

Revisión de Factores Psicológicos y Estrategias para el Manejo del Dolor Crónico Lumbar desde Diferentes Modelos Teóricos

Review of Psychological Factors and Strategies Chronic Low Back Pain Management since Different Theoretical Models

Rodríguez, Alejandra ^(1, 2)

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo revisar cuáles son los factores psicológicos más relevantes en el dolor crónico lumbar, describir los Modelos teóricos relacionados con el dolor y las técnicas o estrategias asociadas más efectivas para su manejo.

Para lograr este objetivo, revisaremos la prevalencia en Chile del dolor crónico no oncológico, la epidemiología del dolor lumbar, los modelos teóricos específicos del dolor crónico más utilizados, desde los cuales se desprenden los factores psicológicos más relevantes que participan en el dolor. Posteriormente, se repasará cómo se comportan estos factores y la relación entre ellos, para finalmente describir las principales estrategias o técnicas con base empírica que permiten intervenir en dichos factores.

Palabras clave: dolor crónico, modelos teóricos, factores psicológicos.

Abstract

This paper aims to review what are the most relevant in chronic low back pain psychological factors, describe the theoretical models related to pain and associated techniques or more effective strategies for the management of the pain.

To achieve this objective in Chile will review the prevalence of chronic non-cancer pain, back pain epidemiology, specific theoretical models of chronic pain commonly used from which the most relevant psychological factors involved in pain are released. Subsequently, we will review how these factors and the relationship between them, and finally describe the main strategies or evidence-based techniques that allow intervention in these factors behave.

Key words: chronic pain, theoretical models, psychological factors.

(1) Unidad del Dolor Crónico Clínica Kennedy.
(2) Docente Universidad Diego Portales. Santiago. Chile.

Introducción

En la actualidad, la Asociación Internacional del Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés) define al dolor como “una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño tisular, real o potencial” (IASP, 1994), tratándose de una manifestación multidimensional en la que interactúan factores biológicos, comportamentales, psicológicos y sociales. Se clasifica en dolor en agudo o crónico, de acuerdo a su duración; y benigno (no oncológico) o maligno (oncológico), de acuerdo a la gravedad (Rosales, et al., 2014).

Esta definición pone de manifiesto la evolución que se ha producido en el concepto de dolor. El enfoque biomédico tradicional ha quedado atrás, dando paso a una nueva y más compleja perspectiva multidimensional que tiene en cuenta los tres aspectos de la salud: el biológico, el psicológico y el social (López, 2009).

El dolor podría estar asociado con algún problema de enervación (biológico), bien deberse a causas cognitivo-emocionales (psicológicas), variables únicamente

conductuales o todas ellas. De hecho, la IASP acepta la premisa de que, en ausencia de daño tisular, hay que centrarse en factores psicológicos que subyacen a la percepción de dolor en los sujetos (Morris, 1998).

El dolor es una respuesta normal del organismo frente a una amenaza. Es una señal de protección frente a un estímulo que daña realmente o que puede dañar potencialmente, ya que el dolor no es sólo indicativo del estado actual de los tejidos. El cerebro responde a la percepción como a la realidad actual. Cuando aparece un dolor agudo y la persona siente daño, de manera automática retirará su cuerpo de la fuente de dolor en un acto reflejo natural. De esta manera, el dolor agudo resulta adaptativo (López, 2009; Moseley, 2012).

Sin embargo, cuando el dolor se prolonga por más de tres meses y persiste, este mecanismo normal se altera, generándose perturbaciones plásticas en el circuito normal (Moseley, 2012). El dolor crónico es, principalmente, el resultado de una falla en los sistemas naturales de analgesia. Por el desajuste de los sistemas de regulación del dolor, éste se mantiene y perpetúa, generando costos de todo tipo en la vida de la persona que lo padece: sociales, personales, familiares, laborales y económicos, convirtiéndose en una grave dolencia de salud como la representada por el dolor crónico (Vallejo, 2008; López, 2009).

A su vez, se sabe que la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace tiempo que reconoce a la salud como un fenómeno que sobrepasa la ausencia de enfermedad e incluye en la misma la relevancia de aspectos psicológicos y sociales. Desde la psicología, ésta viene a cooperar con la medicina, la anestesiología y neurología, principalmente para contribuir a explicar e intervenir sobre los efectos perceptivos singulares del dolor y su impacto psicosocial (Vallejo, 2005).

Dentro de los dolores crónicos no oncológicos o benignos se encuentra el dolor lumbar; al respecto, Guic (2002) plantea que la etiología de este dolor, especialmente aquella asociada a la incapacidad, ha mostrado ser multifacética y así es mejor comprendida en el contexto de un modelo biopsicosocial que incluye aspectos psicológicos, sociales como también biomédicos. El modelo biopsicosocial del dolor lumbar enfatiza la interacción entre estos múltiples factores, destacando la importancia y la necesidad de la evaluación de todos ellos.

Dentro de los lumbagos crónicos (LC) existen dos subtipos: el LC específico (LCE) donde hay una causa anatómico-patológica clara; y el LC inespecífico (LCI), donde no existe una clara causa orgánica.

Se han estudiado los factores psicológicos en el LCE como en el LCI, determinando que hay claras diferencias entre un subtipo y otro, presentando los pacientes con LCE mejores factores protectores a diferencia de los pacientes con LCI. Estos factores además son predictores de cronicidad y serían fundamentales en el abordaje para el manejo de dicho dolor (Guic, 2001; 2002b).

Por estos motivos, el presente trabajo tiene como objetivo revisar cuáles son los factores psicológicos más relevantes en el dolor crónico lumbar y sus relaciones como describir los modelos teóricos relacionados con el dolor y las técnicas o estrategias asociadas más efectivas para el manejo de dicho dolor.

Para lograr este objetivo revisaremos la prevalencia en Chile del dolor crónico, la epidemiología del dolor lumbar, los

modelos teóricos específicos del dolor crónico más utilizados, desde los cuales se desprenden los factores psicológicos más relevantes que participan en el dolor. Posteriormente, se reparará cómo se comportan estos factores y la relación entre ellos, para finalmente describir las principales estrategias o técnicas con base empírica que permiten intervenir en dichos factores.

Prevalencia Dolor Crónico Lumbar

Tanto a nivel mundial como en Chile, el dolor es una de las causas más comunes de consulta clínica dentro de la población. En nuestro país, el dolor está presente en aproximadamente el 70% de las consultas médicas de los pacientes. Específicamente, el dolor lumbar es frecuente en la consulta general como en consultas reumatológicas y traumatológicas. Entre el 70 y el 85% de la población general presenta alguna vez dolor lumbar (Galilea, 1991; Hernández & Moreno, 1985; Guic, 2002; Matus, et al., 2003).

Sin embargo, los estudios sobre el dolor son limitados, aunque los datos de distintas fuentes sugieren que es un problema prevalente, tal como lo demuestra la Encuesta de Salud de Chile el 2013 sobre el dolor crónico, que refirió que el 41,1% de la población presentaba una prevalencia de dolor en el sistema musculoesquelético (Miranda, et al., 2013).

En la Primera Encuesta (2009-2010) de condiciones de Empleo, Equidad, Trabajo, Salud y Calidad de vida de los Trabajadores y Trabajadoras en Chile (ENETS), se estimó que el 34% de la población sufría dolor de espalda y en el 30,6% el dolor estaba localizado en la zona lumbar. Esto revela la alta prevalencia en que ocurre este problema.

A su vez, en la Segunda Encuesta Nacional de Salud Chile (ENS 2009-2010) se concluyó que una proporción importante de la población está expuesta a determinantes psicológicos adversos que la ponen en mayor riesgo de adquirir o evolucionar no satisfactoriamente frente al tratamiento de enfermedades crónicas como síntomas depresivos, stress personal o financiero permanente, bajos niveles de apoyo social emocional y material entre otros.

En la Primera Encuesta (ENS 2003) no se evaluaron los síntomas músculo-esqueléticos dentro de las 19 condiciones de salud, sin embargo, en la Segunda Encuesta fueron incluidos, presentando la población chilena de 15 o más años un 34,2 % de estos síntomas de origen no traumático con una intensidad del dolor igual o mayor a 4 (escala analógica del dolor: EVA de 0 al 10) en la última semana, siendo el 25,2% hombres y el 42,8% mujeres. De acuerdo a la edad, se puede observar que la prevalencia es significativamente mayor en mujeres, especialmente en el grupo de ≥ 45 años. Aunque la prevalencia aumenta significativamente con la edad en ambos sexos.

Posteriormente (2013), en una revisión sistemática de estudios nacionales publicados sobre la prevalencia del dolor crónico no oncológico que realizaron un grupo de médicos de diferentes instituciones, determinaron que “en nuestro país son muy escasos los estudios que registran la prevalencia, las características o la intensidad del dolor” (Miranda, et al., 2013, p.10). Por lo cual, plantearon que es fundamental realizar una revisión con el fin de generar acciones médicas y de salud pública para optimizar el conocimiento y el manejo del dolor, con el propósito de mejorar la calidad de vida y la atención de los pacientes.

La Asociación Chilena para el Estudio del Dolor (ACHED), en una investigación pionera (2013), determinó que el dolor crónico no oncológico es hoy una problemática que afecta alrededor de 5 millones de chilenos. El 28,7% de ellos declara que la zona afectada es la zona lumbar, siendo la segunda área corporal más aquejada. Respecto de las características según género, en los hombres se observa un desarrollo progresivo y lineal de la presencia de dolor, contrario a las mujeres, en que se observa un crecimiento exponencial entre los 30 y 50 años de edad, tras lo cual se evidencia una meseta y posterior caída del dolor en ambos grupos etarios. Esto da cuenta adicionalmente de la importancia de estudiar el lumbago en ambos géneros, a pesar de su desarrollo diferencial.

En el contexto del impacto de las enfermedades asociadas a dolor crónico, éstas se relacionan a altas tasas de invalidez temporal (licencias médicas) como permanente (dictámenes de invalidez), presentando un alto impacto a nivel laboral y económico. Una revisión efectuada por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), entre 1998 y 1999, sobre el diagnóstico principal de licencias médicas por enfermedad común (no laboral), ingresadas a las diferentes COMPIN del país, muestra que las enfermedades músculo-esqueléticas no traumáticas son la segunda causa de ausentismo laboral, superada por las enfermedades respiratorias (Miranda, et al., 2013).

Los lumbagos crónicos (LC) constituyen la segunda causa de ausentismo laboral, con altos costos económicos tanto para la persona como para su entorno (Hernández & Moreno, 1985; Galilea & Gloger, 1985; Muñoz, 2012).

A nivel mundial, en la población adulta, se estima que el 80% ha reportado dolor lumbar en algún momento de su vida. Cada año, el 7% de la población adulta reporta sintomatología (Román, 2011). Anualmente, se producen en Estados Unidos cerca de 15 millones de consultas médicas por dolor lumbar.

En Colombia, el dolor lumbar se ha encontrado entre las 10 primeras causas de diagnóstico reportadas. En el 2001 el dolor lumbar representó el 12% de los diagnósticos (segundo lugar); en el 2003, el 22%; y en el 2004, el 15% (Román, 2011).

En España se ha detectado que un 29,6% de la población general española no hospitalizada padece algún tipo de dolor, siendo el 17,6% dolor crónico. La prevalencia del dolor crónico de causa no oncológica está entre el 2 y el 40% de la población adulta. El dolor osteoarticular es el que motiva más frecuentemente consultas por dolor dentro de la población general y la afectación de columna vertebral es una de las localizaciones más frecuentes (Casals, 2004). El enorme costo social y económico de esta patología ha conducido a la búsqueda de tratamientos multidisciplinarios, cuyos objetivos son además de aliviar el dolor, la disminución del déficit funcional, la reincorporación laboral y el tratamiento de las alteraciones psicopatológicas asociadas (Rull, 2004).

Modelos Teóricos del Dolor

1. Modelo Multidimensional del Dolor

Existen distintos modelos teóricos a la base para el abordaje del dolor crónico, sin embargo, esta problemática comienza a tener relevancia para la psicología a partir de los años '60, gracias al desarrollo del Modelo Multidimensional del Dolor de Melzack y Wall (1967) quienes, a través de la Teoría de la Compuerta, lograron demostrar la importancia que asume la cognición en la modulación de la experiencia subjetiva del dolor (Rosales, et al., 2014).

De esta manera, el modelo antecesor cartesiano unidireccional quedó obsoleto; más aún, cuando Melzack afirmó en su concepto de la Neuromatriz del Dolor que éste implicaba una experiencia donde intervenían múltiples factores como cognitivos, emocionales y sensoriales. Este concepto modificó al anterior modelo unidimensional, por un modelo multidimensional (Melzack, 2000).

Esta neuromatriz tendría a la base diferentes estructuras cerebrales que participarían en esta experiencia displacentera, lo que denominó Matriz Neuroanatómica del Dolor. Las estructuras de esta matriz son la corteza somatosensorial secundaria bilateral y primaria contralateral (al estímulo), el córtex insular, la corteza cingulada anterior, el cerebelo, el tálamo, la corteza prefrontal, el área motora suplementaria, los ganglios basales y el córtex parietal posterior, dando cuenta de tres dimensiones: Cognitiva, sensorial y emocional (Melzack, 2000).

2. Modelo Biopsicosocial

Otro modelo teórico fundamental en el dolor crónico es el Modelo Biopsicosocial de Engel (1977). Este modelo enfatiza la participación de múltiples factores, recalando que el abordaje biomédico frente al dolor crónico es insuficiente. Se deben abordar los factores fisiológicos, conductuales, cognitivos y emocionales del dolor (Vallejo, 2005; Moix y Kovacs, 2009).

Engel se opuso a un modelo de causa-efecto lineal al describir los fenómenos clínicos, dado que esta realidad es mucho más compleja. La mayoría de las enfermedades o cuadros se deben entender en un complejo proceso de causalidad circular donde intervienen múltiples factores.

Este es un modelo "dialógico", que sugiere que la realidad de cada persona no sólo está interpretada por el médico, sino que está creada y recreada a través del diálogo con el paciente, donde dos identidades individuales se construyen y retroalimentan en y a través de la interacción (Borrell-Carrió, 2004).

De esta manera, este modelo se basa en una perspectiva intersubjetiva, dando al paciente espacio para articular sus preocupaciones, expectativas, exhortando a los profesionales de la salud a mostrar al paciente una cara más humana. Es decir, plantea una visión de relación diferente entre médico y paciente (Borrell-Carrió, 2004).

3. Modelo del Miedo-Evitación al dolor

A su vez, en las últimas décadas, un número creciente de investigaciones muestra en sus resultados que el miedo y la ansiedad influyen en la experiencia de dolor y, más concretamente, en la discapacidad que el dolor puede provocar. En este marco teórico, uno de los intentos más recientes para explicar cómo los pacientes con dolor pueden llegar a alcanzar graves niveles de discapacidad funcional es el Modelo del Miedo-Evitación al Dolor, de Vlaeyen, Kole-Snijders, Boeren y Van Eek (1995) (López, 2009).

El concepto de "miedo-avoidancia" no está destinado a ser visto como una enfermedad, sino como un intento de subrayar la importancia de los factores emocionales derivados de factores cognitivos y conductuales en una cadena de eventos que une la experiencia del dolor a la discapacidad y disfunción (Boersma, 2004; López, 2009).

El modelo describe conexiones causales entre los distintos elementos que lo componen, desempeñando las variables de miedo y evitación un papel clave en el proceso de cronificación

del dolor. El modelo postula dos respuestas opuestas ante el miedo en el contexto del dolor crónico: evitación y afrontamiento. El sujeto tratará de evitar el dolor si lo interpreta como grave amenaza para su integridad física, en cuyo caso tenderá a no moverse y a reducir su actividad hasta que ceda la molestia. Por el contrario, seguirá funcionando con normalidad a pesar del dolor si no repara en su significado ni permite que éste interfiera en su vida cotidiana (López, 2009).

Se enfatiza el papel de las interpretaciones catastróficas después de la experiencia del dolor, y su posterior miedo e hipervigilancia, es decir, la evitación de la actividad es en gran parte impulsada por el temor de que la actividad causará lesiones y exacerbará el problema de dolor (Vlaeyen y Linton, 2000 en Boersma, 2004).

4. Modelo Miedo-Ansiedad-Evitación al Dolor

Posteriormente, Asmundson, Norton y Vlaeyen (2004) reformularon el modelo, agregando el factor de la ansiedad en el mismo. Consideran fundamental el catastrofismo como mecanismo cognitivo que incrementa el miedo al dolor, sin embargo, introducen la noción de que es el miedo repetido al dolor lo que acabaría por provocar ansiedad ante el mismo, siendo éste la responsable de que se eviten actividades y movimientos que pudieran provocar dolor (López, 2009).

5. Modelo de la Creencia en la Salud

Justamente, entre los factores psicológicos, el Modelo de la Creencia en la Salud (HBM) teoriza que las creencias de las personas sobre la salud, su enfermedad o problema de salud y sus percepciones influyen en su recuperación (Glanz, 2010).

El primer paso hacia el camino de recuperación de la salud es la comprensión del modo en que nuestras creencias y emociones han contribuido a la enfermedad (Guic, 2002; Glanz, 2010).

Es patente, por tanto, el relevante papel que las cogniciones y, concretamente, las catastrofistas, desempeñan en la experiencia de dolor, mostrando ser el catastrofismo una de las variables que con mayor frecuencia incrementa la

intensidad del dolor percibido (Buer y Linton, 2002). Además, las cogniciones catastrofistas sobre el dolor han mostrado también ser determinantes de la discapacidad funcional y del empeoramiento del dolor en el curso del padecimiento del mismo (Keefe, Brown, Wallston y Caldwell, 1989).

6. Modelo de Cognición Social

La autoeficacia es un concepto central en el Modelo de Cognición Social de Bandura (1977) y fundamental como factor en el dolor crónico. Ésta se define como “la creencia en la habilidad personal para organizar y llevar a cabo las acciones necesarias para alcanzar logros determinados” (p.3). Es decir, la percepción que tiene el paciente de su propia capacidad para enfrentar los problemas y, en estos casos, el dolor. De esta manera, una elevada o alta autoeficacia sería un buen predictor, a diferencia de una baja que sería un predictor de cronicidad.

7. Modelo Transaccional de Estrés y Afrontamiento

El Modelo Transaccional de Estrés y Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986) plantea que frente a los eventos estresores, los individuos realizarían dos tipos de evaluaciones: la primaria, donde se evalúa si el evento es dañino o no; y la secundaria, que evalúa si uno tiene las capacidades para hacerle frente a dicho evento (autoeficacia percibida). En esta evaluación secundaria frente a un evento estresor, las personas se preguntarían si sus habilidades y recursos de afrontamiento serán suficientes para enfrentar el evento, si uno es capaz o no, es decir, cómo se percibe y esto apunta justamente a la autoeficacia. De esta manera, el afrontamiento dependerá de esta evaluación secundaria.

Ellos estipularon dos tipos de estrategias de afrontamiento: focalizada en el problema o focalizada en la emoción (Lazarus, 1993). Posteriormente, Moos (1998) incorporó las estrategias pasivas o de evitación versus las estrategias activas o de aproximación. Definiendo a las estrategias en forma general como acciones o formas específicas de afrontar el estrés (Pelechano, 2000).

Tabla 1. Modelos Teóricos del Dolor Crónico y Factores Psicológicos.

MODELO O TEORÍA	AUTORES	FACTORES
Modelo Multidimensional del Dolor; Teoría de la Compuerta.	Melzack y Wall (1967)	Factores sensoriales, cognitivos y emocionales.
Modelo Biopsicosocial.	Engel (1977).	Factores fisiológicos, emocionales, conductuales y cognitivos. Relacional (dialógico).
Modelo de la Creencia en la Salud (HBM).	Hochbaum (1950)	Factores cognitivos: percepciones y creencias.
Modelo Transaccional de Estrés y Afrontamiento.	Lazarus y Folkman (1986)	Factores cognitivos en la evaluación del estrés y sus estrategias de afrontamiento.
Modelo Miedo-Evitación.	Vlaeyen, Kole-Snijders, Boeren y Van Eek (1995)	Factores emocionales, creencias y conductuales.
Modelo de Miedo-Ansiedad-Evitación.	Asmundson, Norton y Vlaeyen (2004)	Factores emocionales: ansiedad.
Modelo de Cognición Social o Teoría Social Cognitiva (SCT).	Bandura (1977)	Factores cognitivos, sociales y emocionales.

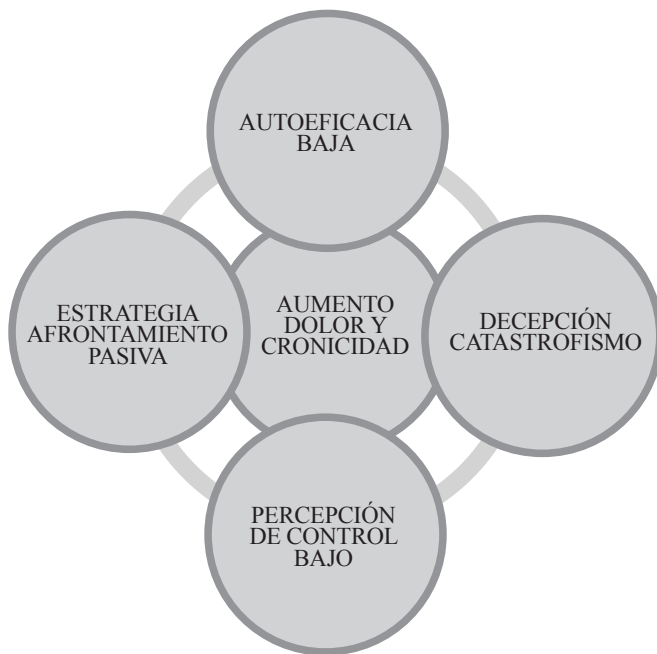
Factores Psicológicos Asociados

Como revisamos anteriormente, desde los modelos teóricos se desprenden los factores que intervienen en el dolor crónico lumbar. Éstos se pueden agrupar en factores cognitivos, como autoeficacia, percepción de control, creencias, religiosidad y espiritualidad. Factores emocionales, como asertividad, estado de ánimo, miedo, depresión y ansiedad. Factores conductuales, como conducta de enfermedad, evitación, afrontamiento (Guic, et al., 2001; 2002; López, 2009).

Mencionamos que estos factores se comportaban de diferente manera de acuerdo al tipo de lumbago, ya sea específico o inespecífico, presentando claramente mayores dificultades los pacientes con LCI.

En relación los factores cognitivos, la autoeficacia tiende a ser alta en los pacientes con LCE, es decir, a mostrar confianza en sus propias capacidades, reconociendo los logros en sus diferentes ámbitos, lo que incide en una valoración positiva de sí mismo. En cuanto a la asertividad no toman responsabilidades de otros y, por lo tanto, no se sobreexigen ni se sobrecargan en situaciones problemas, fijando límites de la propia responsabilidad con la de otros. A diferencia de los pacientes con LCI que tendrían una baja autoeficacia con una pobre asertividad, sobrecargándose y sobreexigiéndose (Guic et al., 2001; 2002b).

Diagrama 1. Autoeficacia baja en el LCI y factores asociados. Modelo de Cognición Social.

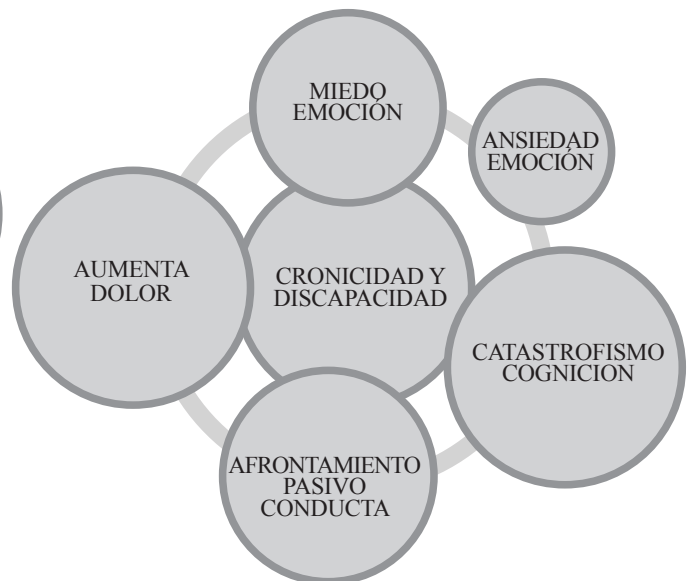


El catastrofismo es un factor que aumenta la percepción del dolor y el riesgo de la cronicidad, y ha sido considerado crucial para entender la experiencia del dolor. Es definido como la magnificación de los aspectos negativos asociados a él, como la desesperanza y la presencia de rumiaciones cognitivas, y ha venido a ser tanto una variable dependiente como una explicación de la persistencia del dolor (Sullivan y cols., 2001; Keefe y cols., 1989; Turner y Aaron, 2001).

El concepto va de la mano con la catastrofización, es decir, este último corresponde a un estado de rigidez y posturas viciosas que se adoptan debido al temor. El concepto de Kinesofobia apunta al excesivo e irracional miedo al movimiento. De esta manera, la exposición es el tratamiento de elección para las fobias e implica una confrontación gradual con el objeto temido. Es decir, una confrontación gradual de actividades físicas que se van realizando cada día. De esta manera, la estrategia de la Exposición en vivo Graduada permite romper el círculo vicioso, mediante aproximaciones sucesivas a los movimientos que le causan miedo (Linton, 2000; Bart, et al., 2004).

La investigación apoya que los pacientes tiendan a evitar situaciones que les causarán dolor debido a sus creencias y esta evitación disminuye su actividad, aumenta su rigidez y discapacidad. El papel significativo de los mecanismos del miedo en la predicción y la perpetuación de la discapacidad en el dolor crónico debe tener importantes implicaciones para el tratamiento (Boersma, 2004; López, 2009).

Diagrama 2. Factores psicológicos en la discapacidad del dolor crónico. Modelo Miedo-Ansiedad-Evitación.



Modelo Miedo-Ansiedad-Evitación

El miedo al dolor (emoción) y el catastrofismo en su interpretación (cognición) hacen que se incremente el dolor percibido, lo que fomenta un tipo de afrontamiento pasivo (conducta) que lo hacen vulnerable al desuso, la discapacidad y la depresión (Vlaeyen y Linton, 2000).

Posteriormente, el miedo al dolor se materializaría en la evitación de actividades y situaciones y, a largo plazo, llevaría al aumento de la incapacidad y al malestar afectivo reflejado, a menudo, en síntomas depresivos (Philips 1987 en López, 2009). A su vez, el empeoramiento de la forma física y el estado de ánimo negativo se relacionan con la disminución de los niveles de tolerancia al dolor (Romano y Turner, 1985 en López, 2009).

Justamente, los pacientes con LCI tienen un afrontamiento más bien pasivo-avoidante, a diferencia de los pacientes con LCE, cuyas estrategias de afrontamiento son más bien activas frente a los problemas, es decir, se responsabilizan y reflexionan respecto a los problemas e incluso al dolor lumbar, tomando medidas en la resolución de dichos problemas. En cuanto a la percepción de control todas las personas con LCE, se perciben con capacidad de control y/o autocontrol en las situaciones problemáticas reportadas, a diferencia de los LCI que tienen una baja percepción de control. Por estos motivos, los pacientes con LCE tienen sentimientos de logro al respecto, reconociendo con orgullo estas capacidades (Guic et al., 2001; 2002b).

En relación a la Personalidad, hay poca evidencia empírica rigurosa sobre rasgos de personalidad y lumbago y en general, se ha preferido más bien hablar de conducta de

enfermedad como lo manifiesto, definida como la forma en la que los individuos experimentan y responden a su estado de salud, tratando de independizarse de formas clásicas de medir personalidad en investigación. El Cuestionario de Conducta de Enfermedad de Pilowsky (1975), fue utilizado en uno de los trabajos de Rebolledo et al. (1999), encontrando altos puntajes en la escala de “convicción de enfermedad” y en la escala de “negación de síntomas psicológicos”, lo que significa que en estos pacientes con dolor lumbar crónico existiría la tendencia a negar la contribución de los factores emocionales a su dolor y a tener una convicción rígida de enfermedad somática.

Desde la psicopatología, debido a la fuerte correlación entre depresión y dolor lumbar, se han planteado las siguientes hipótesis: que el dolor lumbar crónico conduce al desarrollo de depresión o que el trastorno depresivo puede conducir al desarrollo de dolor crónico. A su vez, que el dolor lumbar crónico es considerado como una variante específica de la enfermedad depresiva y, finalmente, que el síndrome de dolor lumbar crónico no es primario ni secundario, pero comparte mecanismos similares con la depresión (López, 2009).

Lo mismo ocurre con la ansiedad, se ha visto que estos síntomas se correlacionan significativamente con la intensidad del dolor y la discapacidad crónica, tal como se mencionó anteriormente. Hay que tener presente que este resultado se podría interpretar aludiendo a la ansiedad como un factor etiológico o como un factor que interfiere con el reporte y, por lo tanto, con la evaluación médica de los síntomas (Hadjistavropoulos, 2000; Guic, 2002).

Tabla 2. Factores psicológicos, de acuerdo al tipo de lumbalgia.

FACTORES PSICOLÓGICOS	LCE	LCI
Autoeficacia	Alta	Baja
Percepción de control	Adecuada	Pobre
Asertividad	Presente	Ausente
Fijan límites interpersonales	Sí	No
Estrategias de afrontamiento	Activas Centradas en el problema	Pasivas Centrada en la emoción
Psicopatología	Depresión Ansiedad	Depresión Ansiedad
Convicción de enfermedad	Rígida	Rígida
Negación factores emocionales en la enfermedad	Sí	Sí

Estrategias para el Manejo del Dolor Crónico

Moix (2004) plantea que en un trabajo realizado en España durante los años 2001 y 2002, pudieron comprobar la eficacia de un programa interdisciplinario en el tratamiento del dolor de espalda crónico, denominado Intervenciones Multimodales. Justamente, basados en la concepción biopsicosocial del dolor que ha traído consigo el diseño de terapias más integrales: técnicas interdisciplinares, llevadas a cabo por diferentes especialistas.

Los resultados de esos estudios reflejan el efecto adicional que las técnicas psicosociales obtienen como coadyuvante de las terapias médicas. Los pacientes tratados conjuntamente con ambas técnicas (médica y psicológica) muestran una mayor reducción del dolor, de la incapacidad y de los estados de ánimo negativos. El tratamiento multidisciplinario es superior al tratamiento médico estándar y a otros tratamientos (Moix y Kovacs, 2009; Scascighini, Dober-Spielmann y Sprott, 2008).

Desde la psicología, existen múltiples técnicas utilizadas y evaluadas como efectivas en el manejo del dolor crónico. Inclusive, se plantea que son más efectivos los programas de intervenciones multifocales que utilizan diferentes técnicas que programas que utilizan una sola (Vallejo, 2008).

Cuando un paciente sufre de dolor crónico y discapacidad, hay diferentes maneras de abordar el problema. Uno es el enfoque centrado en el entorno del paciente y sus oportunidades para el cambio de conducta manifiesta (Fordyce, 1976). El segundo enfoque consiste en buscar el cambio directo en los pensamientos, conductas, creencias, emociones o sensaciones (Turk et al., 1983 en Eccleston, et al., 2004).

En una revisión de los estudios sobre el dolor lumbar, los resultados arrojan evidencia de la efectividad de la combinación de tratamientos para este tipo de problemáticas, independientemente de la enfermedad o daño real o potencial que posea el paciente, siendo en el ámbito psicológico, justamente el Modelo Cognitivo Conductual de segunda y tercera generación quien cuenta con mayor consenso debido a su efectividad (Rosales, et al., 2014; Morley, Eccleston y Williams, 2012; Morley, Eccleston y Williams, 1999; Olmedo, 2010).

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) evidenció mayor eficacia en el dolor catastrófico que Intervenciones Grupales Educativas (EDU). Aunque ambas redujeron significativamente la intensidad del dolor, sólo con TCC se produjo reducción de la depresión y catastrofismo (Thorn, et al., 2011). Específicamente, la Reestructuración Cognitiva es fundamental para el cambio en los pensamientos negativos, es decir, el catastrofismo.

Sin embargo, las revisiones plantean que aunque TCC puede reducir el dolor, la incapacidad, el malestar y el pensamiento catastrofista de los pacientes con dolor, los efectos del tratamiento son pequeños, al igual que ocurre con los tratamientos farmacológicos y físicos (Morley, 2012).

Por su parte, un ensayo de comparación entre la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y el tratamiento cognitivo-conductual (TCC) en pacientes con dolor crónico no maligno (artrosis 33,3%; dolor neuropático,

30,7%; y enfermedad degenerativa de los discos, 28,9%), en una muestra de 114 participantes de entre 18 y 89 años (Wetherell, et al., 2011), concluyen que tanto ACT como TCC son tratamientos eficaces para el dolor crónico y pueden aumentar el nivel de eficacia del tratamiento médico estándar.

Para evitar un desgaste emocional que provoca naturalmente el dolor crónico, se ha evidenciado que la ACT aporta nuevos elementos de interés para estos pacientes (Hayes, 1999). Debido a que busca estrategias que focalicen al paciente en el camino de la aceptación de la experiencia del dolor más que en la resistencia. Un tanto paradójicamente, puede haber ocasiones en las que el cambio útil en la calidad de vida de un paciente sólo puede ocurrir cuando se aceptan algunos aspectos del problema tal como son (Hayes, 1999; Eccleston, 2004).

El objetivo central es que el paciente deje la lucha rabiosa contra un enemigo (el dolor) y establezca otra estrategia que será el convertirlo en un aliado, no para rendirse, resignarse ni padecer en una actitud pasiva, sino para comenzar a manejarlo. Aprender a “convivir” del mejor modo con el dolor.

Vallejo (2005) plantea que es el tipo de tratamiento psicológico más adecuado cuando se trata de un problema crónico, para el que desgraciadamente no puede hablarse de curación, sino de afrontamiento o adaptación y convivencia a él.

De hecho, se ha comprobado que los pacientes que aceptan más su dolor son los que puntúan más bajo en intensidad de dolor, presentan menos emociones negativas y disfrutan de una mayor calidad de vida (McCraken y Velleman, 2010).

En revisiones (2011), la ACT tendría efectos medianos en intensidad de dolor, depresión, ansiedad, bienestar físico y calidad de vida. Efectos entre pequeños y medianos en la salud física y mental de los pacientes con dolor crónico, que son comparables a los que se encuentran con las terapias cognitivo-conductuales (TCC) (Veehof, et al., 2011). Ambas mejoran en la magnitud de la interferencia causada por el dolor, depresión y ansiedad. Sin embargo, los pacientes que recibieron ACT reportaron mayor satisfacción que los que recibieron TCC (Wetherell, et al, 2011).

Sin embargo, la ACT ha demostrado mayor efectividad a través de técnicas como Mindfulness y aceptación.

Durante su conferencia anual de 2008, la APA presentó investigación científica sobre la técnica de Meditación Transcendental (MT), un tipo de Meditación Clínica que documenta los beneficios de la práctica a largo plazo para la autorrealización y el autodesarrollo. Esta técnica posee características cognitivas, fisiológicas y psicoterapéuticas propias, con beneficios claros como efectos genéricos y específicos positivos en el SNC. Ha sido utilizada en diferentes patologías, evidenciando resultados positivos. Específicamente, en el dolor crónico se ha visto una reducción de la percepción del dolor en los pacientes (Champagne, 2004).

A su vez, el término Mindfulness suele traducirse como atención y conciencia plena. Es una práctica de meditación adaptada que cultiva la conciencia del momento, denominada Mindfulness Meditation. La filosofía de esta

técnica se basa principalmente en vivir el presente, en estar atento a lo que sucede sin juzgar ni interpretar. En otras palabras, se fundamenta en aceptar la realidad tal como es (Moix, 2011).

Kabat-Zinn (1982), Profesor Emérito de Medicina que practicaba meditación Zen, se dio cuenta de los beneficios de esta práctica y quiso adaptarla a la realidad de pacientes en un hospital en Estados Unidos. Creó así, en los años 80, un Programa de Reducción del Estrés Basado en la Atención Plena (REBAP), cuya modalidad es grupal y se desarrolla en 8 semanas. Una investigación inicial (1982-1985), realizada en noventa pacientes con dolor crónico que fueron entrenados en este programa, arrojó que estadísticamente se observaron reducciones significativas en las medidas de dolor del momento presente, la imagen corporal negativa, la inhibición de la actividad por el dolor, los síntomas, perturbación de ánimo y la sintomatología psicológica, incluyendo la ansiedad y la depresión.

Actualmente, la evidencia empírica es contundente en considerar que Mindfulness es una estrategia efectiva en el manejo del dolor crónico, que se utiliza como parte del modelo de tratamiento o como una estrategia aislada (Gardner-Nix y Zinn, 2009; Rosales, et al., 2014; Moix, 2011).

Otras técnicas muy estudiadas son la Relajación y la Respiración. Éstas pueden producir una desaceleración de los parámetros físicos, como una baja en la respuesta motora, en las ondas gamma, en la tasa cardíaca, la tensión muscular y en la tasa de respiración (Peng et al, 1999). Hay datos de su eficacia en el dolor de espalda (Linton y Gøtestam, 1984).

En una revisión de estudios en dolor crónico no maligno, siete estudios compararon la relajación con una intervención control. Dos estudios demostraron una mejoría significativa con la relajación. En ambos casos, se evidenció mejoría rápidamente tras el tratamiento. Ninguno de los tres estudios en los que se realizaban valoraciones a largo plazo (al menos a los cuatro meses) demostró algún beneficio con la relajación (Carroll, 1998). En general, revisiones más actuales arrojan resultados poco alentadores sobre la utilización de la relajación como técnica única para el tratamiento del dolor crónico (Moix, 2011).

Para evitar la Kinesofobia y catastrofización, la técnica de

la Actividad Graduada ha dado resultados en pacientes con dolor lumbar, siendo más efectiva en reducir el número de días de licencia de trabajo que el tratamiento usual, es decir, los pacientes vuelven a trabajar más rápido (Bart, et al., 2004).

Desde la Psicología Positiva se ha visto que expresar gratitud durante una adversidad personal como una pérdida o una enfermedad crónica, puede ayudar a adaptarse, sobreponerse y, tal vez, comenzar de nuevo. Además, aumenta la autoestima y autovaloración. Al ver los logros personales y el apoyo de las demás personas, aumenta la confianza personal y la sensación de autoeficacia (Lyubomirsky, 2008).

Ayuda a lidiar con el estrés y el trauma. La capacidad de apreciar las circunstancias y situaciones de la propia vida puede ser una estrategia de afrontamiento adaptativa a través de la cual las personas reinterpretan positivamente las experiencias problemáticas de la vida (Fredrickson, Tugade, Waugh y Larkin, 2003 en Sheldon y Lyubomirsky, 2006).

En tres estudios, Emmons y McCullough (2003) solicitaron a los participantes llevar un Diario de Gratitud (“contar bendiciones”) en el primer estudio, con una frecuencia semanal, por 10 semanas; y en los dos últimos, con frecuencia diaria, por dos o tres semanas. Los participantes de los grupos control, por el contrario, enfocaron su atención en dificultades diarias, comparaciones sociales o eventos rutinarios de la vida. Durante la intervención, aquellos en el grupo de la condición de gratitud reportaron mayor afectividad positiva, en los tres estudios; y bienestar físico, en el estudio de frecuencia semanal, que consistían en menos quejas relacionadas con la salud y menos síntomas de enfermedad física, comparados con aquellos en los grupos de control. De manera similar, Lyubomirsky, Tkach et al. (2005) encontraron que los estudiantes que expresaban gratitud una vez a la semana (a diferencia de aquellos que lo hacían tres veces a la semana) manifestaban aumento a corto plazo en el bienestar, luego de la intervención.

Lo relevante de estas investigaciones y sus resultados es, por un lado, que son estudios controlados y, por otra parte, se basan en intervenciones mínimas auto administradas, es decir, sin la mediación de un profesional de la salud, siendo muy fáciles de realizar (Emmons, 2008).

Conclusiones

Tabla 3. Modelos Teóricos, factores psicológicos y estrategias.

MODELOS	FACTORES PSICOLÓGICOS	ESTRATEGIAS
Modelo de Cognición Social	Autoeficacia baja Percepción de control bajo	Empoderamiento/ Refuerzo Diario de la Gratitud
Modelo Transaccional de Estrés y Afrontamiento.	Estrategias de afrontamiento Pasiva	Asertividad Meditación
Modelo de Miedo-Evitación.	Miedo, Ansiedad Kinesofobia Creencias o Pensamientos negativos Catastrofismo	Exposición en vivo Graduada Respiración Relajación Meditación Reestructuración Cognitiva

Rosales et al (2014), en su revisión, concluye que resulta necesario fomentar el desarrollo de investigaciones sobre la combinación de tratamientos para comprender con mayor profundidad el alcance real de la aplicabilidad de ambos tratamientos (psicológico-médico) en la calidad de vida del paciente y sus efectos sobre el proceso de enfermedad y el desarrollo de comorbilidades.

Si bien, es más fácil aplicar una sola técnica para poder evaluar su efectividad, lo relevante en el diseño de un programa para el manejo del dolor crónico sería aplicar diversas técnicas o estrategias que tengan respaldo ya empírico contundente en pro de dar un abanico de herramientas a los pacientes y no una sola.

Las ventajas son abordar el problema desde diversas estrategias comprobadas empíricamente y darle al paciente la posibilidad de elegir la que mejor le acomoda, cree o le hace sentido para entrenarse en ella. Esto es lo que se llama hoy en día Tailoring (sastre, confección), es decir, intervenciones a la medida de los pacientes.

Hoy el desafío en la relación médico-paciente es caminar hacia un Modelo Mutualista de relación, definido como una relación más simétrica, donde paciente y médico comparten el poder, es decir, con un nivel de poder más bien balanceado. Reconociendo capacidades, conocimientos y fortalezas en ambos, no sólo en el médico. Su visión del paciente es un agente medular y activo que debe participar en las decisiones, más que un agente pasivo que acata las decisiones del médico como en un modelo paternalista-autoritario (Ong et al., 1995). El dolor más resistencia provoca un sufrimiento que debemos evitar, según lo plantea la filosofía budista. El paciente puede elegir dentro de las diferentes estrategias disponibles, aquéllas que más considere pertinentes y le hagan sentido para procurar su mejor adherencia.

Es clave la ACT como terapia eje de cualquier programa de intervención en el dolor crónico asociada con otras técnicas o estrategias (multicomponente) como asimismo, el abordaje multidisciplinario (multimodal) desde una mirada integral del individuo con un modelo a la base biopsicosocial.

Referencias Bibliográficas

- (1) Asmundson, G; Norton, P y Vlaeyen, J.(2004). Fear-Avoidance model of chronic pain: an overview. En G. J. G. Asmundson, J. W. S., Vlaeyen y G. Crombez (Eds.). Understanding and treating fear of pain. Oxford: Oxford University Press. 3-24.
- (2) Anand, K. y Craig, K.D. (1996). New perspectives in the definition of pain. *Pain*, 67, 3-6.
- (3) Bandura, A.(2004). Health Promotion by Social Cognitive Meas. *Health, Education and Behavior*. Vol.31 (2), 143-164.
- (4) Bart, J et al. (2004). Graded Activity for low back pain in occupational Health Care: A Randomized, Controlled Trial. *Annals of Internal Medicine*. 142-143.
- (5) Borrell-Carrió, F, et al. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals of Family Medicine*. Vol.2, N° 6, 576-82.
- (6) Casado, M.I. y Moix, J. (2011). Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico. *Revista Clínica y Salud*, Vol. 22, n.º 1,41-50, Madrid, España. Extraído el 10 de Enero del 2015 en <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v22n1/v22n1a03.pdf>.
- (7) Casals, M y Samper, D. (2004). Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, V.11 N°5. 260-269.
- (8) Carroll, D y Seers, K. (1998). Relaxation for the relief of chronic pain: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 27: 476-487.
- (9) Champagne, D.M. (2004). Teoría y fisiología de la meditación. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, Madrid, España. N°.69/ 70, 15-25.
- (10) Eccleston, C; Keefe, C; Carson, J; McCracken, L. (2004). Acceptance and change in the context of chronic pain. *Pain*, Vol.109. Issues 1-2, 4-7.
- (11) Emmons, R. A.; McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84: 377-89.
- (12) Emmons, R. A. (2008). ¡Gracias! De cómo la gratitud puede hacerte feliz. Barcelona: Ediciones B S.A.
- (13) Encuesta Nacional de Salud (ENS) Chile. (2009-2010). Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Tomo del I al IV.
- (14) Engel, G.L. (1977). The need for new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- (15) Jellema, P. et al. (2005). Should treatment of (sub)acute low back pain be aimed at psychosocial prognostic factors? Cluster randomised clinical trial in general practice. *BMJ*, 331;84, originally published on line doi: 10.1136/bmj.38495.686736.E0
- (16) Gardner-Nix, J. y Zinn, J.K. (2009). *The Mindfulness Solution to Pain: Step by-Step Techniques for Chronic Pain Management*. Oakland: New Harbinger Publications.
- (17) Galilea, E. y Gloger, S. (1985). Síndrome de dolor lumbar. *Revista Chilena de Ortopedia y Traumatología*. 26, 134 -7.
- (18) Galilea, E. (1991). Síndrome del dolor lumbar. En: *Normas Técnicas de Atención Médica*, Hospital del Trabajador. Santiago. Asociación Chilena de Seguridad.

- (19) Glanz, K. y Bishop, D. (2010). The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions. *Annual Review of Public Health*, 31, 399-418.
- (20) Gómez, A. y Méndez, F. (2000). Aspectos actuales en la prevención de las lumbalgias. *Psicología Conductual*, 8 (1): 99-115.
- (21) Guic, E; Castillo, J; Krause, M. (2001). Procesos cognitivos-afectivos en pacientes con Lumbago Crónico: Un estudio exploratorio. *Revista PSYKHE*, Vol.10, N°1, 115-128.
- (22) Guic, E et al. (2002). Contribución de factores psicosociales a la cronicidad del dolor lumbar. *Revista Médica de Chile*, Vol. 130, N° 12, 1411-1418.
- (23) Guic, E, Puga, I, Robles, I. (2002b). Estrategias de afrontamiento en pacientes con lumbago crónico. *Revista PSYKHE*, Vol.11, N°1, 159-166.
- (24) Hadjistavropoulos, H; Lachapelle, D. (2000). Extent and nature of anxiety experienced during physical examination of chronic low back pain. *Behav Res Ther*. 38: 13-29.
- (25) Hayes, S.C; Strosahl, K.D; Wilson, K.G. (1999). Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. Guilford Press.
- (26) Hernández, J. y Moreno, E. (1985). Epidemiología del dolor lumbar en pacientes de un policlinico general de Santiago. Chile. *Bol. Oficina Saint Panam*, 98, 53-8.
- (27) Kabat-Zinn, J. et al. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*. Vol.4, 33-47.
- (28) Kabat-Zinn, J. et al. (1985). The clinical use of Mindfulness Meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, Vol.8, N°2, 163-190.
- (29) Kabat-Zinn, J. et al. (1986). Four-Year Follow-Up of a Meditation-Based Program for the Self-Regulation of Chronic Pain: Treatment Outcomes and Compliance. *Clinical Journal of Pain*. Vol.2, Issue 3, 143-205.
- (30) López, R. (1996). La relajación como una de las estrategias psicológicas de intervención más utilizadas en la práctica clínica actual: Parte II. *Revista Cubana Medicina General Integral* [online]. Vol.12, N° 4, 375-380. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251996000400008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1561-3038.
- (31) Ludwig, D; Kabat-Zinn, J. (2008). Mindfulness in Medicine. *The Journal of the American Medical Association*. Vol.300, N°11, 1350-1352.
- (32) Lyubomirsky, S.; Sheldon, K. M.; Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9: 111-31.
- (33) Lyubomirsky, S.; Tkach, C.; Sheldon, K. M. (2005). Pursuing sustained happiness through random acts of kindness and counting one's blessings: Tests of two 6-week interventions. Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of California, Riverside.
- (34) Lyubomirsky, S. (2008). *The how of happiness: A scientific approach to getting the life you want*. New York: Penguin Press.
- (35) López, Alicia; Gómez, L y Ruiz, G. (2009). Trastorno de estrés postraumático y dolor crónico: nexos entre psico y pato(logía). *Escritos de Psicología*. Vol.3, N°.1. Extraído el 06 de Junio del 2015 en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092009000300002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1989-3809.
- (36) Matus, C. et al. (2003). Imagenología del dolor lumbar. *Revista Chilena de Radiología*. 9 (2), 62-69.
- (37) Melzack, R. (2000). Del umbral a la Neuromatriz. Extraído el 10 de enero del 2015 en http://revista.sedolor.es/pdf/2000_03_04.pdf
- (38) Miranda, J.P et al. (2013). Revisión sistemática: Epidemiología del dolor crónico no oncológico en Chile. *Revista El Dolor*, 59. 10-17.
- (39) Moix J, Cañellas M, Girvent F, Martos A, Ortigosa L, Sánchez C, Portell M. (2004). Confirmed effectiveness of an interdisciplinary educational program in patients with chronic back pain. *Revista Sociedad Española Dolor*. 11: 141-149.
- (40) Moix, J y Kovacs, F (2009). *Manual del dolor: Tratamiento cognitivo conductual del dolor crónico*. Barcelona. Paidós.
- (41) Moix, J. y Casado, M.I. (2011). *Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico*. Clínica y Salud [online]. 2011, Vol.22, N° 1, pp. 41-50.
- (42) Morley, S., Eccleston, C. y Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive-behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, Vol. 80, 1-13.
- (43) Morley, S., Eccleston, C. y Williams, A. (2012). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, number CD007407
- (44) Morris, G.B. (1998). Changing people from Tender-Minded to Tough-Minded: A pathway for dealing with chronic pain. En S. Klarreich (Ed.). *Handbook of organizational Health Psychology. Programs to make the workplace healthier*. California. Psychosocial Press. 139-155.
- (45) Muñoz, C et al. (2012). Factores de riesgo ergonómico y su relación con el dolor musculoesquelético de columna vertebral: basado en la primera encuesta nacional de condiciones de empleo, equidad, trabajo, salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras en Chile (ENETS) 2009-2010. *Revista de Medicina y Seguridad del trabajo*. Vol.58, N°228.194-204.
- (46) Oblitas, Luis A. (2008). El estado del arte de la Psicología de la Salud. *Revista de Psicología (Lima)*, 26 (2), 219-254. Extraído el 10 de Enero del 2015 de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472008000200002&lng=pt&tlng=es.
- (47) Olmedo, M. (2010). Revisión de Libros de Moix, J y Kovacs, F (2009). *Manual del dolor: Tratamiento cognitivo conductual del dolor crónico*. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, Vol. 15 (1), 75-81.
- (48) Ong, L.M. et al. (1995). Doctor-patient communication: A review of literatura. *Social Science and Medicine*, 40 (7), 903-918.
- (49) Román, A. (2011). Epidemiología del dolor lumbar en pacientes atendidos en el Hospital Misericordia, Bogotá. Tesis para título de Traumatólogo. UNC, Departamento de Medicina.
- (50) Rosales, Ma. G. et al. (2014). Dolor Crónico: el rol de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento combinado. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXI Jornadas de Investigación. Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- (51) Rull, M. (2004). Abordaje multidisciplinar del dolor de espalda. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. V.11 N° 3.119-121.
- (52) Scascighini, L; Dober-Spielmann, S; Sprott, H. (2008). Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes. *Rheumatology (Oxford)*. 47(5):670-8.

- (53) Sheldon, K. M.; Lyubomirsky, S. (2006). How to increase and sustain positive emotion: The effects of expressing gratitude and visualizing best possible selves. *The Journal of Positive Psychology*, 1, 73-82.
- (54) Thorn, B. et al. (2011). Randomized trial of group cognitive behavioral therapy compared with a pain education control for low-literacy rural people with chronic pain.
- (55) Valiente, M. (2006). El uso de la visualización en el tratamiento psicológico de enfermos con cáncer. *Revista de Psicooncología*. Vol. 3, Núm. 1, 19-34.
- (56) Vallejo, M. (2005). Tratamiento psicológico del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, No. 84, Julio, 41-58. Universidad Nacional de Madrid, España. Extraído el 10 de Enero del 2015 en <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N84-4.pdf>.
- (57) Vallejo, M. (2008). Perspectivas en el estudio y tratamiento psicológico del dolor crónico. *Clínica y Salud*, Vol. 19, N° 3, 417-430, Madrid, España. Extraído el 10 de Enero del 2015 en http://bscw.rediris.es/pub/nj_bscw.cgi/d4417584/Vallejo-Perspectivas_estudio_tratamiento_dolor_cronico.pdf.
- (58) Veehof, M. et al. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*. 152, 533-542.
- (59) Wetherell, J. et al. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*. 152, 2098-2107.

Conflicto de Interés:

Autor(es) no declaran conflictos de interés en el presente trabajo.

Recibido el 19 de julio de 2015, aceptado para publicación el 24 de julio de 2015.

Correspondencia a:
Ps. Alejandra Rodríguez Alvarado
Unidad del Dolor Crónico Clínica Kennedy.
Directora del Centro de Psicopatología Chile.
Magíster en Psicología Clínica.
Santiago. Chile.
E-Mail: alejandrarodri2000@yahoo.com