

# Afectos Negativos y Dolor en Enfermedades Musculoesqueléticas

**Policarpo Rebolledo M.**  
Servicio de Salud Mental  
Hospital del Trabajador, Santiago

De acuerdo a la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), el dolor “es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño tisular y/o que describimos en términos de tejido dañado” (10).

Esta definición implica que el dolor es mucho más que un fenómeno sensorial y explícitamente nos hace considerar los aspectos psicológicos en la experiencia dolorosa.

Los factores psicológicos pueden tener un rol importante en el inicio, severidad, exacerbación o mantención del dolor, y es así como el dolor puede ser codificado, de acuerdo al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), como uno de los trastornos somatomorfos, ya sea como el trastorno por dolor asociado a factores psicológicos o como trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica (1).

El componente afectivo del dolor incorpora una gama de emociones, las cuales primariamente son negativas cualitativamente. Los pacientes con dolor de larga evolución presentan alteraciones psicológicas, que incluyen entre los más frecuentes ansiedad, rabia y depresión.

## Ansiedad

La ansiedad y el miedo afectan la experiencia de dolor y contribuyen a la incapacidad en el dolor crónico (12, 20).

Walter Cannon fue uno de los primeros en demostrar que el dolor se acompañaba de un aumento de la secreción adrenal que dependía del sistema nervioso simpático, como ocurre en el miedo y en la ansiedad.

Sternbach describió las diferencias entre dolor agudo y dolor crónico, observando que el dolor agudo estaba asociado a un patrón de respuestas fisiológicas como en las crisis de ansiedad. En contraste, el dolor crónico estaba caracterizado por una habituación de las respuestas autonómicas y un patrón de signos vegetativos, como se ve en la depresión (19).

Fordyce también describió cómo los individuos aprenden que la evitación al dolor o a aquellas situaciones que lo provocan reducen la posibilidad de nuevos episodios (8).

Lethem y Vlaeyen han descrito el modelo de miedo y evitación al dolor que genera una perpetuación de la experiencia dolorosa, aun cuando haya ausencia de patología orgánica demostrada (21).

Las personas aprenden a predecir eventos en su medio ambiente. Así, una lesión puede estimular respuestas autonómicas tales como tensión muscular y activación simpática que incluyen el miedo y la ansiedad. El condicionamiento puede lograrse directamente de la experiencia, por información o bien por observación (modelaje).

Por ejemplo, una persona envuelta en un accidente de tránsito puede desarrollar miedo a manejar como resultado de la experiencia traumática. O un paciente con dolor de espalda puede desarrollar temor al levantar peso después de experimentar dolor mientras levantaba un objeto o después de recibir información del doctor que el esfuerzo puede dañar los discos vertebrales o lesionar los nervios de la médula espinal.

Una amenaza o una situación que produzca dolor puede estimular una respuesta condicionada de activación simpática que incluye miedo, ansie-

dad y tensión muscular, los cuales a su vez pueden conducir a evitar la situación. Esta conducta evitativa se refuerza porque disminuyen el miedo y la ansiedad.

Habría varias formas en que el miedo al dolor puede conducir a la incapacidad:

1. Enfrentamiento cognitivo negativo acerca del dolor y sus consecuencias, es decir, el pensamiento catastrófico. Las ideas y creencias acerca del cuadro clínico y del dolor pueden tener un fuerte impacto en su mantención. Las creencias con respecto al dolor y forma de evitarlo pueden ser un fuerte y precoz predictor de respuesta, incluso en personas libres de dolor, por ejemplo, el parto.
2. Evitación de las actividades diarias: el miedo está manifestado por escape y evitación de aquellas conductas que se espera produzcan dolor, como muchas de las actividades del diario vivir. El evitarlas provocará una disminución de la capacidad funcional (y del dolor).  
Anticipación del dolor: la evitación ocurre en anticipación del dolor más que como una respuesta al dolor, y estas conductas pueden persistir debido a la escasa oportunidad de corregir la creencia o el pensamiento erróneo acerca del dolor como signo de daño o amenaza física.
3. Inactividad física: la inactividad física prolongada y la evitación tienen un impacto perjudicial en la musculatura y el sistema cardiovascular, llevando a causar el síndrome de "desuso", término que se ha utilizado en la literatura en dos formas: desacondicionamiento físico como una consecuencia del escaso uso del sistema musculoesquelético y deterioro de la coordinación muscular que lleva a movimientos cautelosos y estudiados.
4. Hipervigilancia de las sensaciones corporales: el miedo al dolor conduce a un aumento de la tensión hacia la zona o foco de la amenaza. En estos sujetos la hipervigilancia también puede estar influida por información acerca de la enfermedad o por el resultado de exámenes. Así, los individuos ansiosos pueden beneficiarse si ellos reciben información clara, no ambigua, no sólo de las pruebas diagnósticas, sino también de las posibles estrategias para enfrentar el problema.
5. Reactividad muscular: el miedo al dolor puede estar asociado a un aumento de la reactividad psicofisiológica cuando un individuo está enfren-

tado a situaciones que son percibidas como peligrosas. Esta reactividad muscular al estrés puede contribuir a la mantención del dolor.

De acuerdo a estos conceptos existirían dos respuestas conductuales opuestas, como son el enfrentamiento y la evitación, a través de las cuales el paciente podría superarse o caer en un espiral de evitación, dolor e incapacidad (Figura 1).

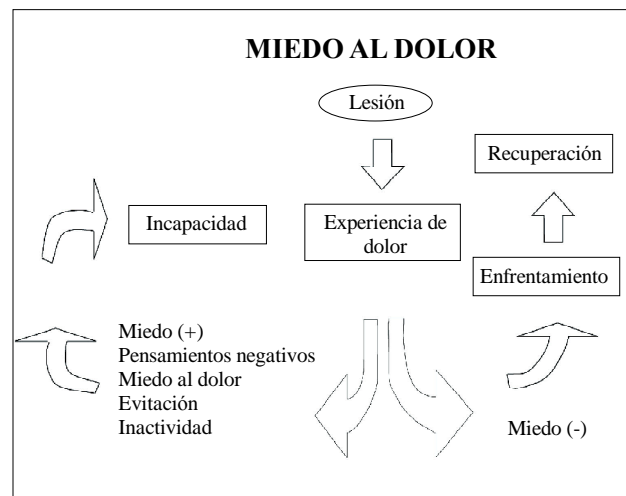


Figura 1.

## Rabia

Dos términos se relacionan frecuentemente con la rabia, como son la hostilidad y la agresión.

La hostilidad es una actitud que predispone al individuo a ver a los otros como no dignos de confianza, sin mérito y probablemente como fuente de provocación y daño.

La agresión aparece como una conducta que involucra varias respuestas motoras destinadas a infligir daño. Muy cercano y ligado a la agresión está el concepto de frustración, que a menudo es visto como un obstáculo al logro de una meta. La conducta pasivo-agresiva como un modo de expresión es probablemente un intermediario entre la expresión y la supresión de la rabia. Esta, clínicamente, involucra que la comunicación conductual de la rabia se da de una manera encubierta, manifestándose en no cooperación más que agresión, por ejemplo. La conducta pasivo-agresiva puede no ser fácilmente reconocida, pero no es menos significativa que otras formas de rabia asociada a la experiencia de dolor crónico. Puede tomar formas de no cooperación, demora y retardo en los procedimientos, etc.

## Prevalencia de rabia en el dolor crónico

La rabia ha sido observada ampliamente en individuos con enfermedades crónicas, como la artritis, y en aquellas enfermedades con quejas somáticas persistentes, cuadros sin etiología y en tratamientos fallidos a repetición dentro de lo cual se aplica para los pacientes con dolor crónico.

Sternbach encontró que los hombres presentaban más rabia que las mujeres basado en la escala de sociopatía del MMPI (19).

Kinder encontró un patrón similar y sugiere un rol importante de la rabia en pacientes masculinos con dolor crónico, mientras que en los pacientes de sexo femenino la ansiedad era más importante. Taylor encontró en 61 pacientes con dolor crónico puntajes significativamente más altos que sus esposas en la escala de hostilidad en SCL-90.

Okifugi encontró que el 70% de 96 pacientes con dolor crónico informaban sentimientos de rabia, en los que en el 74% la rabia era hacia sí mismos y en un 62% hacia sus médicos tratantes (13).

Estos datos, si bien muy generales, sugieren que la rabia está implícita en muchas de las medidas de hostilidad, sociopatía y desconfianza usadas en la evaluación de pacientes. Esto orienta a buscar en forma sistemática y quizás más específica medidas de rabia en esta población con dolor.

Fernández y Turk han identificado una serie de factores asociados a la rabia en pacientes con dolor crónico (6), como se observa en la Figura 2.

Cuando la rabia no es informada por los pa-

cientes se podría plantear que se debe a razones de aceptación social o bien como un mecanismo de adaptación. En comparación con otras emociones negativas, como la ansiedad o tristeza, la rabia puede ser particularmente negada debido a normas sociales o religiosas que son contrarias a la expresión de estos afectos. Tal negación puede llevar a una subestimación de esta emoción en este grupo de pacientes.

La expresión de la rabia a menudo es desagradable para otros y puede ser fuente de remordimiento; así, los individuos que reconocen su rabia pueden incluso estar inclinados a suprimir la tendencia a responder o a tomar represalias, situaciones que habitualmente acompañan a esta emoción.

Algunos autores (Braha y Catchlove) (4) sugieren que el paciente con dolor internaliza su rabia e indirectamente la expresa a través del dolor. Como se sabe, hay una percepción común de que la rabia es indeseable socialmente y que en algunos casos el dolor puede servir como una queja legítima para solicitar atención y ayuda. La inhibición de la rabia tendría una influencia en la exacerbación más que en la precipitación del dolor crónico.

La presencia de rabia en pacientes crónicos es especialmente importante, ya que puede tener consecuencias negativas para el bienestar psicológico, físico y social del individuo. Los efectos adversos de la depresión y de las relaciones interpersonales son especialmente dignos de considerar. Por último, la presencia de la rabia puede determinar la calidad de la alianza terapéutica que

AGENTE OBJETO DE LA RABIA	ACCION RAZÓN DE LA RABIA
Agente causal de la lesión o enfermedad	Dolor crónico
Médicos y terapeutas	Ambigüedad en diagnóstico. Tratamientos fallidos
Psiquiatras y psicólogos	Implicancias en la psicogeneidad y psicopatología
Abogados y sistema legal	Juicios - Litigios
Compañía de Seguros – Sistema previsional	Inadecuada cobertura o compensación
Empleadores	Reubicación laboral – Despido
Familiares	Falta de apoyo interpersonal
Religión	Daño predeterminado – Castigo
Sí mismo	Deformación - Incapacidad

**Figura 2.**

es crítica para el éxito del tratamiento, como se muestra en la Figura 3.

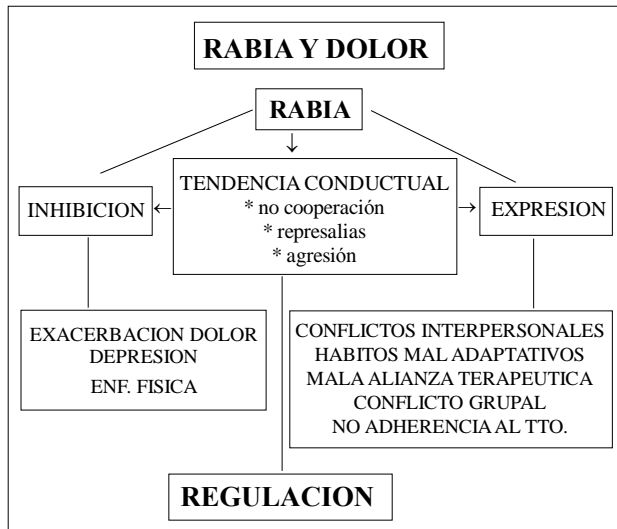


Figura 3.

## Depresión

La relación entre depresión y dolor ha sido reconocida desde ya largo tiempo y, a pesar de su frecuente asociación, la naturaleza de dicha relación sigue siendo controvertida (2, 7, 9, 18).

Los síntomas depresivos tienden a ser más evidentes en mujeres con dolor que en hombres. Los de mayor edad, el bajo nivel educacional, los bajos ingresos económicos y la presencia de litigios constituyen factores de riesgo para depresión. Varios investigadores han mostrado la inconsistencia de la literatura con respecto a la prevalencia de la depresión en el dolor crónico y que fluctuaría entre 10% y 100% (11).

## Prevalencia

Dworkin, usando la escala de depresión de LCI-90, encontró que la depresión se asociaba significativamente a pacientes con uno o más dolores corporales (5).

Magni, usando la CES-D, encontró que el 18,3% de los sujetos con dolor musculoesquelético sufría de depresión, en contraste con el 8,8% de la población que no tenía dolor (11).

Rajala en una población finlandesa encontró que el dolor musculoesquelético era más común en las personas depresivas que en las no depresivas y que muchos de los depresivos sufrían múltiples dolores (14).

En investigaciones efectuadas en el Hospital del Trabajador (Carvajal), en una muestra de 335 pacientes con dolor lumbar, encontramos una prevalencia de 14,3% de depresión mayor (3). En otra investigación (Rebolledo y cols.), en 389 pacientes con dolor lumbar subagudo se detectó una prevalencia de 8% de depresión mayor (16, 17).

Esta marcada variación depende de las diferencias entre estudios, la consideración de tipos y localización del dolor, los criterios diagnósticos para definir depresión y dolor crónico, las características de la muestra y la evaluación de la depresión.

La mayoría de los estudios en varios subgrupos de pacientes crónicos reportan una frecuencia que varía de 30%-60%, y cuando se trata de un episodio depresivo propiamente tal es reducido en 8%-50%.

Como hay una sobreposición sintomática en la depresión y el dolor crónico, por ejemplo, trastornos del sueño, fatigabilidad, disminución de peso, retardo motor y compromiso de las funciones sociales, son comunes los síntomas en ambos casos, lo que puede llevar a una sobreestimación de la depresión y contribuir a las inconsistencias de las tasas de prevalencia informadas, como se observa en la Figura 4.

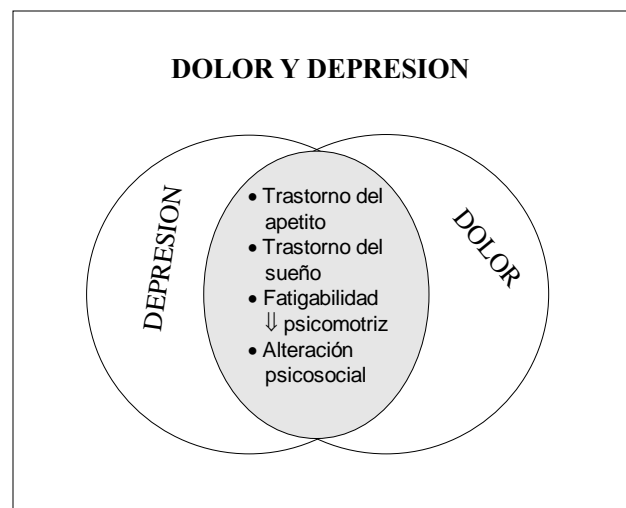


Figura 4.

Por otra parte, también es importante considerar que la respuesta de los pacientes en las pruebas y/o entrevistas puede distorsionar la prevalencia, ya que hay pacientes con tendencia a la negación de los problemas emocionales, lo que

podría subestimar la depresión en estos pacientes.

Sólo podemos concluir que los estudios confirman una estrecha relación entre dolor crónico y depresión.

## Etiología

Varias teorías intentan explicar por qué la depresión y el dolor frecuentemente coexisten. Se han propuesto tres modelos generales para conceptualizar la relación entre dolor y depresión.

Un primer modelo, descrito por Engel y modificado por Blumer y Heil Bronn, sugiere que el dolor crónico, en ausencia de patología orgánica demostrable, podría ser considerado como una variante de la enfermedad depresiva con características clínicas y psicológicas propias. Así, el dolor crónico sería visto como una depresión enmascarada. Para apoyar esta idea ellos señalan:

- a) No se encuentran generadores de dolor periférico en esos pacientes,
- b) depresión y dolor frecuentemente coexisten,
- c) síntomas vegetativos de la depresión son frecuentes, aun cuando los pacientes niegan el humor depresivo,
- d) los antidepresivos tratan exitosamente ambos trastornos,
- e) se aplica el concepto de trastorno de propensión al dolor (Pain Prone Disorder).

El trastorno de propensión al dolor se postula como un trastorno psicobiológico con un síndrome clínico característico y atributos psicodinámicos, biográficos, familiares y genéticos.

Los hechos clínicos incluyen:

- a) Quejas somáticas: dolor continuo de origen no definido, preocupación hipocondriaca y deseos de cirugía.
- b) Ciudadano sólido, firme: negación de conflictos, idealización de sí mismo y de las relaciones familiares. Adicto al trabajo, alexitimia (incapacidad para apreciar y verbalizar sentimientos).
- c) Depresión: anergia, fatiga, falta de iniciativa, anhedonia, insomnio, desesperanza.
- d) Historia: historia familiar y personal de depresión y alcoholismo, abuso, pacientes con historia de dolor o minusválidos, lisiados.

Si bien este modelo ha despertado interés, carece de apoyo empírico.

## MODELO NEUROFARMACOLOGICO

Este modelo propone considerar mecanismos neuroquímicos comunes subyacentes a ambos trastornos.

Algunas aminas biógenas, incluyendo serotonina, norepinefrina y dopamina, tendrían algún rol en la modulación del dolor en animales. Al mismo tiempo se ha postulado que anomalías en la función de aminas biógenas, particularmente norepinefrina y serotonina, tendrían un rol en el inicio y persistencia de la depresión. Una alteración compartida en la función noradrenérgica y/o serotoninérgica podría entonces enlazar dolor y depresión.

De la teoría de las aminas biógenas, la hipótesis serotoninérgica es la que presenta mayor apoyo. En la mayoría de los estudios en animales, cuando la función serotoninérgica del sistema nervioso central está disminuida, aumenta la sensibilidad dolorosa y disminuye la tolerancia al dolor.

En humanos hay evidencia de que en al menos un subgrupo de pacientes con depresión la función serotoninérgica está disminuida.

Con base en estos hallazgos, Sternbach y cols. postulan que el déficit de serotonina es subyacente a la depresión y al dolor. Para apoyar esta idea encontraron que los antidepresivos supuestamente serotoninérgicos, tales como clomipramina, son efectivos en tratar el dolor crónico con depresión.

## MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL

En este modelo la depresión ha sido explicada como una reacción secundaria esperada a una condición física crónica e incapacitante. De acuerdo a la teoría operante, la depresión ocurre en respuesta a la reducción de los refuerzos positivos de la conducta adaptativa. El dolor crónico conduce a la incapacidad, con aumento de las dificultades en la vida cotidiana; así el refuerzo positivo va disminuyendo.

Las correlaciones entre depresión y deterioro físico, depresión y pérdida del control de las situaciones vitales, depresión y pérdida de un trabajo remunerado, son más significativas que la correlación entre dolor y depresión. Así, es posible que sea el impacto del dolor y no la severidad en sí lo

que contribuye al desarrollo de síntomas depresivos.

Este modelo explica cómo el dolor conduce a la depresión, pero no el caso cuando la depresión precede al dolor, o cuando ocurren simultáneamente.

La teoría cognitiva sugiere que la depresión se desarrolla en forma secundaria a las distorsiones cognitivas, creencias negativas y actitudes y atribuciones disfuncionales.

Los estudios han demostrado diferencias entre las cogniciones de pacientes con dolor y depresión y sin depresión, pero aún la naturaleza y el rol de estas distorsiones cognitivas permanecen poco definidos.

En resumen: podemos observar que diferentes mecanismos biológicos, psicológicos y sociales pueden conducir a la existencia de dolor y depresión. La investigación actual concluye que no hay una entidad única, con una etiología común que considere al dolor y la depresión.

## EVALUACION

Debido a que el dolor es una experiencia individual subjetiva y difícil de comunicar se ha considerado necesario desarrollar estrategias e instrumentos que permitan la medición de aspectos tales como la percepción subjetiva del dolor, la forma en que el paciente responde a este dolor y los factores emocionales y de personalidad asociados (15).

La evaluación psiquiátrica y psicológica incorpora seis aspectos:

1. Entrevista clínica dirigida cuyo objetivo es evaluar el impacto que ha tenido el dolor en la vida del paciente. Se investiga la historia individual del dolor y se aplica en forma complementaria la escala visual análoga y el dibujo del dolor.
2. Evaluación psicopatológica: orientada a evaluar la sintomatología emocional asociada al cuadro de dolor. Se aplican instrumentos de autoevaluación, como el cuestionario de salud de Goldberg y el test de Beck de depresión.
3. Evaluación de personalidad: se efectúa desde el punto de vista clínico y está orientada a detectar estilos personales en el enfrentamiento del dolor. A pesar de muchas investigaciones no se ha logrado identificar un estilo único de personalidad que caracterice al paciente con dolor prolongado. Si hay poca

claridad se administran tests psicológicos, como el Rorschach o el Edwards.

4. Evaluación de la conducta de enfermedad: este aspecto se refiere a la forma en que el paciente se comporta y enfrenta su enfermedad. En la conducta normal de enfermedad, el tipo de rol de enfermo adoptado por el paciente es proporcional a la evaluación objetiva del médico y congruente con el rol del enfermo esperado.

En la conducta anormal de enfermedad hay un comportamiento desajustado y desproporcionado con la evaluación médico-objetiva de la patología. Así, el paciente rechaza la visión médica, persistiendo en su rol de enfermo, aun cuando la evaluación médica sea negativa.

Aspectos clínicos a considerar en la entrevista:

- La forma en que el paciente entrega la información
- Signología durante el examen (signos no orgánicos, posturas bizarras, alteraciones de la marcha)
- Actitud hacia el equipo tratante (oposicionismo, resistencia al tratamiento, hostilidad, litigancia y actitud pasivo-agresiva)
- Conceptos que el paciente maneja acerca de su enfermedad (creencias populares y pensamiento mágico)
- Instrumentos de evaluación complementarios son la escala visual análoga de categorías numéricas y el dibujo del dolor.

5. Evaluación de factores psicosociales  
Las siguientes áreas deben ser consideradas: estresores familiares: dificultades conyugales, enfermedades paralelas de algún miembro de la familia o muerte.  
El estilo de interacción entre paciente y medio social juega un rol determinante en reforzar y mantener conductas de enfermedad inapropiadas e invalidez.  
Estresores sociolaborales: se explora situación económica, desempeño y satisfacción laboral, relaciones interpersonales en el trabajo, red de apoyo social.  
Se ha observado que pacientes con mayor edad, desempleados y con situación de compensación y litigio pendiente tienden a presentar evoluciones tórpidas.

6. Evaluación de la relación médico-paciente (desde perspectiva del paciente).

La relación médico-paciente involucra la búsqueda de ayuda por parte del paciente y la entrega de cuidado competente por parte del médico, generando una interacción que influirá en el resultado del tratamiento. Se consideran elementos como: nivel de información acerca de la enfermedad obtenido del médico, claridad diagnóstica, terapéutica y pronóstica. Nivel de confianza y credibilidad hacia el médico. Estabilidad de la atención médica (un médico tratante).

## ESTRATEGIAS DE MANEJO GENERAL

Es importante destacar que estos pacientes que pueden presentar un trastorno psiquiátrico y que acuden al médico por dolor, tienden a resistirse al tratamiento adecuado debido a que ellos consideran que su enfermedad es física y no mental.

El buen manejo facilitará la aceptación del tratamiento, incluida la derivación a psiquiatra.

1. **Identificar dificultades psicosociales:** al tomar la historia el médico debiera pesquisar problemas psicosociales y eventos vitales significativos, señalando al paciente lo que ha notado y la importancia de estos hallazgos.
2. **Información:** entrega de información clara en relación con los hallazgos del examen físico y de laboratorio, evitando comentarios ambiguos.
3. **Tiempo:** el factor tiempo a menudo es asociado a una justificación para evitar discutir y explorar temas psicosociales. El dar mayor tiempo en una cita es preferible a ver al paciente en forma breve y más frecuente.
4. **Derivación:** el médico debe ser capaz de explicar que no hay nada más que hacer físicamente y que deben ser tratados los problemas psicológicos asociados. Se debe ser honesto y evitar subterfugios, ya que esto puede resultar en que el paciente se sienta engañado y existan menos posibilidades de confiar en su médico y aceptar tratamientos posteriores.
5. **Consistencia:** no tratar lo que los pacientes no tienen. Si al paciente se le informa que los hallazgos físicos son normales, puede apare-

cer contradictorio si se le ofrece un tratamiento médico.

6. **Credibilidad:** Aceptar la "realidad" del dolor, evitando indicarle explícita o implícitamente que el dolor es "imaginario".

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4, Washington, DC, 1994, American Psychiatric Association.
2. Arnstein P, Caudill M, Mandel CL, Norris A, Beasley R. Self efficacy as a mediator of the relationship between pain intensity, disability and depression in chronic pain patients. *Pain* 1999; 80 (3):483-91.
3. Carvajal C, Rebolledo P, Trucco M, Oyarzo F. Síndrome de dolor lumbar y depresión. *Rev Chil Neuro-psiquiat* 1991; 29:114-18.
4. Catchlove RF y Braha RE. Test to measure the awareness and expression of anger. *Psychother Psychosom* 1985; 43 (3):113-9.
5. Dworkin S, Von Korff M, Le Resche L. Multiple Pains and Psychiatric Disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47:239-44.
6. Fernández E y Turk DC. The scope and significance of anger in the experience of chronic. *Pain* 1995; 61(2):165-175.
7. Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Chronic pain-associated depression antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clin J Pain* 1997; 13(2):116-37.
8. Fordyce WE, Shelton JL, Dundore DE. The modification of avoidance learning in pain behaviors. *J Behav Med* 1982; 5:405-414.
9. Gallagher RM y Verma S. Managing pain and comorbid depression: A public health challenge. *Semin Clin Neuropsychiatry* 1999; 4(3):203-20.
10. IASP Subcommittee on Taxonomy: Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain* 1979; 6(3):249-52.
11. Magni G, Marchetti M, Moreschi C, Rigatti-Luchini S, Merskey H. Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the national health and nutrition examination. *Epidemiologic follow-up survey. Pain* 1993; 53:163-68.
12. McCracken LM, Faber SD, Janeck AS. Pain-related anxiety predicts non-specific physical complaints in persons with chronic pain. *Behav Res Ther* 1998; 36(6):621-30.
13. Okifuji A, Turk DC, Curran SL. Anger in chronic pain: investigations of anger targets and intensity. *Psychosom Res* 1999; 47(1):1-12.
14. Rajala U, Keinänen-Kiukaanniemi S, Uusimäki A, Kivela SL. Musculoskeletal Pains and Depression in a middle-aged Finnish Population. *Pain* 1995; 61(3):451-7.
15. Rebolledo P y González M. Síndrome de dolor lumbar crónico: aspectos psiquiátricos y psicológicos. *Temas de salud mental ACHS* 1994; 91-112.
16. Rebolledo P, González M, Soto M, Galilea E, Carbonel CG. Síndrome de dolor lumbar: Programa psiquiátrico contribuye a recuperación de pacientes. *Boletín Científico ACHS* 1999; 1:60-62.
17. Rebolledo P, González M, Soto M, Galilea E, Carbonel CG. Factores psicosociales en pacientes con dolor lumbar accidentados de trabajo. *Boletín Científico ACHS* 1999; 1:63-65.
18. Simon GE, Von Korff M, Piccinelli M, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptom and depression. *N Engl J Med* 1999; 341(18):1329-35.
19. Sternbach RA. *Pain patients: traits and treatment.* New York: Academic Press, 1974.
20. Strahl C, Kleinknecht RA, Dinnel DL. The role of pain anxiety, coping, and pain self-efficacy in rheumatoid arthritis patient functioning. *Behav Res Ther* 2000; 38(9):863-73.
21. Vlaeyen J y Linton S. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* 2000; 85(3):317-332.