, junto a las estrategias de afrontamiento activo, que relata este grupo, harían que el problema se vivencie como superado.

A continuación nos referiremos a las relaciones entre autoeficacia, estrategias de afrontamiento y vivencias de problemas, según surge del relato de los pacientes.

Tanto en el grupo LCI como en el LCE, se describieron emociones asociadas a situaciones problemáticas vividas durante la infancia temprana. En ninguno de los dos grupos estas emociones, comprensión y sufrimiento, fueron relacionadas explícitamente a las estrategias de afrontamiento usadas por ellos en la adultez. De hecho ésta es una de las partes del modelo que es importante seguir estudiando. Creemos que la existencia de esta relación, debería ser explorada con un tipo de técnica diferente a la usada en el presente trabajo.

Cuando las emociones provienen de problemas vividos durante la edad adulta, los grupos se diferencian. El grupo LCE percibe que su capacidad de enfrentarse, responsabilizarse y reflexionar sobre los acontecimientos es, al menos en parte, responsable del grado de compresión y aceptación que sienten. La influencia también se da en el sentido contrario, la comprensión es vista por los sujetos como una base emocional adecuada para que surjan las estrategias de afrontamiento activo ya mencionadas. Estas a su vez tienen una influencia recíprocamente positiva con la percepción de autoeficacia.

El grupo LCI presenta un proceso diferente. Como muestra el diagrama, la relación entre la emoción y las estrategias de afrontamiento, no es percibida en el grupo LCI, al menos en forma explícita. Nosotros hipotetizamos que en este grupo, al igual que en los LCE, se da este efecto, pero este sería un conocimiento implícito o no consciente. Es decir, el sufrimiento producido por el recuerdo de un problema y la forma en que se perciben en la actualidad las capacidades de afrontamiento, se influenciarían mutuamente. Pero esta influencia no se daría en este grupo en forma accesible al relato verbal del recuerdo. Otras relaciones sí fueron reconocidas abiertamente por el grupo LCI, como el que sus estrategias de afrontamiento de tipo "pasivo" merman su concepto de autoeficacia.

Finalmente, no queremos dejar de señalar, que hay otras relaciones que no siempre son declaradas por los participantes, pero que sí podrían ser postuladas teóricamente, como la retroalimentación entre los diferentes niveles del modelo. Por ejemplo, las vivencias de superación o vigencia de los problemas, probablemente afectan a la percepción de control, y ésta a su vez modifica la autoeficacia, directamente o a través de las estrategias de afrontamiento.

Discusión

Los resultados del presente trabajo describen que el grupo de participantes con lumbago crónico inespecífico (LCI) se percibe a sí mismo como teniendo ciertos procesos cognitivos y afectivos característi-

cos, tanto en las situaciones problema en general, como en el dolor lumbar. Estos procesos se destacan al contrastarlos con los del grupo de personas que sufren dolor lumbar debido a una patología espinal específica. Nuestros resultados aportan al conocimiento de los procesos psicológicos que pudieran estar involucrados en la cronificación del lumbago incongruente o inespecífico.

En primer lugar creemos importante discutir algunas características de los grupos LCE y LCI, que son relevantes para la interpretación de los resultados. Aunque en los pacientes del grupo LCI, según evidencias previas, habría elementos psicológicos que concurren como elementos causales del dolor crónico, no se descarta que pudieran haber también causas médicas presentes. Por otra parte, el hecho que los pacientes del grupo LCE, con una sintomatología física similar, tengan una clara causa médica para su problema lumbar, no implica que se descarten factores psicológicos. Sin embargo, es claro que el grado relativo con el que contribuirían los factores físicos y psicológicos a la sintomatología lumbar, es muy diferente para cada grupo.

Este hecho se tomó en cuenta para la selección de la muestra, a través del establecimiento de criterios y restricciones en la selección de los sujetos. Además de los exámenes médicos y de laboratorio se aplicó la prueba de Waddell, la que permite detectar síntomas de lesión lumbar no-orgánica. Además, se descartaron personas con otras patologías físicas serias, así como también las que actualmente o en el pasado hubieran tenido problemas psicológicos que las llevaran a consultar, o las que durante la entrevista evidenciaran patología seria en este ámbito.

Todos estos criterios fueron útiles para discriminar, de entre las personas que consultaron por dolor lumbar crónico, las que más claramente representaban a los pacientes con dolor específico e inespecífico. Es decir, incluimos a los pacientes que mejor coincidían con los polos del contínuo entre causas físicas y causas psicológicas para el lumbago crónico. Hacemos notar que fue difícil obtener a los participantes del grupo LCE, pues la mayoría de los casos de lumbago crónico son inespecíficos.

En general, podemos asumir que todos los sujetos comparten el hecho de pertenecer a una población de personas esencialmente sanas psicológicamente y físicamente, excepto por su dolor lumbar. El que el dolor sea crónico en ambos grupos nos permitió controlar el posible efecto de la sintomatología física actual sobre aspectos psicológicos. El dolor puede, por ejemplo, influir sobre el ánimo y sabemos que el ánimo, con él que las personas están al momento de evocar recuerdos, puede influir sobre el contenido de éstos (Parrot & Sabini, 1990). Esto es importante, debido a que este trabajo recoge los datos en una mirada de corte transversal. Por lo tanto nuestros datos, desde el punto de vista cognitivo, son todos evocaciones sobre experiencias pasadas.

Creemos que en nuestro trabajo se controla del mejor modo posible la forma en que el dolor pueda afectar al recuerdo de eventos pasados. Es decir, desde ese punto de vista no hay mejor control para el grupo LCI que el grupo LCE. Además, hacemos notar que es bien conocido que los pacientes con lumbago inespecífico reportan una intensidad de dolor igual o incluso mayor que la de pacientes con lumbagos con una clara base fisiopatológica (e.g. Linton, 2000; Guic, 1993). El sólo reporte de síntomas que da el paciente, él que refleja su percepción del dolor y la discapacidad, no permite discriminar entre ambos grupos. Por lo tanto, se asume que, desde el punto de vista de los pacientes, el dolor es percibido en forma similar en todos ellos y por lo tanto su efecto sobre aspectos psicológicos sería también esencialmente el mismo.

Un segundo asunto importante de discutir es que nuestros resultados, en general, están de acuerdo con hallazgos de trabajos previos. Nosotros observamos que ciertas cogniciones no relacionadas directamente con el dolor, parecen tener características disfuncionales en los pacientes con LCI. Esto es concordante con las intervenciones psicológicas que trabajan lo cognitivo con una perspectiva amplia, sean más efectivas que las que se restringen a intervenciones conductuales y al problema del dolor. Lo cual no necesariamente es obvio cuando la eficacia de los procedimientos psicoterapeuticos ha sido medida en términos de una disminución de la discapacidad y el dolor lumbar.

Las intervenciones psicológicas focalizadas sólo en la experiencia dolorosa, son poco efectivas en la disminución del dolor lumbar y la discapacidad (Nicholas 1992; Turner, 1982; Altmaier, 1992). Estos tratamientos han mostrado no ser mejores que sólo hacer ejercicio, al ser evaluados en el corto plazo, es decir en mediciones inmediatamente post tratamiento (Altmaier, 1992; Turner, 1993). Así como también en el seguimiento de los pacientes, a mediano y largo plazo (Turner, 1982; Turner, 1990; Turner, 1993).

Por otra parte, tratamientos que incluyen aspectos

cognitivos y emocionales relacionados con problemas vitales en general, han sido exitosos en la disminución de la sintomatología lumbar, en la etapa inmediatamente posterior al tratamiento, pero especialmente en el seguimiento a los 6 y 12 meses después (Alaranta, et al., 1994). La diferencia, entre el efecto de tratamientos orientados al dolor y los con enfoque más amplio, es más notoria en trabajos en los que los pacientes presentan alta discapacidad y dolor, o cuando el dolor crónico se acompaña de síntomas depresivos. Como era esperable, en estos casos los elementos de terapia cognitiva han sido significativamente más eficaces que el tratamiento kinesiterápico habitual, tanto a corto como a largo plazo (Lacker & Carosella, 1999; Nicholas, Wilson & Goyen, 1991; Nicholas, Wilson & Goyen, 1992).

Así, vemos que en general el leve efecto positivo de intervenciones puramente conductuales o kinesiológicas, en directa relación con la capacidad de movilidad, tiende a empeorar con el tiempo. Sin embargo la mayor efectividad de tratamientos psicológicos más integrales tiende a mejorar en los seguimientos posteriores al tratamiento. El que estos últimos procedimientos sean más eficaces es congruente con encontrar cogniciones disfuncionales, no relacionadas con el dolor lumbar, en pacientes con LCI, como muestran nuestros resultados.

Nuestros datos también están de acuerdo con un trabajo previo (Guic, Puga & Postigo, 1993), en el que encontramos que el dolor era el peor evento estresante solo para un 30% de una muestra de 30 pacientes con LCI. Para la mayoría de esos sujetos, los problemas interpersonales y económicos fueron percibidos como lo más estresantes, al momento de la consulta al traumatólogo por el dolor lumbar. En el mismo sentido, Turner, Clancy & Vitaliano, (1987) muestran en 85 pacientes con dolor crónico, que el 57% no selecciona al dolor como su principal estresor. La importancia de las cogniciones no referidas al dolor, sin embargo, no se refleja en el enfoque de la mayoría de las investigaciones focalizadas en el manejo del dolor, las que han asumido que el dolor es la problemática central de estos pacientes.

Elementos más específicos de los procesos cognitivo-afectivos que describimos en los pacientes con LCI, también concuerdan con datos previos. Por ejemplo, nuestros resultados muestran una disminuida autoeficacia en los LCI. Esto esta de acuerdo con lo descrito en un estudio reciente, en él que con un diseño de tipo prospectivo, se evaluó la capacidad predictiva de diversas variables. Se midió una serie de variables al momento en que el lumbago era agudo y luego se esperó un mínimo de 6 meses para averiguar cuales pacientes habían pasado a ser crónicos. Los resultados apuntan a que el concepto de autoeficacia, es un buen predictor de la cronicidad del lumbago, mejor que cogniciones más específicas sobre el dolor, (Stroud, Thorn, Jensen & Boothby, 2000).

Sin embargo, la fortaleza del análisis cualitativo utilizado en este trabajo no está en decir que los LCI tienen una autoestima menor que la de los LCE, sino en el análisis de los contenidos que surgen desde la perspectiva de los sujetos. Nos parece que un aporte valioso de nuestro trabajo el poder describir en forma mas íntima que sucede detrás de esta baja autoeficacia. Es decir, que una menor percepción de control en los LCI, afecta en forma negativa a su autoefiacia. Mientras que los déficit en la expresividad emocional y en la asertividad, tienden a aumentar su concepto de autoeficacia, aunque parezca contradictorio. Este es un ejemplo de cómo la perspectiva de proceso, propia de la metodología cualitativa que usamos, permite hacer hipótesis sobre el funcionamiento psicológico de los LCI y por lo tanto postular cuales serían los aspectos psicológicos que colaboran a la cronicidad del dolor.

Por lo tanto nuestros datos son un buen complemento a trabajos cuantitativos sobre factores cognitivos en enfermos crónicos (e.g.: Strahl & col., 2000), y aportan material suficiente para comenzar la elaboración de una prueba de auto reporte, que eventualmente permita detectar en la etapa de dolor agudo, que pacientes tienen mayores probabilidades de llegar a ser crónicos.

Finalmente nos interesa aclarar porque, a pesar de que en la totalidad de los trabajos citados en esta discusión se alude a procesos cognitivos, nosotros hemos hablado de procesos cognitivo-afectivos. Esto se debe a que hemos querido reconocer las nuevas aproximaciones teóricas del enfoque cognitivo. Recordando muy brevemente, conceptos centrales del enfoque cognitivo en Psicología, como son esquema y procesamiento, fueron restringidos inicialmente por autores como Ellis (1962) y Beck (1979) a lo cognitivo. Ellos postulaban la primacía de lo cognitivo, en la determinación de lo emocional; es decir, no se podía elicitar una emoción sin cognición. Por lo tanto lo correcto era hablar de procesamiento cognitivo. Posteriormente en la evolución

de este enfoque, autores como Lang (1984), Zajonc (1984), Mahoney (1991) y Guidano (1987), postulan que no se requiere necesariamente de cognición para elicitar una emoción. Aunque esto sea discutido por algunos autores, como Lazarus (1984), hay bastante consenso en que no puede hablarse de un determinismo de lo cognitivo sobre lo emocional. Incluso se postula que puede haber procesamiento independiente de lo emocional. Además, desde las neurociencias hay evidencias que apuntan a que lo emocional y lo cognitivo están íntimamente unidos en la memoria. Considerando los argumentos expuestos y teniendo presente el objetivo de este estudio, no nos pareció adecuado intentar separar los contenidos que corresponden a la vertiente cognitiva, de la emocional, en el recuerdo.

Bibliografía

Alaranta, H., Rytokoski U., Rissanen, A., Talo, S., Ronnemaa, T., Puukka, P., Karppi, L., Videman T., Kallio, V. & Slatis, P. (1994). Intensive physical and psychosocial training program for patients with chronic low back pain. *Spine, 19*, 1339-1349.

Altmaier E., Lehmann, T., Russell, D., Weinstein, J. & Feng Kao, Ch. (1992). The effectiveness of psychological interventions for the rehabilitation of low back pain: a randomized controlled trial evaluation. *Pain, 49,* 329-335.

Bandura, A. (1977) Self-Efficacy: Toward a unified theory of behavioral change. *Psychological Review, 84* (2); 191-215.

Beck, A.T. (1979). *Cognitive Therapy of depression*. New York: Guildford Press.

Boston, K., Pearce, S. A. & Richardson, P. H. (1990). The pain cognition questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research, 34,* 103-109.

De Good, D. & Shutty, M. (1992). Assessment of pain beliefs, coping and self-efficacy. En D. Turk & R. Melzack (Eds.), *Handbook of Pain Assessment* (pp. 214-234). New York: Guilford Press.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.

Fordyce, W.E. (Ed.). (1995). *Back pain in the workplace: Management of disability in nonspecific conditions*. Washington: IASP Press.

Frymoyer, J. (1991). An overview of the incidences and costs of low back pain. *Clinical Number, 12,* 141-156.

Galilea, E. (1991). *Síndrome de dolor lumbar.* En Normas Técnicas de Atención Médica. Hospital del Trabajador. Asociación Chilena de Seguridad.

Galilea, E. & Gloger, S. (1985). Síndrome de dolor lumbar. *Revista Chilena de Ortopedia y Traumatología, 26,* 134-137.

Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory.* Chicago: Aldine Publishing Company.

Gottlieb, B. S. (1984). *Development of the pain beliefs questionnaire.* A preliminary report. Paper presented at Association for the Advancement of Behavior Therapy.

Guic-Robles, E., Puga, I. & Postigo, R. (1993). Estrategias cognitivas en pacientes con dolor lumbar crónico. XXIV Congreso Interamericano de Psicología. Santiago, Chile.

Guidano, V. F. (1990). *The self in process: Toward a post-rational cognitive therapy*. New York: Guildford.

Hernández, J. & Moreno, E. (1985). Epidemiología del dolor lumbar en pacientes de un policlínico general en Santiago, Chile. *Bol. Oficina Sanitaria Panamericana, 98*, 53-58.

Merskey, H. & Bogduk, N. (1994). Classification of chronic pain. Seattle: International Association for the Study of Pain (IASP) Press.

ICD-10. (1992). *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems (ICD-10).* Geneva: WHO.

Jensen, M., Turner, J., Romano, J., & Strom, S. (1995). The chronic pain coping investory: development and preliminary validation. *Pain, 56*, 203-216.

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, 6,* 95-104.

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.

Lacker J. M. & Carosella, A. M. (1999). The relative influence of perceived pain control, anxiety and functional self-efficacy on spinal function among patients with chronic low back pain. *Spine, 24* (21), 2254-60.

Lang, P. (1984). Cognition in emotion: concept and action. In C.E. Izard (Ed.), *Emotions, cognition and behavior*. Cambridge: Cambridge University Press.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Co. Barcelona: Martínez Roca.

Lefebvre, M. F. (1981). Cognitive distortion in depressed psychiatric and low back back pain patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49,* 517-525.

Linton, S. J. (2000). A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine,* 1148-1156.

Mahoney, M. (1991). *Human change processes*. New York: Basic Books.

Naliboff, B. & Cohen, M, et al. (1985). Comprehensive assessment of chronic low back pain patients and controls: physical abilities, level of activities, psychological adjustment and pain perception. *Pain, 23,* 121-134.

Nicholas, M., Wilson, P. & Goyen, J. (1991). Operant-behavioral and cognitive-behavioral treatment for chronic low back pain. *Behavior Research and Therapy, 29,* 225-238.

Nicholas, M. K., Wilson, P. & Goyen, J.(1992). Comparison of cognitive behavioral group treatment and an alternative non psychological treatment for chronic low back pain. *Pain, 48,* 339-347.

Parrot, W. G. & Sabini, J. (1990). Mood and memory under natural conditions: Evidence of mood incongruent recall. *Journal of Personality and Social psychology, 2*, 321-336

Philips, H. & Jahanshanhi, M. (1986). The component of pain behavior report. *Behavior Research and Theraphy, 24,* 117-125.

Reesor, K. & Craig, K. (1988). Medically incongruent chronic back pain physical limitations, suffering and ineffective coping. *Pain, 32,* 35-45.

Slater, M. A., Pruitt, S. D. & Atkinson, J. H. (1997). The clinical significance of behavioral treatment for chronic low back pain: an evaluation of effectiveness. *Pain, 16,* 257-63.

Stein, D. & Floman, Y. (1990). Psychological approaches to the management and treatment of chronic low-back pain. En J. Weinstein & Y. Floman (Eds.), *The lumbar spine*, (pp. 811-827). The International Society for the Study of Lumbar Spine.

Strahl, C., Kleinknecht, R. & Dinnel, D. (2000). The role of pain anxiety, coping, and pain self-efficacy in rheumatoid arthritis patient functioning. *Behavior Research and Therapy,*

38, 863-873.

Strauss, A. & Corbin, J. (1991). *Basics of qualitative research.* Newbury Park, CA: Sage Publications.

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.

Taylor, S. J. & Bogdan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados.* Buenos Aires: Paidós.

Turner, J. A. (1982). Comparison of group progressive-relaxation training and cognitive-behavioral group therapy for chronic low back pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50,* 757-765.

Turner, J. A., Clancy, S., Mc Quade, K. & Cárdenas, D. (1990). Effectiveness of behavioral therapy for chronic low back pain: A component analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58,* 573-579.

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.

Turner, J. A., Clancy, S. & Vitaliano, P. (1987). Relationships of stress, appraisal and coping to chronic low back pain. *Behavior Research and Therapy, 25,* 281-288.

Turner, J. A. & Jensen, M. P. (1993). Efficacy of cognitive therapy for chronic low back pain. *Pain,* 52, 169-177.

Waddell, G. (1990). A new clinical model for the treatment of low back pain. En J. Weinstein & S. Wiesel (Eds.), *The lumbar spine* (pp. 38-56). London: The International Society for the study of the lumbar spine.

Waddell, G., Mc Culloch, J., Kummel, E. & Venner, R. (1980). Nonorganic physical signs in low-back pain. *Spine, 5,* 117-125.

Waddell, G. & Newton, M. (1993). A fear avoidance beliefs questionnaire and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain, 52*: 157-168.

Weickgenant, A, et al. (1993). Coping activities in chronic low back pain: relationship with depression. *Pain, 53,* 95-103.

White, A. A. & Gordon, S. L. (1982). Synopsis: Workshop in idiopatic low back pain. *Spine, 7,* 141-149.

Wipf, J. & Deyo, R. (1995). Low back pain. *Medical Clinics of North America, 79,* 231-246.

Zajonc, R. B. (1984). On the primacy of affect. *American Psychologist,* 39, 117-123.