
Modelo de Miedo-Evitación del Dolor: evolución y nuevas propuestas

Fear-avoidance model in pain: evolution and future horizons.

R. Esteve y C. Ramírez-Maestre

Facultad de Psicología, Universidad de Málaga, España.

RESUMEN

Prácticamente todas las personas han sufrido alguna vez un episodio de dolor agudo a lo largo de su vida, pero sólo una minoría acaba padeciendo dolor crónico. Actualmente existe un reconocimiento unánime de que el tránsito del dolor agudo al dolor crónico se explica por la interacción entre las condiciones fisiopatológicas del trastorno y un conjunto de factores psicosociales. Desde el año 2000 gran parte de la investigación en este campo se ha realizado en torno al Modelo de Miedo-Evitación del Dolor, cuya evolución y horizontes futuros se analizan en este artículo.

Palabras clave: dolor, miedo, confrontación, evitación. Ansiedad.

ABSTRACT

All people have ever suffered an episode of acute pain throughout his life, but only a minority ends up suffering chronic pain. Currently there is a unanimous recognition that the transition from acute pain to chronic pain is explained by the interaction between the pathophysiological conditions of disorder and a set of psychosocial factors. Since 2000, much of the research in this field has been carried around the Fear-Avoidance Model of Pain, whose evolution and future horizons are analyzed in this article.

Key words: pain, fear, coping, avoidance, anxiety.

El Modelo de Miedo-avoidancia del dolor: propuesta inicial y evolución

Los trabajos pioneros de Fordyce (1976) abrieron el camino a los modelos teóricos que actualmente explican el proceso por el que el dolor se hace crónico. De acuerdo con su propuesta, el dolor se perpetuaría a través del condicionamiento operante: después de producirse una lesión, el comportamiento de evitación del movimiento se vería reforzado por el alivio inmediato del dolor. En algunos individuos, el comportamiento de evitación primero se mantiene por contingencias de reforzamiento negativas (el alivio del dolor) y posteriormente éstas son sustituidas por otras positivas (atención del prójimo) y negativas (disminución de responsabilidades laborales y familiares). Unos años más tarde, Linton, Melin y Götestam (1984) propusieron un modelo que incluía elementos de condicionamiento clásico y operante. El condicionamiento clásico explicaría cómo situaciones y actividades neutras se asocian con el dolor y elicitan respuestas de activación simpática y miedo; como en el modelo anterior, las conductas de evitación se consolidarían a través de condicionamiento operante pues la persona aprendería que evitando esas situaciones se reducen el dolor y el miedo.

Lethem, Slade, Troup y Bentley (1983) son los primeros en utilizar los términos “miedo-avoidancia” para denominar a su modelo. Postulan que existiría un continuo entre la confrontación y la evitación en el que se sitúa todo individuo que padece dolor. La confrontación sería un modo de comportamiento adaptativo, pues mantendría el equilibrio entre la sensación del dolor y las conductas de dolor. En contraste, la evitación sería una respuesta desadaptativa, puesto que el individuo no realizará actividades que requieran esfuerzo físico por miedo a sentir dolor o a empeorarlo. Cuando ello se va generalizando, tiene como consecuencia la disminución de los niveles diarios de actividad, lo cual a medio plazo llevaría a la discapacidad funcional que afectaría negativamente al estado de ánimo.

Varios autores, en continuidad con estas propuestas pioneras, formulan los que se consideran modelos contemporáneos de miedo-avoidancia del dolor (Asmunson, Norton y Norton, 1999; McCracken, Zayfert y Gross, 1992; Vlaeyen, Kole-Snijders, Boeren y vanEek, 1995; Waddell, Newton, Henderson, Sommerville y Main, 1993). En un artículo en que el que revisan el estado de la cuestión, Vlaeyen y Linton (2000) sintetizan las ideas de estos investigadores en un modelo teórico que postula que:

1. Cuando una persona experimenta dolor (agudo) realiza una valoración respecto a su significado.
2. La mayoría de las personas valoran el dolor como una experiencia desagradable, pero no le atribuyen un significado altamente amenazante, ni consideran que vaya a tener graves consecuencias. En este caso, el individuo, tras un periodo razonable de reposo, poco a poco va aumentando su nivel de actividad (confrontación) hasta que se cura (recuperación).
3. Una minoría de individuos le dan a la experiencia de dolor un significado catastrófico. A su vez, según los creadores del modelo, la valoración catastrofista se asocia con rasgos de personalidad relativamente estables como el afecto negativo (neuroticismo). Esta valoración provocará el miedo al dolor y las consiguientes conductas de evitación. Por tanto, en esta propuesta, el pensamiento catastrofista es un prerrequisito y un factor elemental en la adquisición de los comportamientos de evitación. El miedo al dolor en el modelo se conceptualiza como las creencias de que el movimiento y la actividad empeorarán el dolor o harán que se produzca una nueva lesión.

Para que la evitación sea más efectiva va acompañada de conductas de hipervigilancia: el individuo continuamente intenta detectar cualquier situación o estímulo que pudiera provocar dolor. Además, la consecuencia natural de la hipervigilancia corporal es que se “amplifican” las señales somato-sensoriales, con lo que el estado de alerta se mantiene, fomentando a su vez el miedo (Peters, Vlaeyen y Kuneen, 2002).

Debido a que los comportamientos de evitación ocurren en anticipación del dolor, más que como una respuesta al mismo, dichos comportamientos se mantendrán, ya que el individuo tiene pocas oportunidades de corregir sus expectativas y creencias de que el dolor es una señal de amenaza a la integridad física. Como ya señalaban Lethem et al. (1983) el que la evitación de las actividades diarias se mantenga durante mucho tiempo tiene un impacto perjudicial sobre el sistema cardiovascular y musculoesquelético, y conduce a un “síndrome de desuso”, que puede agravar el problema de dolor. Más aún, la evitación significa también la retirada de reforzadores sociales, que puede asociarse con alteraciones del estado de ánimo como irritabilidad y depresión (Council, Ahern, Follick y Kline, 1988; Philips 1987).

Por tanto, desde el Modelo de Miedo-Evitación (Vlaeyen y Linton, 2000), los pacientes pueden entrar en un círculo vicioso caracterizado por pensamientos catastrofistas, conductas de evitación e incapacidad física o, por el contrario, pueden recuperarse de forma satisfactoria si no entran en ese círculo de perpetuación promovido por el miedo al dolor (Asmundson

et al., 1999; Crombez, Vervaeke, Lysens, Baeyens y Eelen, 1998). En la Figura 1 se recoge una representación esquemática de este modelo.

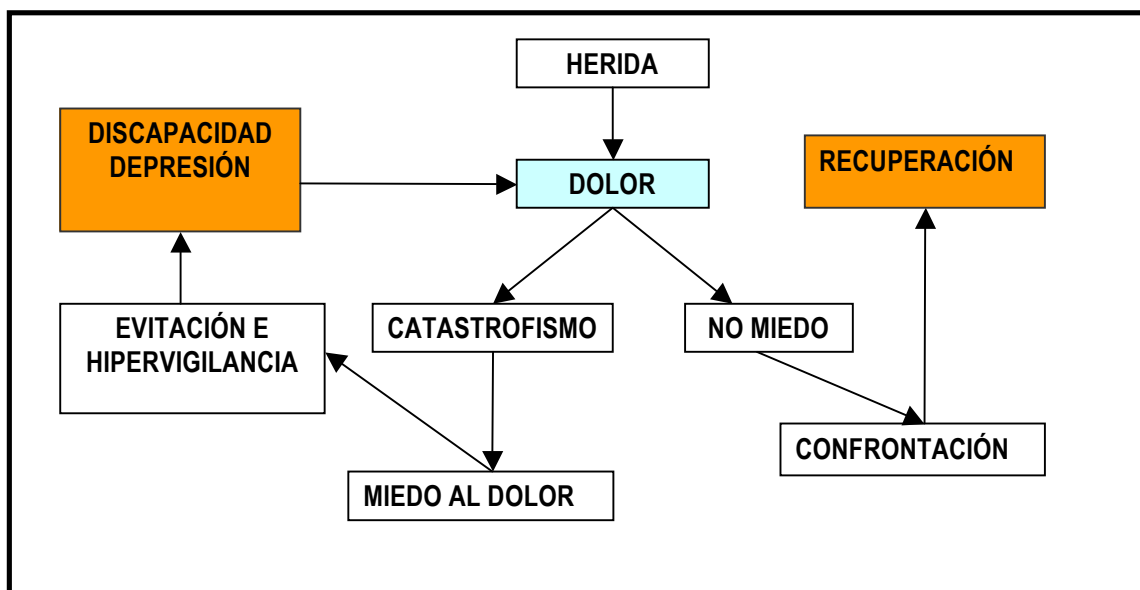


Figura 1. Modelo de Miedo-Evitación (Vlaeyen Linton, 2000).

Turk (2002) propuso la que se considera que es la primera elaboración de la formulación de Vlaeyen y Linton (2000) del Modelo de Miedo-Evitación: el Modelo de Diátesis-Estrés del dolor crónico y la discapacidad. Según esta propuesta, un trauma real o percibido y la sensibilidad a la ansiedad influirían en el catastrofismo y el miedo al dolor, los cuales, a su vez, influirán directamente en los comportamientos de escape-evitación y, a través de los comportamientos de miedo-evitación, influirán en la discapacidad funcional. Se sugiere también que la discapacidad, a su vez, influirá directamente en el miedo al dolor, el catastrofismo y la auto-eficacia (la auto-eficacia influye en el catastrofismo y los comportamientos de escape-evitación).

En 2003 Norton y Asmundson (2003) especificaron los componentes cognitivos, conductuales y fisiológicos del miedo al dolor y, entre los factores disposicionales, incluyeron la sensibilidad a la ansiedad. Un año después, se proponen de nuevo modificaciones que dan lugar al Modelo de Miedo-Ansiedad-Evitación al Dolor (Asmundson, Norton y Vlaeyen, 2004). El cambio fundamental que se introduce es la diferenciación entre miedo y ansiedad ante el dolor. Los autores parten de la distinción entre ambos conceptos, el miedo como una reacción emocional ante una amenaza específica, identificable e inmediata y asociada a respuestas de lucha y huida; mientras que la ansiedad sería un estado afectivo dirigido al futuro y en el que el origen de la amenaza es más elusivo; asociándose a respuestas preventivas, especialmente a los comportamientos de evitación y

a la hipervigilancia. Partiendo de estas consideraciones, modifican el anterior modelo eliminando el nexo entre miedo al dolor y conductas de evitación. Así, el catastrofismo provocaría miedo al dolor y la experiencia repetida del miedo llevaría al paciente a desarrollar ansiedad ante el dolor y sería la ansiedad la que conduciría a respuestas de evitación.

Desde sus primeras formulaciones el Modelo de Miedo-Evitación al Dolor ha generado numerosos estudios, como reflejan las revisiones de Vlaeyen y Linton (2000) y de Leeuw, Goossens, Linton, Crombez, Boersma y Vlaeyen (2007a). La mayoría de estos trabajos, de naturaleza correlacional, proporcionan abundante evidencia de que el miedo al dolor se asocia con una disminución de las actividades y con un estado de malestar general (Asmundson et al., 1999; Crombez et al., 1998; Crombez, Vlaeyen, Heuts, y Lysens, 1999; Eccleston y Crombez, 1999; Linton, 2005; McCracken y Samuel, 2007; Vangronsveld, Peters, Goossens, Linton y Vlaeyen, 2007; Vangronsveld, Peters, Vlaeyen, 2008).

Críticas y nuevas propuestas

Creencias de miedo-evitación y psicopatología

El Modelo de Miedo-Evitación al Dolor (Vlaeyen y Linton, 2000) y el Modelo de Miedo-Ansiedad-Evitación al Dolor (Asmundson et al., 2004) consideran que el miedo al dolor es un factor de riesgo que predice a medio y largo plazo el grado de deterioro que el dolor provoca en la vida de las personas que lo padecen. Por tanto, los estudios prospectivos son los que pueden proporcionar una evidencia más sólida respecto al valor del miedo al dolor como factor de riesgo. Pincus y su equipo han realizado dos revisiones de los estudios prospectivos que han incluido el miedo al dolor como predictor de la adaptación (Pincus, Burton, Vogel y Field, 2002; Pincus, Vogel, Burton, Santos y Field, 2006). Ambas revisiones se limitaron al dolor lumbar y, tras un riguroso proceso de análisis, seleccionaron sólo aquellos estudios que cumplieran con unos mínimos criterios de calidad metodológica. De la primera revisión, que recoge estudios publicados hasta 1999, se puede concluir que el afecto negativo, sobre todo la depresión en el momento de los primeros episodios de dolor agudo, es un factor de riesgo importante que predice que el dolor llegue a hacerse crónico. Sin embargo, los resultados de estos trabajos no brindan apoyo al papel del catastrofismo ni, curiosamente, al del miedo al dolor. La segunda revisión, de estudios publicados entre 2001 y 2006, apunta en la misma dirección; de los nueve estudios seleccionados:

-Tres estudios (uno de ellos con una metodología excelente) no encuentran relación entre las medidas de miedo en la línea base y un pronóstico peor ni a corto (3 meses) ni a largo plazo (12 meses).

-Tres estudios con una metodología aceptable encuentran una evidencia débil de tal nexo.

-Un único estudio con una metodología aceptable encuentra un nexo claro entre miedo al movimiento y dolor a largo plazo.

Por tanto, a pesar de la importancia que los modelos teóricos le dan al miedo al dolor en los primeros estadios del proceso de cronificación, y de que los estudios correlacionales apoyan esta relación, de los estudios prospectivos en pacientes con dolor lumbar se puede concluir que existe escasa evidencia a favor de que el miedo al dolor sea un factor que se asocie con un peor pronóstico a corto o medio plazo. Más bien parece que el miedo influye en la adaptación cuando el dolor es ya persistente.

Para comprender estos resultados contradictorios es necesario, en primer lugar aclarar qué se está entendiendo por “miedo al dolor” y, más específicamente, cómo conceptualizan el miedo al dolor los distintos instrumentos de medida (Pincus, Smeets, Simmonds y Sullivan, 2010; Wideman et al., 2013). Como han puesto de manifiesto sendos estudios en los que se comparan los distintos instrumentos que evalúan el “miedo al dolor” (Lundberg, Grimby-Ekman, Verbunt y Simmonds, 2011; McCracken, Gross, Aikens y Carnrike, 1996) existe una gran variabilidad entre ellos: así, mientras que “La Escala de síntomas de ansiedad relacionados con el dolor” (Roelofs, McCracken, Peters, Crombez, Van Breukelen y Vlaeyen, 2004) sí puede considerarse un instrumento adecuado para medir el miedo al dolor (Lundberg et al., 2011), el “Cuestionario de Creencias de Miedo-Evitación” (Waddell et al., 1993) y la “Escala Tampa de Kinesiofobia” (Kori, Miller y Todd, 1990) más que evaluar miedo al dolor, evalúan creencias respecto a la relación entre la actividad física, el trabajo, el movimiento y el dolor, sin que se incluyan ítems relativos a afecto negativo o malestar. Como han señalado algunos autores (Crombez, Eccleston, Van Damme, Vlaeyen y Karoly, 2012; Pincus et al., 2010) estas creencias no son necesariamente patológicas, sino que están muy arraigadas en la sociedad e incluso, entre los profesionales sanitarios (Bishop, Foster, Thomas y Hay, 2008) y, por sí mismas, sin que esté presente el “miedo al dolor”, podrían llevar a la discapacidad (Pincus et al., 2010). En esta misma línea Crombez et al. (2012) proponen que la investigación de la evitación asociada con el dolor se aleje de un modelo fóbico psicopatológico:

“En vez de asumir que el dolor crónico es una situación normal en la que los pacientes responden de una forma anormal (como ocurre frecuentemente en la psicopatología), asumiremos como punto de partida que el dolor crónico es una situación normal en la que muchas personas responden de una manera normativa y culturalmente aceptada” (p. 477).

El papel de las diferencias individuales: factores de vulnerabilidad y de protección.

Vulnerabilidad. Otra cuestión en la que los modelos de Miedo-Evitación (Vlaeyen y Linton, 2000) y de Miedo-Ansiedad-Evitación (Asmundson et al., 2004) no profundizan es el papel de las diferencias individuales: ¿por qué algunas personas responden persistentemente con miedo y evitación ante el dolor y otras no? Inicialmente en el modelo se aludía vagamente al neuroticismo como un factor de vulnerabilidad respecto al catastrofismo: cuanto mayor el nivel de neuroticismo, mayor sería la probabilidad de que el individuo valorase el dolor como una amenaza; los resultados de dos estudios apuntan en esta dirección (Gheldof, Vinck, Vlaeyen, Hidding y Crombez, 2005; Goubert, Crombez y Van Damme, 2004). Como ya se ha mencionado, en 2003 Norton y Asmundson incluyeron en el Modelo de Miedo-Evitación un nuevo factor disposicional, un constructo muy relacionado con el neuroticismo: la sensibilidad a la ansiedad, que se define como el miedo a las sensaciones corporales relacionadas con la ansiedad (Reiss y McNally, 1985). Algunos estudios pioneros mostraron que la sensibilidad a la ansiedad favorecía el desarrollo de miedo al dolor e indirectamente, de las conductas de evitación (Asmundson y Norton, 1995; Asmundson et al., 1999; Asmundson y Taylor, 1996; Plehn, Peterson y Williams, 1998) y un reciente meta-análisis brinda apoyo a esta relación (Ocañez, McHugh y Otto, 2010).

Algunos autores van más allá y proponen el “*AS approach*” según el cual el miedo al dolor sería una manifestación de un miedo más básico: el miedo a los síntomas de ansiedad (Norton y Asmundson, 2003). Esta propuesta supone una revolución en el Modelo de Miedo-Ansiedad-Evitación que establece que el miedo estaría ligado específicamente a estímulos y situaciones relacionados con el dolor; el “*AS approach*” postula que las personas con un nivel elevado de sensibilidad a la ansiedad tendrán miedo de los estímulos que provocan ansiedad más que de los estímulos asociados con el dolor. Desde esta perspectiva, el miedo al dolor sería un miedo más entre muchos otros miedos, de forma que, cuando se considera conjuntamente la influencia de la sensibilidad a la ansiedad y el miedo al dolor, sería la primera la que influiría significativamente en la experiencia de dolor; los resultados de Greenberg y Burns (2003), Stewart y Asmundson (2006) y Asmundson y Hadjistavropoulos (2007) brindan apoyo a esta propuesta. En otro trabajo reciente realizado en el seno de nuestro grupo de investigación (Álvarez y Esteve, 2009), en un grupo de personas en tratamiento por presentar un trastorno de dependencia, se comparó a quienes desarrollaron dolor crónico tras el periodo de abstinencia con aquellos en los que el dolor no persistió. El grupo con dolor presentaba puntuaciones significativamente más altas en sensibilidad a la ansiedad, evitación experiencial y depresión; no encontrándose diferencias

significativas en miedo al dolor. Un estudio transversal con pacientes aquejados de dolor de espalda encontró que la evitación experiencial y la sensibilidad a la ansiedad estaban asociadas independientemente con el miedo-evitación del dolor, aunque la asociación de la sensibilidad a la ansiedad era más elevada (Esteve, Ramírez-Maestre y López-Martínez, 2012). También, en un estudio experimental (Esteve y Camacho, 2008), las personas altas en sensibilidad a la ansiedad eran las que presentaban una mayor vigilancia corporal, más pensamientos catastrofistas y un tiempo de tolerancia del dolor más breve; además, es interesante destacar que el miedo al dolor, el neuroticismo y la ansiedad rasgo, utilizadas como covariables, no tenían una influencia significativa.

Protección. Por otro lado, el Modelo de Miedo-Evitación al Dolor se ha centrado en el estudio del círculo vicioso que hace que aumente el dolor y la discapacidad, pero no ha prestado especial atención, ni teórica ni empírica, a la “vía positiva” que llevaría a la recuperación (Crombez et al., 2012). Los resultados de investigaciones recientes señalan que muchos individuos con dolor crónico no presentan niveles significativos de catastrofismo, miedo o discapacidad. Mientras que el Modelo de Miedo-Evitación no proporciona explicación teórica a este hecho, los investigadores apuntan a la resiliencia como posible respuesta (Wideman et al., 2013). Estudios recientes señalan el valor de la resiliencia como un recurso del individuo que permitiría la adaptación del paciente con dolor crónico (Evers, Zautra y Thieme, 2011; Furlong, Zautra, Puente, López-López, y Barjola Valero 2010; Yeung, Arewasikporn y Zautra, 2012). Según Karoly y Ruhlman (2006), un paciente es resiliente si, experimentando un dolor severo, manifiesta un buen estado de ánimo y un bajo nivel de deterioro en su funcionamiento diario. Así, estos pacientes presentan un uso eficaz de las estrategias de afrontamiento, mejor funcionamiento diario y una menor utilización de los servicios de salud y la medicación (Smith y Zautra, 2008; Sturgeon y Zautra, 2010; Wright, Zautra y Going, 2008). Sin embargo, las investigaciones acerca de los efectos de la resiliencia en la adaptación de estos pacientes no son abundantes. Son varios los estudios empíricos recientes, realizados en el seno de nuestro grupo de investigación, que encuentran una relación consistente entre la resiliencia y la respuesta de confrontación ante el dolor (Ramírez-Maestre, Esteve y López, 2012a, Ruiz-Párraga, López-Martínez y Gómez-Pérez, 2012). Estos trabajos concluyen que altos niveles de resiliencia se relacionan con altos niveles de aceptación del dolor y un mayor uso de las estrategias activas de afrontamiento, conduciendo esto a la adaptación del paciente con dolor crónico.

Por otro lado, otro importante factor de protección en los pacientes con dolor es el optimismo disposicional. Son varias las investigaciones que muestran que el optimismo se asocia con una mejor adaptación a la

enfermedad y, en concreto, al dolor crónico (Rasmussen, Scheirer y Greenhouse, 2009). En el estudio del optimismo se ha subrayado que la ausencia de pesimismo no es equiparable a la presencia de optimismo (Carver, Scheier y Segerstrom, 2010). En esta línea, algunos estudios han mostrado que frente al afrontamiento evitativo e ineficaz de los pesimistas, los optimistas llevan a cabo una respuesta de confrontación que les conduce a mejores niveles de adaptación (Matusiewicz y Krzyszkowska, 2009; Ramírez-Maestre, Esteve y López, 2012b, Wright et al., 2011). Affleck y colaboradores (2001) concluyen que el optimismo disposicional impide que el paciente con dolor crónico se vea a sí mismo como una persona discapacitada. Además, numerosos estudios han mostrado que las personas optimistas persiguen sus metas con mayor tenacidad, especialmente cuando se enfrentan a dificultades (Carver y Scheirer, 1998). A la luz de diversos trabajos, se puede concluir que el optimismo se asocia con una mayor persistencia y que dicha persistencia está modulada por una mayor flexibilidad en la auto-regulación (Affleck et al. 2001; Duke, Leventhal, Brownlee y Leventhal, 2002; Rasmussen, et al. 2009). Así, algunos estudios postulan que el optimismo se relaciona con la mejor adaptación al dolor a través de mecanismos de auto-regulación (Solberg Nes, Carloson, Crofford, Leueuw y Segerstrom, 2011).

La secuencialidad de las relaciones predichas por el modelo

Otro aspecto crítico alude a las relaciones secuenciales específicas entre las variables incluidas en el modelo (Asmundson, Parkerson, Petter y Noel, 2012; Wideman et al., 2013). Si bien la mayoría de los estudios transversales brindan apoyo a las relaciones postuladas por el modelo original (Vlaeyen y Linton, 2000) o el modelo revisado (Norton y Asmundson, 2003), algunas investigaciones longitudinales han mostrado que las relaciones entre miedo al dolor, comportamientos de escape/evitación, intensidad del dolor y discapacidad son intrincadas y más complejas que las relaciones unidireccionales propuestas originalmente (Bergbom, Boersma y Linton, 2012; Sullivan et al., 2009; Wideman, Adams y Sullivan, 2009; Wideman y Sullivan, 2011).

La depresión como antecedente. Cada vez un mayor consenso respecto a que la depresión juega un papel importante en los primeros momentos de aparición del dolor. Los resultados de dos estudios prospectivos que no se incluyeron en la revisión de Pincus et al. (2006) por tratarse de pacientes con dolor de espalda, apuntan en esta misma dirección: si bien en algunos pacientes el miedo al dolor por sí solo era capaz de predecir la adaptación, en otros pacientes el nivel de depresión por sí solo era un factor de pronóstico importante; además, el nexo entre miedo al movimiento y el nivel de funcionamiento no se encontraba en pacientes

que llevaban padeciendo dolor menos de un año (Boersma y Linton, 2005, 2006). No obstante, otras revisiones que no siguen unos criterios tan exigentes en la selección de estudios como los de Pincus et al. (2002, 2006) llegan a la conclusión de que el miedo al dolor y las creencias de miedo-evitación relacionadas con el trabajo predicen el grado de discapacidad a largo plazo (Leeuw et al., 2007a).

La constatación del importante papel de la depresión como factor de pronóstico en los primeros estadios del proceso de cronificación lleva a Pincus et al. (2006) a proponer modificaciones al Modelo de Miedo-Ansiedad-Evitación del Dolor (Asmunson et al., 2004). Los autores postulan una nueva vía que llevaría a la cronificación, aparte de la propuesta por el modelo; concretamente, señalan que es posible que una minoría de pacientes con dolor lumbar tenga una depresión en el momento de aparición del episodio de dolor agudo (no necesariamente como una respuesta al dolor, sino como un problema de salud coexistente) y que este afecto negativo impida la recuperación a medio y largo plazo llevando a la discapacidad funcional bien independientemente bien a través de la interacción con las variables tradicionales de miedo-evitación. Los resultados de algunos estudios apoyan esta propuesta (Burton, McClune, Clarke y Main, 2004; Dionne, 2005; Sieben et al., 2005).

La intensidad del dolor como antecedente. El modelo teórico, en ninguna de sus formulaciones, le ha dado especial importancia a la intensidad del dolor. Sin embargo, no se debe olvidar que el dolor, en sí mismo, es una experiencia amenazante que provoca escape y evitación. Varios estudios muestran que la intensidad del dolor en sus primeros estadios es un importante predictor de la discapacidad (Boersma y Linton, 2005; Gheldof et al., 2006; Schiøttz-Christensen, Lauge-Nielsen, Kjaer-Hansen, Schødt, Toft-Sørensen y Olesen, 1999; Sieben et al., 2005; Sullivan et al., 2009; Wideman et al., 2009). Otros estudios longitudinales encuentran una asociación más bien modesta (Kamper, Maher, Menezes Costa, McAuley, Hush y Sterling, 2012) o no encuentran asociación (Kovacs, Abaira, Zamora, Fernández y the Spanish Back Pain Research Network, 2005) entre la intensidad inicial de dolor y la discapacidad subsecuente. Epping-Jordan et al. (1998) encontraron que, en el tránsito del dolor agudo a crónico, la discapacidad funcional inicial jugaba un papel más importante que la intensidad del dolor. Por tanto, parece relevante continuar investigando cuál es la relación entre intensidad del dolor y discapacidad.

La hipervigilancia como consecuencia del miedo al dolor. La introducción de la sensibilidad a la ansiedad en el Modelo de Miedo-Evitación también cuestiona el lugar que debe ocupar la hipervigilancia en el modelo. En el Modelo de Miedo-Evitación en su formulación del 2000

(Vlaeyen y Linton, 2000), la hipervigilancia era producida por el miedo al dolor; en el Modelo de Miedo-Ansiedad-Evitación, la hipervigilancia se considera el componente cognitivo de la ansiedad ante el dolor. Sin embargo, existen evidencias de que la sensibilidad a la ansiedad, por sí misma, está relacionada con la vigilancia corporal. Reiss, Peterson, Gursky y McNally (1986) fueron los primeros en señalar que uno de los elementos del constructo Sensibilidad a la Ansiedad era la “auto-monitorización hipervigilante” de las sensaciones físicas internas. Chapman (1978), autor pionero en la introducción del concepto de hipervigilancia en el estudio del dolor, ya señalaba que los individuos que evalúan como peligrosas las sensaciones corporales están continuamente pendientes de su cuerpo para poder detectar cualquier cambio. Esteve y Camacho (2008), en un trabajo ya citado, realizaron dos estudios experimentales con participantes sanos que apoyan este punto de vista: las personas con una sensibilidad a la ansiedad alta eran quienes mostraban una mayor vigilancia corporal, operacionalizada como el tiempo de detección de una estimulación eléctrica inocua de muy baja intensidad.

Sin embargo, contamos con otros estudios que muestran que la hipervigilancia es una consecuencia del catastrofismo (Crombez, Eccleston, Van den Broeck, y Goubert, 2002; Crombez, Eccleston, Van den Broeck, Goubert y Van Houdenhove, 2004; Vancleef y Peters, 2006). En esta línea, Roelofs, Peters, McCracken y Vlaeyen (2003) encontraron que la hipervigilancia, evaluada con una medida de auto-informe, mostraba una fuerte asociación con el catastrofismo y el miedo al dolor. Igualmente, Goubert et al. (2004), en una muestra de pacientes con dolor crónico, encontraron que la vigilancia al dolor dependía del catastrofismo y del miedo al dolor. Y Crombez et al. (2004) recuerdan que el catastrofismo, en virtud del componente de rumiación, al igual que la hipervigilancia, dirige la atención hacia el dolor. En este sentido, son interesantes los resultados de algunos estudios que muestran que las personas con un elevado catastrofismo no pueden desviar la atención de los estímulos dolorosos, no pueden “desengancharse” de ellos (Van Damme, Crombez y Eccleston, 2004). Recapitulando, aunque el Modelo de Miedo al Dolor (Vlaeyen y Linton, 2000) considera que la hipervigilancia es producto del miedo al dolor y que media la relación entre éste y la discapacidad, es escasa la evidencia que apoya este postulado (Crombez, Van Damme y Eccleston, 2005). Como se ha señalado, algunos estudios proponen que la hipervigilancia es fruto de la sensibilidad a la ansiedad y otras investigaciones que está determinada por el catastrofismo. En cualquier caso, parece que el miedo al dolor y la hipervigilancia influyen independientemente en la experiencia de dolor (Arntz y Claassens, 2004; Roelofs, Peters, Patijn, Schouten y Vlaeyen, 2004).

El catastrofismo como desencadenante del proceso. Otro aspecto controvertido del modelo inicial se refiere al papel del catastrofismo. Como ya se ha subrayado, tanto en el Modelo de Miedo-Evitación (Vlaeyen y Linton, 2000) como en el Modelo de Miedo-Ansiedad-Evitación (Asmundson et al., 2004), las valoraciones catastrofistas de la experiencia de dolor serían el prerrequisito fundamental para la adquisición de los comportamientos de evitación. Sin embargo, Goubert, Crombez y Peters (2004) no apoyan este postulado y proponen modificaciones a los modelos anteriores en las que el catastrofismo pierde protagonismo y se incluye como un factor más que potenciaría el carácter aversivo de la experiencia de dolor junto con otros factores como las creencias, las expectativas y los estados emocionales. Woby, Watson, Roach y Urmston (2004), en pacientes con dolor de espalda, encontraron que el catastrofismo y las creencias de miedo-evitación respecto al trabajo y la actividad física se asociaron con el grado de discapacidad; sin embargo, cuando se examinó la utilidad predictiva relativa de cada uno de esos factores por separado, sólo el miedo-evitación sobre la actividad física mantuvo una relación significativa con la incapacidad que manifestaban los pacientes. Por otro lado, un trabajo prospectivo reciente (Leeuw, Houben, Severeijns, Picavent, Schouten y Vlaeyen, 2007b) y un estudio que utiliza análisis causales (Cook, Brawer y Vowles, 2006) indican que el catastrofismo sí se puede considerar como un precursor del miedo al dolor. Sin embargo, dos estudios recientes que utilizan un diseño prospectivo secuencial no encuentran que los cambios en catastrofismo precedan a los cambios en miedo al dolor o que los cambios en miedo al dolor precedan a los cambios en depresión (Bergbom, Boersma y Linton, 2012; Wideman et al., 2009). En la misma línea y en contra de las relaciones postuladas por el Modelo de Miedo-Evitación, dos estudios longitudinales muestran que el catastrofismo influía directamente sobre la intensidad del dolor independientemente del miedo al dolor (Sullivan et al., 2009; Wideman y Sullivan, 2011).

De acuerdo con la evidencia disponible es indudable que el catastrofismo y el miedo-ansiedad relacionados con el dolor son dos constructos asociados, e incluso, según algunos, con cierto grado de solapamiento (McCracken y Gross, 1993; Turner y Aaron, 2001, Monce, Keogh y Eccleston, 2010); sin embargo, queda aún por determinar cuál es la naturaleza de esta relación.

El síndrome de desuso. Como ya se ha comentado, según el Modelo de Miedo-Evitación, la percepción del dolor como una amenaza generaría miedo al movimiento. Esto provocaría que el paciente con dolor crónico abandone las actividades físicas que se realizan en la vida diaria (“síndrome de desuso”), produciéndose el síndrome de desacondicionamiento físico por inmovilidad prolongada o pérdida de la forma física (*physical deconditioning*). Como consecuencia, se perpetuaría el dolor y aparecería

la discapacidad (Vlaeyen y Linton, 2000). Sin embargo, la bibliografía empírica no es concluyente al respecto (Bousema, Verbunt, Seelen, Vlaeyen y Knottnerus, 2007; Verbunt, Smeets y Wittink, 2010). Verbunt y colaboradores (2010), definen un buen estado de forma física como aquél que permite llevar a cabo las tareas diarias con vigor y atención, sin fatiga excesiva y con energía suficiente para participar en actividades de ocio y para poder realizar esfuerzos físicos extraordinarios en situaciones de emergencia. Los autores proponen que para conocer el estado de forma física de los individuos con dolor crónico de espalda hay que compararlos con un grupo de población sana de la misma edad que los pacientes. Algunas investigaciones señalan que los pacientes con dolor de espalda son menos activos y tienen una peor forma física que las personas sanas (Smeets, Wittink, Hidding y Knottnerus, 2006) mientras que otras no hallan diferencias (Witkin, Hoskins, Wagner, Sukiennik y Rogers, 2000). Por otro lado, son varios los investigadores que cuestionan que la inactividad física sea la que perpetúa el dolor de espalda (Verbunt, Seelen, Vlaeyen, van de Heijden, Heuts, Pons y Knotterus, 2003). Aunque numerosas investigaciones apoyan la influencia del miedo al dolor en la discapacidad, los estudios acerca del efecto negativo del miedo sobre el funcionamiento diario de los pacientes con dolor de espalda inespecífico no convergen (Bousema et al., 2007; Smeets y Wittink, 2007). En esta línea, Bousema y colaboradores (2007) llevaron a cabo un estudio prospectivo del funcionamiento diario de pacientes con dolor de espalda desde la fase subaguda hasta pasado un año de la aparición del dolor. Los resultados indicaron que se dio un aumento del funcionamiento diario de los pacientes, tanto de aquellos que se recuperaron como de los que cronificaron el dolor de espalda. Más aún, el nivel de discapacidad de los pacientes con dolor crónico no se relacionaba con el funcionamiento diario sino con el nivel de deterioro, esto es, con la percepción de pérdida de funcionamiento que tenía el paciente. Los autores del trabajo concluyen que es esta percepción de pérdida de funcionamiento diario lo realmente incapacitante (Verbunt, Sieben, Seelen, Vlaeyen, Bousema, van der Heijden y Knotterus, 2005). A la luz de la bibliografía empírica, Verbunt y colaboradores (2010) cuestionan que el entrenamiento físico sea una estrategia eficaz aunque se incluya en los tratamientos de pacientes con dolor de espalda. En este sentido, algunos trabajos concluyen que el aumento del nivel de actividad de los pacientes con dolor de espalda que han participado en un programa de entrenamiento físico, se relacionaría más con la disminución de las creencia de evitación y del estado de ánimo negativo que con la mejora de su forma física (Mannion, Junge, Taimela, Muntener, Lorenzo y Dvorak, 2001; McCracken, Gross y Eccleston, 2002).

La persistencia en la tarea. El Modelo de Miedo-Evitación al Dolor no explica adecuadamente la relación de la discapacidad con la persistencia en la tarea y con un patrón de actividad excesiva (Vlaeyen y Morley, 2004). Se han propuesto dos modelos teóricos que intentan explicar este fenómeno: el Modelo de Ergomanía (Van Houdenhove y Neerinckx, 1999) y el Modelo de Evitación-Resistencia (Hasenbring, 2000; Hasenbring, Hallner y Rusu, 2012; Hasenbring y Verbunt, 2010). El Modelo de Evitación-Resistencia propone que existen al menos tres formas desadaptativas de afrontar el dolor: a) los pensamientos catastrofistas, que se asocian con el miedo, la evitación, la depresión y la reducción de actividades; b) la supresión de pensamientos relacionados con el dolor; en este caso el foco atencional de los pacientes oscilaría continuamente entre el dolor y las actividades que desempeñan, caracterizándose este patrón por la irritabilidad, el ánimo deprimido y la evitación conductual; c) finalmente, los pensamientos de minimización –ignorar el dolor–, aunque se asociarían con un estado de ánimo positivo, también conllevarían un sobreesfuerzo muscular que provoca una “hiperactividad muscular” y la cronicidad. Este modelo propone, por tanto, que el estado de ánimo positivo puede constituirse en un factor de riesgo, en tanto que puede llevar a la realización de una actividad desmesurada y, como consecuencia, a la discapacidad. Sin embargo, se trata de una propuesta básicamente descriptiva que no logra explicar los resultados de numerosas investigaciones que muestran, por el contrario, que el estado de ánimo positivo se asocia con una mejor adaptación al dolor crónico (Vlaeyen y Morley, 2004). Como señalan Asmundson, Parkerson, Petter y Noel (2012), la investigación dirigida a determinar por qué algunas personas evitan las actividades relacionadas con el dolor mientras que otras persisten en la tarea, podría facilitar la comprensión de los mecanismos subyacentes a la evitación y con ello mejorar las opciones de tratamiento disponibles y los resultados de los mismos. En este sentido, Hasenbring, Hallner, Klasen, Streitlein-Cöhme, Willburger y Rusche (2012), destacan la importancia de evaluar e identificar a los subgrupos de pacientes con dolor crónico, con objeto de aplicar tratamientos individualizados y eficaces.

La relación de la evitación del dolor con otras metas no relacionadas con el dolor

Otra postura crítica unida a una re-formulación motivacional del modelo es aquella que llama la atención sobre el hecho de que el dolor crónico se experimenta en un contexto de logro de otras metas, siendo la meta de evitar el dolor una más entre otras metas vitales del individuo (Van Damme, Crombez y Ecclestone, 2008). En torno a esta crítica, 12 años después del influyente artículo de 2000 (Vlaeyen y Linton, 2000) sus

mismos autores, junto con otros relevantes investigadores en el ámbito, reflexionan sobre el modelo y proponen una serie de modificaciones al mismo que constituyen un auténtico programa de investigación para la próxima década (Crombez, Eccleston, Van Damme, Vlaeyen y Karoly, 2012; Vlaeyen y Linton, 2012).

Desde esta perspectiva motivacional el miedo al dolor sería fruto del grado en que el dolor interfiere, directa o indirectamente, con metas personales que los pacientes consideran valiosas; por consiguiente, dependiente del conflicto entre metas (Crombez et al., 2012; Vlaeyen y Linton, 2012). Concretamente se postula que:

- C
Cuando los individuos persiguen metas que consideran valiosas serán menos sensibles al dolor, lo cual podría explicar las conductas de resistencia en las que, como ya se ha comentado, se ignora el dolor y se intenta con más ahínco aún el logro de las metas.

- C
Cuando los pacientes persiguen como meta prioritaria y casi única el alivio del dolor, y experimentan un fracaso repetido en el logro de esa meta, se producirá como resultado una respuesta de hipervigilancia hacia la información relacionada con el dolor, pues se harán más sensibles a la información que es relevante para el logro de esa meta; los individuos estrecharán su foco atencional hacia el problema que tienen que resolver (no tener dolor) a costa de perseguir otras metas. El miedo a hacerse daño, el catastrofismo (en términos de preocupación) y la evitación de actividades se entenderían también como las respuestas ante la frustración repetida de no lograr la meta vital prioritaria de aliviar el dolor produciendo, como predice el Modelo de Miedo-Evitación, un aumento del malestar y la discapacidad.

- U
Una cuestión crucial desde esta nueva perspectiva es tratar de explicar por qué los pacientes perseveran en ese patrón tan disfuncional y continúan de forma rígida intentando alcanzar como meta prioritaria el alivio del dolor. A este respecto se proponen tres posibilidades a investigar:

a) P
Por una parte, se destaca la influencia, profundamente arraigada en nuestra cultura, de la creencia de que el dolor es un signo de daño. Por tanto, se presupone que difícilmente desaparecerá por sí misma, en ausencia de intervención.

b) O
Otra posibilidad es que la incesante búsqueda de una solución para el dolor dependa de la creencia de que el dolor tiene que desaparecer completamente o reducirse sustancialmente para retomar la vida

diaria. En términos motivacionales, los pacientes considerarían que el alivio del dolor es una condición necesaria o facilitadora para poder implicarse en la consecución de otras metas. Algunos estudios empíricos han demostrado que cuando se considera que el éxito en el logro de una meta facilita el logro de otras, la persistencia en aquella es más probable (Riediger y Freund, 2004). Esta idea podría explicar por qué aquellos que presentan pensamientos catastrofistas respecto al dolor perseveran en la búsqueda de una solución para el dolor, a pesar de que realmente creen que no existe solución.

- c) L
a experiencia repetida de frustración en el logro de las metas cuando el dolor interfiere con las mismas, podría explicar por qué se desarrolla esa rigidez en la solución de problemas: cuando el dolor ha interferido repetidamente en el logro de una meta los pacientes anticiparían que van a volver a fracasar y por eso intentarían evitar esas situaciones en el futuro. Así, la evitación del fracaso se acabaría convirtiendo progresivamente en el principal motor en la vida de los pacientes con dolor crónico. Se postula que, cuando la evitación de metas sobrepasa regularmente a la atracción por metas, se producirán las consecuencias negativas recogidas en el Modelo de Miedo-Evitación del Dolor. Se plantea, pues, como una vía importante de investigación el determinar los distintos tipos de metas compensatorias que se proponen los pacientes con dolor crónico.

Crombez et al. (2012) también mantienen que el curso de acción que lleva a la recuperación se puede explicar mejor desde esta perspectiva motivacional. Señalan que cuando el dolor persiste y los intentos para resolver el problema del dolor han fallado repetidamente, a fin de que la rehabilitación en la vida diaria funcione, es necesario el abandono de metas inalcanzables y el compromiso con otras metas alternativas, no relacionadas con el dolor. Como indican los autores, esta idea está especialmente presente en el concepto de aceptación del dolor (McCracken y Eccleston, 2005).

La evidencia proveniente de dos estudios pioneros (Affleck, Tennen, Zautra, Urrows, Abeles y Karoly, 2001; Karoly, Okun, Ruehlman y Pugliese, 2008) subraya la importancia de las metas no relacionadas con el dolor en la adaptación al dolor crónico. Por su parte, Schrooten, Van Damme, Crombez, Peters, Vogt y Vlaeyen (2012) hallaron que los sujetos que se implicaban en el logro de una meta no relacionada con el dolor prestaban menos atención a las señales que avisaban de que iba a producirse una estimulación dolorosa. Karsdorp y Vlaeyen (2011), en un estudio realizado en una muestra de personas con dolor de espalda y dolor en las extremidades superiores, encontraron que los pacientes que menos

discapacidad experimentaban eran aquellos que, dependiendo del contexto, eran capaces de alternar flexiblemente la dedicación a distintos tipos de metas.

Conclusiones

Analizando todo lo anterior puede concluirse que, aunque la evidencia disponible parece indicar que la sensibilidad a la ansiedad, el miedo al dolor, el catastrofismo y la vigilancia corporal son constructos relevantes para explicar el proceso por el que el dolor crónico lleva a la discapacidad, aún es necesario dilucidar cuál es la relación entre dichas variables y en qué momento concreto del proceso de cronificación es importante su influencia. Algunos autores han sugerido (Pincus et al., 2006; Wideman et al., 2013) que posiblemente la dificultad para llegar a conclusiones claras respecto a la relación entre los constructos del modelo y de éstos con la discapacidad venga dada por el solapamiento entre ellos y la varianza compartida entre los instrumentos de auto-informe que los evalúan. Es por ello que se ha subrayado la necesidad de diversificación en los instrumentos de medida de forma que la evaluación no descansa únicamente en auto-informes. Desde la re-formulación motivacional del modelo se propone que para captar el dinamismo en la consecución de metas en la vida diaria se haga uso de diarios informatizados y de métodos de evaluación ecológicos continuos (Schrooten y Vlaeyen, 2010). Además, se propone la adaptación de instrumentos que permitan conocer el contenido y estructura de las metas que persiguen los pacientes con dolor crónico, así como sus creencias, no sólo las relativas al dolor, sino también respecto a la discapacidad y al tratamiento (Vlaeyen y Linton, 2012).

Igualmente, se señala la necesidad de superar el esquema secuencial propuesto inicialmente y de contemplar distintas vías que podrían llevar a la discapacidad, conceptualizadas éstas en términos amplios como factores psicológicos positivos y negativos así como procesos fisiológicos relacionados con el dolor (Wideman et al., 2013). En este sentido, investigaciones recientes parecen indicar que las relaciones entre los factores de riesgo (catastrofismo, miedo, depresión) más que cíclicas son acumulativas (Wideman, Hill, Main, Lewis, Sullivan y Hay, 2012) y se ha desarrollado un índice acumulativo de factores psicosociales para predecir una recuperación problemática en personas que han sufrido heridas en el sistema músculo-esquelético asociadas con el trabajo (Wideman y Sullivan, 2012).

Por otro lado, los resultados de las investigaciones en torno a los factores psicológicos de protección indican la necesidad de estudiar los procesos de adaptación en aquellas personas que, con dolor crónico, tienen un nivel de bienestar aceptable. Más allá de un enfoque “eliminativo” de

comportamientos disfuncionales, el estudio de esta “vía positiva” podrá indicarnos qué comportamientos y estrategias implementar mediante la intervención. Las críticas y propuestas en torno al Modelo de Miedo-Evitación del Dolor abren nuevos caminos a la intervención psicológica acordes con las vías alternativas que se propone que podrían conducir a la discapacidad. Así, junto con la exposición gradual en vivo que es la técnica tradicionalmente asociada con el modelo, las investigaciones en torno a la sensibilidad a la ansiedad postulan también la utilidad de la exposición interoceptiva (Watt, Stewart, Lefavre y Uman, 2006; Wald, Taylor, Chiri y Sica, 2010). Igualmente, la identificación de varias vías hacia la discapacidad que no implican dolor sugiere la necesidad de crear y contrastar la utilidad de intervenciones específicamente dirigidas a las creencias relacionadas con la salud, la depresión y la persistencia en la tarea. Igualmente, la reformulación en términos motivacionales del Modelo de Miedo-Evitación del Dolor tiene indudables implicaciones clínicas pues, de contrastarse sus supuestos, los programas de tratamiento debieran reforzar especialmente el trabajo en la gestión de metas (Schooten, Vlaeyen y Morley, 2012) con intervenciones dirigidas a la re-evaluación de los objetivos vitales y la resolución de conflictos entre metas. Contamos con un estudio reciente que muestra la eficacia de una intervención breve centrada en metas, dirigida a la mejora de la actividad física en pacientes con dolor crónico (Christiansen, Oettingen, Dahme y Klinger, 2010). En este sentido no debe olvidarse que el trabajo en la elección y búsqueda flexible de valores ocupa un lugar central en las Terapias Contextuales (McCracken, MacKichan y Eccleston, 2007).

Frente a la vía propuesta por el modelo tradicional anclada en la psicopatología de los trastornos de ansiedad, nuevas alternativas ubican el estudio de las conductas de evitación del dolor en el terreno de la normalidad, produciéndose una diversificación en los enfoques de intervención. Ante el investigador y el clínico se abre una constelación de posibles problemas y alternativas de tratamiento, por tanto, una tarea prioritaria es el desarrollo de procedimientos que permitan la identificación de qué pacientes pueden beneficiarse más de cada opción terapéutica. En este sentido, en los últimos años se ha abogado repetidamente por el uso de diseños experimentales de N=1 en la contrastación de la efectividad de las intervenciones psicológicas dirigidas a pacientes con dolor crónico (Onghena y Edginton, 2005; Vlaeyen y Linton, 2012).

Referencias

Affleck, G., Tennen, H., Zautra, A., Urrows, S., Abeles, M., y Karoly, P. (2001). Women's pursuit of personal goals in daily life with fibromyalgia: a value-expectancy analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 587-596.

Álvarez, N. y Esteve, R. (2009). Deshabitación en drogodependientes y dolor crónico. *Psicothema*, 21, 204-210.

Arntz, A. y Claassens, L. (2004). The meaning of pain influences its experienced intensity. *Pain*, 109, 20-25.

Asmundson, G. J. G. y Taylor, S. (1996). Role of anxiety sensitivity in pain-related fear and avoidance. *Journal of Behavioral Medicine*, 19, 573-582.

Asmundson, G.J.G. y Hadjistavropoulos, H.D. (2007). Is high fear of pain associated with attentional biases for pain-related or general threat? A categorical reanalysis. *The Journal of Pain*, 8, 11-18.

Asmundson, G.J.G. y Norton, G.R. (1995). Anxiety sensitivity in patients with physically unexplained chronic back pain: a preliminary report. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 771-777.

Asmundson, G.J.G., Norton, P.J. y Norton, G.R. (1999). Beyond pain: The role of fear and avoidance in chronicity. *Clinical Psychology Review*, 19, 97-119.

Asmundson, G.J.G., Norton, P.J. y Vlaeyen, J.W.S. (2004). Fear-avoidance models of chronic pain: An overview. En: G.J.G. Asmundson, J.W.S. Vlaeyen y G. Crombez (Eds.), *Understanding and treating fear of pain* (pp. 3-24). Oxford: Oxford University Press.

Asmundson, G.J.G., Parkerson, H.A., Petter, M. y Noel, M. (2012). What is the role of fear and escape/avoidance in chronic pain? Models, structural analysis and future directions. *Pain Management*, 2, 295-303.

Bergbom, S., Boersma, K. y Linton, S.J. (2012). Both early and late changes in psychological variables relate to treatment outcome for musculoskeletal pain patients at risk for disability. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 726-34.

Bishop, A., Foster, N.E., Thomas, E. y Hay, E.M. (2008). How does the self-reported clinical management of patients with low back pain relate to the attitudes and beliefs of health practitioners? A survey of UK general practitioners and physiotherapists. *Pain*, 135, 187-195.

Boersma, K. y Linton, S. (2005). How do persistent pain develop? An analysis of the relationship between psychological variables, pain and function across stages of chronicity. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1495-1507.

Boersma, K. y Linton, S. (2006). Psychological Processes Underlying the Development of a Chronic Pain Problem. *Clinical Journal of Pain*, 22, 160-166.

Bousema, E.J., Verbunt, J.A., Seelen, H.A.M., Vlaeyen, J.W.S. y Knottnerus, J.A. (2007). Disuse and physical deconditioning in the first year after the onset of pain. *Pain*, 130, 279-286.

Bousema, E.J., Verbunt, J.A., Seelen, H.A.M., Vlayen, J.W.S. y Knottnerus, J.A. (2007). Disuse and physical deconditioning in the first year after the onset of pain. *Pain*, 130, 279-286.

Burton, A.K., McClune, T.D., Clarke, R.D. y Main, C.J. (2004). Long-term follow-up of patients with low back pain attending for manipulative care: outcomes and predictors. *Manual Therapy*, 9, 30-35.

Carver, C.S. y Scheier, M.F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press

Carver, C.S., Scheier, M.F. y Segerstrom, S.C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879-889.

Chapman, R. (1978). Pain: The perception of noxious events. In R.A. Sternbach (Ed.), *The psychology of pain* (pp. 169-202). New York: Raven Press.

Christiansen, S., Oettingen, G., Dahme, B. y Klinger, R. (2010). A short goal-pursuit intervention to improve physical capacity: A randomized clinical trial in chronic back pain patients. *Pain*, 149, 444-452.

Cook, A., Brawer, P. y Vowles, K. (2006). The fear-avoidance model of chronic pain: Validation and age analysis using structural equation modeling. *Pain*, 121, 195-206.

Council, J.R., Ahern, D.K., Follick, M.J. y Kline, C.L. (1988). Expectancies and functional impairment in chronic low back pain. *Pain*, 33, 323-331.

Crombez, G., Eccleston, C., Van Damme, S., Vlaeyen, J.W.S. y Karoly, P. (2012). Fear avoidance model of chronic pain. The next generation. *Clinical Journal of Pain*, 28, 475-483.

Crombez, G., Eccleston, C., Van den Broeck y Goubert, L. (2002). The effects of catastrophic thinking about pain upon attentional interference by pain: no mediation of negative affectivity in healthy volunteers and in low back pain patients. *Pain Research Management*, 7, 31-39.

Crombez, G., Eccleston, C., Van den Broeck, A., Goubert, L. y Van Houdenhove, B. (2004). Hypervigilance to pain in fibromyalgia. *Clinical Journal of Pain*, 20, 98-102.

Crombez, G., Van Damme, S. y Eccleston, C. (2005). Hypervigilance to pain: an experimental and clinical analysis. *Pain*, 116, 4-7.

Crombez, G., Vervaeke, L., Lysens, R., Baeyens, F. y Eelen, P. (1998). Avoidance and confrontation of painful, back straining movements in chronic back pain patients. *Behaviour Modification*, 22, 62-77.

Crombez, G., Vlaeyen, J.W.S., Heuts, P.H.G.T., y Lysens, R. (1999). Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain*, 80, 329-339.

Dionne, C.R. (2005). Psychological distress confirmed as predictor of long-term back-related functional limitations in primary care settings. *Journal of Clinical Epidemiology*, 58, 714-718.

Duke J, Leventhal H, Brownlee S, Leventhal EA. (2002). Giving up and replacing activities in response to illness. *The Journal of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57, :P367-76.

Eccleston, C. y Crombez, G.(1999). Pain Demands Attention: A Cognitive–Affective Model of the Interruptive Function of Pain. *Psychological Bulletin*, 125, 356-366.

Epping-Jordan, J.E., Williams, R.A., Pruitt, S.D., Patterson, T.L., Grant, I., Wahlgren, D.R., Slater, M.A. y Webster, J.S. (1998). Transition to chronic pain in men with low back pain: Predictive relationships among pain intensity, disability, and depressive symptoms. *Health Psychology*, 17, 421-427.

Esteve, R. y Camacho, L. (2008). Anxiety sensitivity, body vigilance and fear of pain. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 715-727.

Esteve, R., Ramírez-Maestre, C. y López-Martínez, A.E. (2012). Experiential avoidance and anxiety sensitivity as dispositional variables and their relationship to the adjustment to chronic pain. *European Journal of Pain*, 16, 718-726.

Evers, A.W.M., Zautra, A., Thieme, K. (2011). Stress and resilience in rheumatic diseases: A review and glimpse into the future. *Nature Review Rheumatology*, 7, 409-415.

Fordyce, W. (1976). *Behavioral Methods for Chronic Pain and Illness*. St. Louis, MO.: Mosby.

Furlong, L.V., Zautra, A., Puente, C.P., López-López, A. y Barjola Valero, P. (2010). Cognitive-affective assets and vulnerabilities: Two factors influencing adaptation to Fibromyalgia. *Psychology and Health*, 25, 197-212

Gheldof, E.L., Vinck, J., Vlaeyen, J.W.S., Hidding, A. y Crombez, G. (2006). Pain and pain related fear are associated with functional and social disability in an occupational setting: Evidence of mediation by pain-related fear. *European Journal of Pain*, 10, 513-525.

Goubert, L., Crombez, G. y Peters, M. (2004). Pain-related fear and avoidance: a conditioning perspective. En: G.J.G. Asmundson, J.W.S. Vlaeyen y G. Crombez (Eds.), *Understanding and treating fear of pain* (pp. 25-50). Oxford: Oxford University Press.

Goubert, L., Crombez, G. y Van Damme, S. (2004). The role of neuroticism, pain catastrophizing and pain-related fear in fear vigilance to pain: a structural equations approach. *Pain*, 107, 234-241.

Greenberg, J. y Burns, J.W. (2003). Pain anxiety among chronic pain patients: specific phobia or manifestation of anxiety sensitivity? *Behaviour Research and Therapy*, 41, 223-240.

Hansenbring, M.I. y Verbunt, J. A. (2010). Fear-avoidance and endurance-related responses to pain: new models of behavior and their consequences for clinical practice. *Clinical Journal of Pain*, 26, 747-753.

Hasenbring, M. (2000). Attentional control of pain and the process of chronicification. En: J. Sandühler, B. Bromm B. y G.F. Gebhart (Eds.), *Progress in brain research*, (pp. 525-534). Amsterdam: Elsevier.

Hasenbring, M., Hallner, D. y Rusu, A. (2012). Endurance-Related Pain Responses in the Development of Chronic Pain. En: M.I. Hasenbring, A.C. Rusu y D.C. Turk (Eds.), *From acute to chronic pain* (pp.295-314). Nueva York: Oxford University Press.

Hasenbring, M.L., Hallner, D., Klasen, B., Streitlein-Cöhme, I., Willburger, R. y Rusche, H. (2012). Pain-related avoidance versus endurance in primary care patients with subacute back pain: Psychological characteristics and outcome at a 6-month follow-up. *Pain*, 153, 211-217.

Kamper, S.J., Maher, C.G., Menezes Costa, C., McAuley, J.H., Hush, J.M. y Sterling, M. (2012). Does fear of movement mediate the relationship between pain intensity and disability in patients following whiplash injury? A prospective longitudinal study. *Pain*, 153, 113-19.

Karoly, P. y Ruhlman, L.S. (2006). Psychological “resilience” and its correlates in chronic pain: Findings from a national community sample. *Pain*, 123, 90-97.

Karoly, P., Okun, M.A., Ruhlman, L.S. y Pugliese, J.A. (2008). The impact of goal cognition and pain severity on disability and depression in adults with chronic pain: An examination of direct effects and mediated effects via pain-induced fear. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 419-433.

Karsdorp, P.A. y Vlaeyen, J.W.S. (2011). Goals matter: Both achievement and pain-avoidance goals are associated with pain severity and disability in patients with low back and upper extremity pain. *Pain*, 152, 1382-1390.

Karsdorp, P.A., Nijst, S.E., Goossen, M.E.J.B. y Vlaeyen, J.W.S. (2010). The role of current mood and stop rules on physical task performance: an experimental investigation in patients with work-related upper extremity pain. *European Journal of Pain*, 14, 434-440.

Kori, S.H., Miller, R.P. y Todd, D.D. (1990). Kinesiophobia: a new view of chronic pain behavior. *Pain Management*, 3, 35-43.

Kovacs, F.M., Abraira, V., Zamora, J., Fernández, C. y The Spanish Back Pain Research Network (2005). The transition from acute to subacute and chronic low back pain. *Spine*, 30, 1786-1792.

Leeuw, M., Goossens, M.E.J.B., Linton, S.J., Crombez, G., Boersma, K. y Vlaeyen, J.W.S. (2007a). The Fear-Avoidance Model of Musculoskeletal Pain: Current State of Scientific Evidence. *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 77-94.

Leeuw, M., Houben, R.M. A., Severeijns, R., Picavent, H.S.J., Schouten, E.G.W. y Vlaeyen, J.W.S. (2007b). Pain-related fear in low back pain: a prospective study in the general population. *European Journal of Pain*, 11, 256-266.

Lethem J., Slade P.D., Troup J.D.G. y Bentley, G. (1983). Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perceptions. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 401-408.

Linton, S.J. (2005). Do psychological factors increase the risk for back pain in the general population in both a cross – sectional and prospective analysis? *European Journal of Pain*, 9, 355-361.

Linton, S.J., Melin, L. y Götestam, K.G. (1984). Behavioral analysis of chronic pain and its management. *Progress in Behavior Modification*, vol. 18. New York, NY: Academic Press.

Lundberg, M., Grimby-Ekman, A., Verbunt, J. y Simmonds, M.J. (2011). Pain-related fear: A critical review of the related measures. *Pain Research and Treatment*, 2011, <http://dx.doi.org/10.1155/2011/494196>

Mannion, A.F., Junge, A., Taimela, S., Muntener, M., Lorenzo, K., y Dvorak, J. (2001). Active therapy for chronic low back pain. Part 3: factors influencing self-related disability and its changes following therapy. *Spine*, 26, 920–929.

Matusiewicz, K. y Krzyszkowska, A. (2009). Dispositional optimism and coping with pain. *European Journal of Medical Research*, 14, 271-274.

McCracken, L. M., Gross, R.T., Aikens, J., y Carnrike, C.L.M. (1996). The assessment of anxiety and fear in persons with chronic pain: A comparison of instruments. *Behavior Research and Therapy*, 34, 927-933.

McCracken, L.M. y Eccleston, C. (2005). A prospective study of acceptance and patient functioning with chronic pain. *Pain*, 118, 164-169.

McCracken, L.M. y Gross, R.T. (1993). Does anxiety affect coping with chronic pain? *Clinical Journal of Pain*, 9, 253-259.

McCracken, L.M. y Samuel, V.M. (2007). The role of avoidance, pacing, and other activity patterns in chronic pain. *Pain*, 130, 119-125.

McCracken, L.M., Gross, R.T., Eccleston, C. (2002). Multimethod assessment of treatment process in chronic low back pain: comparison of

reported pain-related anxiety with directly measured physical capacity. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 585–94.

McCracken, L.M., MacKichan, F. y Eccleston, C. (2007). Contextual cognitive-behavioral therapy for severely disabled chronic pain sufferers: effectiveness and clinically significant change. *European Journal of Pain*, 11, 314-322.

McCracken, L.M., Zayfert, C. y Gross, R.T. (1992). The pain anxiety symptoms scale: Development and validation of a scale to measure fear of pain. *Pain*, 50, 67-73.

Mounce C., Keogh E. y Eccleston C. (2010). A Principal Components Analysis of Negative Affect-Related Constructs Relevant to Pain: Evidence for a Three Component Structure. *The Journal of Pain*, 11, 710-17.

Norton, P.J. y Asmundson, G.J.G. (2003). Amending the fear-avoidance model of chronic pain: What is the role of physiological arousal? *Behaviour Therapy*, 34, 17-30.

Ocañez, K.L.S., McHugh, R.K. y Otto, M.W. (2010). A meta-analytic review of the association between anxiety sensitivity and pain. *Depression and Anxiety*, 27, 760-767.

Onghena, P. y Edgington, E.S. (2005). Customization of Pain Treatments. Single-case design and analysis. *Clinical Journal of Pain*, 21, 56-68.

Peters, M.L., Vlaeyen, J.W.S. y Kunnen, M.W. (2002). Is pain-related fear a predictor of somatosensory hypervigilance in chronic low back pain patients? *Behaviour Research and Therapy*, 40, 85-103.

Philips, H.C. (1987). Avoidance behaviour and its role in sustaining chronic pain. *Behavior Research and Therapy*, 25, 273- 279.

Pincus, T., Burton, A.K., Vogel, S. y Field, A.P. (2002). A systematic review of psychological risk factors for chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine*, 27, 109-120.

Pincus, T., Smeets, R.J.E.M., Simmonds, M.J. y Sullivan, M.J.L. (2010). The fear avoidance model disentangled: Improving the clinical utility of the fear avoidance model. *Clinical Journal of Pain*, 26, 739-46.

Pincus, T., Vogel, S., Burton, A.K., Santos, R. y Field, A.P. (2006). Fear avoidance and Prognosis in Back Pain. *Arthritis and Rheumatism*, 54, 3999-4010.

Plehn, K., Peterson, R.A. y Williams, D.A. (1998). Anxiety sensitivity: Its relationship to functional status in patients with chronic pain. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 8, 213-222.

Ramírez-Maestre, C. Esteve, R. y López, A.E. (2012a). The paths to capacity: resilience and spinal chronic pain. *Spine*, 37, 251-258

Ramírez-Maestre, C., Esteve, R., López, A.E. (2012b). The role of optimism and pessimism in chronic pain patients adjustment. *The Spanish Journal of Psychology*, 15, 286-294.

Rasmussen, H.N., Scheie, M.F. y Greenhouse, J.B. (2009). Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 37, 239-256.

Reiss, S. y McNally, R.J. (1985). Expectancy model of fear. In S. Reiss, y R.R. Bootzin (Eds.), *Theoretical Issues in behaviour therapy* (pp. 107-121). San Diego: Academic Press.

Reiss, S., Peterson, R.A., Gursky, M. y McNally, R.J. (1986). Anxiety, sensitivity, anxiety frequency, and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 1-8.

Riediger, M. y Freund, A.M. (2004). Interference and facilitation among personal goals: Differential associations with subjective well-being and persistent goal pursuit. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 1511-1532.

Roelofs, J., McCracken L., Peters, M.L., Crombez, G., van Breukelen, G. y Vlaeyen, J.W.S. (2004). Psychometric evaluation of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS) in chronic pain patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 27, 167-83.

Roelofs, J., Peters, M.L., McCracken, L.M. y Vlaeyen, J.W.S. (2003). The pain vigilance and awareness questionnaire (PVAQ): further psychometric evaluation in fibromyalgia and other chronic pain syndromes. *Pain*, 101, 299-306.

Roelofs, J., Peters, M.L., Patijn, J., Schouten, E.G.W. y Vlaeyen, J.W.S. (2004). Electronic diary assessment of pain-related fear, attention to pain, and pain intensity in chronic low back pain patients. *Pain*, 112, 335-342.

Ruiz-Párraga, G.T., López-Martínez, A.E., Gómez-Pérez, L. (2012). Factor structure and psychometric properties of the Resilience scale in a Spanish chronic musculoskeletal pain sample. *Journal of Pain*, 13, 1090-1098.

Schiøttz-Christensen, B., Lauge-Nielsen, G., Kjaer-Hansen, V., Schødt, T., Toft Sørensen, H. y Olesen, F. (1999). Long-term prognosis in acute low back pain in patients seen in general practice: a 1-year prospective follow-up study. *Family Practice*, 16, 223-232.

Schrooten, M.G.S. y Vlaeyen, J.W.S. (2010). Becoming active again? Further thoughts on goal pursuit in chronic pain. *Pain*, 149, 422-423.

Schrooten, M.G.S., Van Damme, S., Crombez, G., Peters, M., Vogt, J. y Vlaeyen, J.W.S. (2012). Nonpain goal pursuit inhibits attentional bias to pain. *Pain*, 153, 1180-1186.

Schrooten, M.G.S., Vlaeyen, J.W.S. y Morley, S. (2012). Psychological Interventions for chronic pain: reviewed within the context of goal pursuit. *Pain Management*, 2, 1-10.

Sieben, J.M., Vlaeyen, J.W.S., Portegijs, P.J.M., Verbunt, J.A., Riet-Rutgers, S., Kester, A.D.M., Von Korff, M., Arntz, A. y Knottnerus, J.A. (2005). A longitudinal study on the predictive validity of the fear-avoidance model in low back pain. *Pain*, 117, 162-170.

Smeets, R.J., Wittink, H. (2007). The deconditioning paradigm for chronic low back pain unmasked? *Pain*, 130, 201-2.

Smeets, R.J., Wittink, H., Hidding, A., Knottnerus, J.A. (2006). Do patients with chronic low back pain have a lower level of aerobic fitness than healthy controls? Are pain, disability, fear of injury, working status, or level of leisure time activity associated with the difference in aerobic fitness level? *Spine*, 31, 90-7.

Smith, B.W. y Zautra, A.J. (2008). Vulnerability and Resilience in Woman with Arthritis: Test of a Two-Factor Model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 799-810.

Solberg Nes, L., Carlson, C. R., Crofford, L. J., de Leeuw, R., y Segerstrom, S. C. (2011). Individual differences and self-regulatory fatigue; Optimism, conscientiousness, and self-consciousness. *Personality and Individual Differences*, 50, 475-480

Stewart, S.H. y Asmundson, G.J. (2006). Anxiety sensitivity and its impact on pain experiences and conditions: a state of the art. *Cognitive Behaviour Therapy*, 35, 185-188.

Sturgeon, J.A. y Zautra, A.J. (2010). Resilience: a new paradigm for adaptation to chronic pain. *Current Pain and Headache Reports*, 14, 105-12.

Sullivan, M., Tanzer, M., Stanish, W., Fallaha, M., Keefe, F.J., Simmonds, M. y Dunbar, M. (2009). Psychological determinants of problematic outcomes following total knee arthroplasty. *Pain*, 143, 123-9.

Turk, D.C. (2002). A diathesis-stress model of chronic pain and disability following traumatic injury. *Pain Research Management*, 7, 9-19.

Turner, J.A. y Aaron, L.A. (2001). Pain-related Catastrophizing: What is it? *Clinical Journal of Pain*, 17, 65-71.

Van Damme, S., Crombez, G. y Ecclestone, C. (2008). Coping with pain: A motivational perspective. *Pain*, 139, 1-4.

Van Damme, S.J., Crombez, G. y Eccleston, C. (2004). Disengagement from pain: the role of catastrophic thinking about pain. *Pain*, 107, 70-76.

Van Houdenhove, B. y Neerinx, E. (1999). Is ergomania a predisposing factor to chronic pain and fatigue? *Psychosomatics*, 40, 529–30.

Vancleef, L.M.G. y Peters, M.L. (2006). Pain catastrophizing, but not injury/illness sensitivity or anxiety sensitivity, enhances attentional interference by pain. *The Journal of Pain*, 7, 23-30.

Vangronsveld, K.L., Peters, M. y Vlaeyen, J.W.S. (2008). The influence of fear of movement and pain catastrophizing on daily pain and disability in individuals with acute whiplash injury: a daily diary study. *Pain*, 139, 449-457.

Vangronsveld, K.L., Peters, M., Goossens, M., Linton, S. y Vlaeyen, J.W.S. (2007). Applying the fear-avoidance model to the chronic whiplash syndrome. *Pain*, 131, 258-261.

Verbunt, J.A., Seelen, H.A., Vlaeyen, J.W., van de Heijden, G.J., Heuts, P.H., Pons, K. y Knotterus, J.A. (2003). Disuse and deconditioning in chronic low back pain: concepts and hypotheses on contributing mechanisms. *European Journal of Pain*, 7, 9–21.

Verbunt, J.A., Sieben, J.M., Seelen, H.A., Vlaeyen, J.W., Bousema, E.J., van der Heijden, G.J., Knotterus, J.A. (2005). Decline in physical activity, disability and pain-related fear in sub-acute low back pain. *European Journal of Pain*, 9, 417–25.

Verbunt, J.A., Smeets, R.J. y Wittink, H.M. (2010). Cause of effect? Deconditioning and chronic low back pain. *Pain*, 149, 428-430.

Verbunt, J.A., Smeets, R.J. y Wittink, H.M. (2010). Cause of effect? Deconditioning and chronic low back pain. *Pain*, 149, 428-430.

Vlaeyen, J.W.S. y Linton, S.J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85, 317-32.

Vlaeyen, J.W.S. y Linton, S.J. (2012). Fear avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. *Pain*, 153, 1144-1147.

Vlaeyen, J.W.S. y Morley, S. (2004). Active despite pain: the putative role of stop-rules and current mood. *Pain*, 110, 512-516.

Vlaeyen, J.W.S., Kole-Snijders, A.M.J., Boeren, R.G.B. y Van Eek, H. (1995). Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioural performance. *Pain*, 62, 363-372.

Waddell, G., Newton, M., Henderson, J., Somerville, D. y Main, C.J. (1993). A Fear-avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*, 52, 157-68.

Wald, J., Taylor, S., Chiri, L.R. y Sica, C. (2010). Posttraumatic stress disorder and chronic pain arising from motor vehicle accidents: efficacy of

interoceptive exposure plus trauma-related exposure therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39, 104-113.

Watt, M.C., Stewart, S.H., Lefaivre, M.J. y Uman, L.S. (2006). A brief cognitive-behavioral approach to reducing anxiety sensitivity decreases pain related anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, 35, 248-256.

Wideman, T.H. y Sullivan, M.J.L. (2011). Differential predictors of the long-term levels of pain intensity, work disability, healthcare use, and medication use in a sample of workers' compensation claimants. *Pain*, 152, 376-383.

Wideman, T.H. y Sullivan, M.J.L. (2012). Development of a cumulative psychosocial factor index for problematic recovery following work-related musculoskeletal injuries. *Physical Therapy*, 92, 58-68.

Wideman, T.H., Adams, H. y Sullivan, M.J.L. (2009). A prospective sequential analysis of the fear-avoidance model of pain. *Pain*, 145, 45-51.

Wideman, T.H., Asmundson, G.G.J., Smeets, R.J.E.M., Zautra, A.J., Simmonds, M.J., Sullivan, M.J.L., Haythorhwaite, J.A. y Edwards, R.R. (2013). Rethinking the fear avoidance model: Toward a multidimensional framework of pain-related disability. *Pain*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2013.06.005>

Wideman, T.H., Hill, J., Main, C.J., Lewis, M., Sullivan, M.J.L. y Hay, E.M. (2012). Comparing the responsiveness of a brief, multidimensional risk screening tool for back pain to its unidimensional reference standards: The whole is greater than the sum of its parts. *Pain*, 153, 2182-2191.

Wittink, H., Hoskins, M. T., Wagner, A., Sukiennik, A., Rogers, W. (2000). Deconditioning in patients with chronic low back pain: fact or fiction? *Spine*, 25, 2221-8.

Woby, S., Watson, P., Roach, N. y Urmston, M. (2004). Are changes in fear-avoidance beliefs, catastrophizing, and appraisals of control, predictive of changes in chronic low back pain and disability? *European Journal of Pain*, 8, 201-210.

Wright, M.A., Wren, A.A., Somers, T.J., Goetz, M.C., Fras, A.M., Huh, B.K., Rogers, L. L. y Keefe, F.J. (2011). Pain Acceptance, Hope, and Optimism: Relationships to Pain and Adjustment in Patients With Chronic Musculoskeletal Pain. *Journal of Pain*, 12, 1155-1162

Wright, L.J., Zautra, A.J. y Going, S. (2008). Adaptation to early Knee Osteoarthritis: The role of risk, resilience, and disease severity on pain and physical functioning. *Annals of Behavioral Medicine*, 36, 70.

Yeung, E.W.H., Arewasikporn, A. y Zautra, A.J. (2012). Resilience and Chronic Pain. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31, 593-617.

La correspondencia concerniente a este artículo debe dirigirse a:

Rosa Esteve Zarazaga. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Málaga. Campus de Teatinos 29071. Málaga. España

E-mail: zarazaga@uma.es