

Tratamiento psicológico de la cefalea. Predicción de la mejoría en un acercamiento activo-pasivo

María I. Comeche, Miguel A. Vallejo y Marta I. Díaz
Universidad Nacional de Educación a Distancia

Este trabajo pretende estudiar las variables que pudieran predecir la eficacia de dos acercamientos distintos al tratamiento psicológico de las cefaleas primarias: en uno se potencia la implicación activa del paciente y su implicación pasiva en el otro. 21 pacientes de cefalea fueron asignados a 2 grupos. El primer grupo recibió la secuencia de tratamiento Pasivo-Activo y el segundo la secuencia Activo-Pasivo. Se evaluaron distintas variables: respuestas fisiológicas, expectativas ante la evaluación psicofisiológica, locus de control, sugestibilidad, patrón de conducta tipo-A, depresión, asociaciones entre situaciones concretas y cambios en el dolor, mejoría clínica, edad, cronicidad y nivel de estudios. Los análisis de regresión múltiple señalaron el conjunto de variables que mejor predecían la mejoría clínica para cada modalidad de tratamiento. La utilidad clínica del trabajo estriba en la posibilidad de predecir la eficacia de un tratamiento psicológico convencional (Activo) y de otro menos convencional (Pasivo), para potenciar los efectos clínicos del tratamiento.

Psychological treatment of headache. Variables which predict improvement in an active-passive approach. The objective of this study is to identify the variables involved in the therapeutic effectivity of the psychological treatment of headache. Two main factors were studied: active and passive patient collaboration in the treatment. 21 headache patients were assigned to two groups. The first group received the Passive-Active treatment sequence, and the second the Active-Passive sequence. The variables evaluated were: physiological responses, expectancies for the psychophysiological evaluation, locus of control, suggestibility, type A behavior pattern, depression, associations between specific situations and changes in pain, improvement, age, years on pain and education. A multiple regression analysis were used to identify the variables which explained clinical improvement in both treatment approaches. The study showed the utility of predicting the effectiveness of a conventional psychological treatment (Active) and another less conventional one (Passive), in order to maximize the clinical effects of treatment.

El tratamiento del dolor crónico constituye, aun hoy día, un desafío clínico y teórico. La eficacia de los tratamientos utilizados en la actualidad, especialmente en el caso del dolor crónico benigno, no se ve correspondida con el conocimiento teórico-empírico de por qué son eficaces. Se han apuntado múltiples explicaciones acerca de este desconocimiento, pero lo cierto es que aunque ha aumentado notablemente nuestro conocimiento sobre la complejidad del dolor, esto no se ha correspondido con un desarrollo y control parejo de los tratamientos.

Algunos autores, como Turk y Rudy (1992), reiteran una máxima común en otros ámbitos de actividad clínica: la necesidad de considerar al paciente, en sus variables ambientales y personales, como elementos determinantes a la hora de diseñar el programa de tratamiento, y dar razón de su eficacia. Junto al estudio de las variables personales, existe otro área de interés al abordar nuestro

desconocimiento en este ámbito, el efecto placebo, ya que parte de los cambios observados con los tratamientos del dolor pueden deberse, precisamente, a la acción de este tipo de efectos presentes en tratamientos médicos, quirúrgicos, psicológicos, etc. Efectos que, aunque parecen tener una gran proximidad a lo psicológico (variables cognitivas especialmente), no ha sido posible reproducir ni controlar desde procedimientos estrictamente psicológicos, quizás porque operen de forma distinta en tratamientos psicológicos y médicos.

Este trabajo parte, por tanto, del conocimiento de la existencia de procedimientos terapéuticos relativamente eficaces en el tratamiento psicológico del dolor, a la vez que del desconocimiento de cómo operan dichos tratamientos. Por este motivo, y aun conociendo la dificultad de establecer una relación causal entre las múltiples variables implicadas en el dolor y en su tratamiento, se adopta una estrategia correlacional y exploratoria, dirigida a identificar las variables que pudieran dar razón de la eficacia del tratamiento. Para ello, se parte de un enfoque terapéutico que pueda ayudar a identificar las variables menos conocidas. En este sentido, la implicación del paciente en el tratamiento, puede ser de utilidad. Estudiar un tratamiento pasivo (el paciente no se implica ni toma responsabilidad) y un tratamiento activo (el paciente asume como

Correspondencia: Miguel A. Vallejo
Facultad de Psicología
Universidad Nacional de Educación a Distancia
28040 Madrid (Spain)
E-mail: mvallejo@psi.uned.es

suyo el problema y adquiere estrategias para afrontarlo) puede reproducir, en cierta medida las características básicas del tratamiento médico y del psicológico (Comeche, y cols., 1997).

De las distintas variables objeto de interés para predecir la eficacia del tratamiento del dolor, cabe destacar aquellas que más puedan añadir luz sobre los déficit ya señalados: el lugar de control (p.ej.: Arntz y Schmidt, 1989), la reactividad emocional ante situaciones de estrés (p.ej.: Rappaport y cols., 1988), la reactividad fisiológica (p.ej.: Flor y Turk, 1989), el estado de ánimo del paciente (p.ej.: Rudy y cols., 1988) así como el grado de sugestibilidad (p.ej.: Spinhoven, 1988) y las expectativas del paciente a la intervención terapéutica (p.ej. Jensen y cols., 1991). A todo ello cabe añadir, la necesidad de constatar en qué grado el paciente percibe una asociación entre aspectos comportamentales, cognitivos y emocionales y cambios en la percepción del dolor, aspecto de especial importancia que pretende objetivar algo generalmente aceptado como un hecho incuestionable.

El objetivo de este estudio es explorar algunas variables psicológicas, sociales y psicofisiológicas, en su capacidad para predecir el grado de eficacia de un tratamiento psicológico del dolor crónico, en este caso de cefaleas primarias, específicamente diseñado para estudiar la dimensión implicación activa vs. pasiva del paciente en el tratamiento.

Método

Sujetos

21 pacientes de cefalea primaria, distribuidos en dos grupos, tal como se muestra en la Tabla 1. En esta tabla se presentan únicamente los detalles demográficos relevantes para a este trabajo, las restantes características de la muestra aparecen detalladas en otro trabajo (Comeche y cols., 1997).

Variables medidas

Durante la sesión inicial todos los sujetos fueron sometidos a las pruebas y cumplieron los cuestionarios que a continuación se detallan:

– Evaluación psicofisiológica: Perfil de estrés relacionado con el dolor. Es una batería informatizada compuesta por 20 situaciones supuestamente relacionadas con el dolor, que el sujeto debía personalizar e imaginar brevemente. Durante la prueba se registraba, mediante un sistema computerizado de recogida y procesamiento de respuestas psicofisiológicas J&J I-330 conectado a un Ordenador Personal, las siguientes respuestas fisiológicas: actividad electromiográfica frontal (EMG1) y de los músculos trapecios (EMG2); frecuencia respiratoria (FR); frecuencia cardíaca (FR);

volumen de pulso sanguíneo (VPS); temperatura periférica (TEMP) y conductancia de la piel (CON).

– Expectativas ante la evaluación psicofisiológica: cuestionario de expectativas relacionadas con dicha prueba, basado en la escala desarrollada por Borkovec y Nau (1972). Los sujetos debían graduar su respuesta en una escala 0-10, a las siguientes preguntas: REALISMO (grado de realismo al imaginar las situaciones), INSTRUMENTAL (valoración del uso de instrumental informático en su diagnóstico), ADECUACIÓN (adecuación de la prueba a su problema), LÓGICA (valoración de la lógica de la prueba), CONTRIBUIR (contribución de la prueba a la solución del problema), CONOCER (aportación de la prueba al propio conocimiento del problema), RESOLVER (confianza actual en la solución del problema), RECOMENDAR (intención de recomendar la prueba a familiares o amigos con problemas similares), ACCESIBLE (valoración de la accesibilidad de la prueba), UNIVERSIDAD (opinión acerca de que las pruebas sean realizadas en la Universidad).

– Locus de Control relacionado con la salud: medido a través de la forma A del «Multidimensional Health Locus of Control» (MHLC) (Wallston y cols., 1978). Se obtenían medidas de sus tres dimensiones: INTERNALIDAD, PODER de los OTROS y SUERTE.

– Grado de sugestibilidad: medido mediante la prueba de sugestibilidad hipnótica de CAÍDA-ATRÁS, primer ítem de las formas A y B de la escala de Stanford (Weitzenhoffer y Hilgard, 1959). Esta prueba se realizaba tres veces a cada sujeto, por lo que la puntuación podía oscilar entre 0 y 3, en función del número de veces que el sujeto reaccionaba a las sugerencias de caída.

– Patrón de Conducta Tipo A (PCTA): medido con la Escala de Actividad de Jenkins (JAS) (Jenkins y cols., 1979), forma C, versión española de Fernández-Abascal (1992). Se obtenía, además de la propia medida de TIPO-A, la de cada una de sus tres componentes: IMPACIENCIA, TRABAJO y COMPETITIVIDAD.

– Depresión: medida a través del Inventario de Depresión de Beck (BDI), (Beck y cols., 1961), versión castellana de Conde y Usuarios (1975).

Además de estas variables recogidas en la sesión inicial, se tuvieron en cuenta las siguientes medidas:

– ASOCIACIONES en línea base: porcentaje de las ocasiones en que los sujetos asociaban situaciones concretas con el surgimiento de un episodio de dolor de cabeza. Esta medida se obtenía de los auto-registros realizados durante el mes de línea base.

– Porcentaje de MEJORÍA: grado de disminución del índice de la cefalea durante cada período de post-tratamiento con respecto a la línea base. El índice de la cefalea (producto de la frecuencia por la duración por la intensidad) se obtenía de los auto-registros diarios del dolor.

Tabla 1

Características de los sujetos en cada grupo. Edad, cronicidad en años y nivel de estudios: 1= primarios, 2= bachillerato, 3= estudios medios, 4= estudios superiores (\bar{x} : media y d.t.: desviación típica). N: número de pacientes (número de hombres y de mujeres). Grupo I: pasivo-activo. Grupo II: Activo-pasivo. F(p): contraste de las diferencias entre grupos (n.s.: valor de F estadísticamente no significativo para $p < 0,05$)

Características de los sujetos	Grupo I	Grupo II	F (p)
EDAD: \bar{x} (d.t.)	41,6 (10,47)	42,0 (17,64)	n.s.
CRONICIDAD: \bar{x} (d.t.)	12,2 (11,07)	15,3 (14,70)	n.s.
ESTUDIOS: \bar{x} (d.t.)	1,7 (1,01)	1,7 (0,82)	n.s.
N (hombres/mujeres)	11 (8/3)	10 (7/3)	n.s.

Procedimiento

El esquema del procedimiento empleado puede verse en la Tabla 2. El procedimiento seguido en cada una de las fases de tratamiento ha sido descrito con todo detalle en Comeche, y cols., (1997). Puesto que el objetivo de este trabajo era conocer los factores que pudieran ayudarnos a predecir la mejoría observada tras la intervención, la mayoría de los datos relevantes a este objetivo debían obtenerse en la sesión de evaluación inicial o durante la línea base, y lógicamente en cada uno de los períodos de post-tratamiento. Por consiguiente en este trabajo sólo se van a exponer los datos relevantes a estos tres períodos y las pruebas en ellos obtenidas, aspectos que aparecen en negrilla en la Tabla 2.

La sesión inicial comenzaba con una entrevista individual en la que se recogían los datos personales y la información acerca del tipo de cefalea, cronicidad, evolución y momento actual del problema. A continuación cada sujeto era sometido a la batería de pruebas y cuestionarios descrita. Finalmente se les instruía para que auto-observaran la ocurrencia de su dolor (frecuencia, intensidad y duración), así como las situaciones que de forma espontánea asociasen con el surgimiento de cada episodio, y lo anotaran de forma sistemática en los auto-registros diarios. Tras recabar el consentimiento de los sujetos para que sus datos pudieran ser utilizados en un estudio sobre la evaluación y el tratamiento psicológico de la cefalea, se les daba cita un mes después.

Como puede apreciarse en el esquema de procedimiento, en las dos fases de tratamiento (TT1 y TT2) es cuando se introducen las diferencias marcadas por el diseño experimental. En la primera fase (TT1) los sujetos del Grupo I recibían el tratamiento Pasivo que consistía en 12 sesiones de *biofeedback*, durante

las que el sujeto sólo recibía instrucciones de pasividad, haciéndole ver que el éxito del tratamiento dependía exclusivamente de los aparatos en sí y no de su actividad. Con este tipo de tratamiento se intentaba potenciar el posible efecto terapéutico desconocido, ligado a intervenciones de carácter médico, centradas básicamente en el carácter externo del agente curativo. De forma paralela los sujetos del Grupo II recibieron en esta primera fase de tratamiento 6 sesiones convencionales de Terapia de Conducta, tratamiento calificado de Activo puesto que en todo momento se procuraba potenciar la implicación activa del paciente en su propio proceso terapéutico. En la segunda fase de tratamiento (TT2), se administra a cada grupo de sujetos el tratamiento complementario (Activo en el Grupo I y Pasivo en el II), de modo que ambos grupos recibían de forma alternativa y secuencial ambos tipos de tratamiento.

El último de los datos relevantes para este trabajo, el porcentaje de MEJORÍA tras cada fase de tratamiento, se obtenía durante los dos períodos de post-tratamiento (PT1 y PT2), ambos de un mes de duración. Los sujetos debían seguir cumplimentando los auto-registros diarios de la cefalea, con el fin de poder establecer la mejoría respecto a línea base.

Resultados

Porcentajes de mejoría en cada post-tratamiento

Los porcentajes de mejoría de cada fase de post-tratamiento, por grupo, se detallan en la Tabla 3. Como puede observarse los resultados del Análisis de Varianza (ONEWAY) utilizado para contrastar las diferencias de grupo en cada post-tratamiento señalan diferencias no significativas en dichos períodos.

Tabla 2

Esquema de procedimiento. Las fases en negrilla señalan los momentos de la intervención en los que se recogían los datos relevantes para este trabajo. TT1= primer período de tratamiento; PT1= primer post-tratamiento; TT2= segundo tratamiento; PT2= segundo post-tratamiento; MHLC= Multidimensional Health Locus of Control; JAS= Jenkins Activity Survey; BDI= Beck Depression Inventory

Evaluación Inicial	Línea Base	TT1	PT1	TT2	PT2
- Entrevista - Evaluación Psicofisiológica - Expectativas ante la evaluación psicofisiológica - MHLC	Auto-registro:	I. PASIVO Sesiones de <i>biofeedback</i>	Auto-registro:	I. ACTIVO Sesiones de terapia de conducta	Auto-registro:
- Sugestibilidad - JAS - BDI	Asociaciones durante la línea base	II- ACTIVO Sesiones de terapia de conducta	% de mejoría desde la línea base a PT1	II. PASIVO Sesiones de <i>biofeedback</i>	% de mejoría desde la línea base a PT2

Tabla 3

Porcentaje de mejoría en cada período de post-tratamiento. Comparación de grupos: Grupo I= Pasivo+Activo, Grupo II= Activo+Pasivo. PT1= Primer post-tratamiento, PT2= segundo post-tratamiento. d.t.: desviación típica. F(p): contraste de las diferencias entre grupos (n.s.: valor de F estadísticamente no significativo para p<0,05)

	Grupo I Media (d.t.)	Grupo II Media (d.t.)	F (p)
Fase % de mejoría en PT1	Pasivo 27,8 (36,83)	Activo 57,5 (38,31)	n.s.
Fase % de mejoría en PT1	Activo 50,2 (35,89)	Pasivo 68,9 (36,05)	n.s.

Variables medidas en la evaluación inicial y línea base

Los datos obtenidos a través de las pruebas y cuestionarios aplicados en la sesión inicial y los procedentes de los auto-registros durante línea base, fueron analizadas a nivel descriptivo para conocer las características de la muestra, y contrastar las diferencias entre los grupos. En la Tabla 4 se presentan los resultados de cada una de las pruebas realizadas.

Como puede comprobarse los grupos estaban igualados en casi todas las variables medidas. Solamente en el caso de las variables FC, INTERNALIDAD, INSTRUMENTAL, ASOCIACIONES, y BDI, aparecieron diferencias significativas entre ambos grupos. Estas diferencias no pudieron ser subsanadas a priori, puesto que los sujetos eran asignados a uno u otro grupo en función de sus características demográficas y diagnósticas, y las características grupales respecto a este conjunto de variables sólo fueron estudiadas a posteriori.

Análisis de regresión múltiple

Con todos los datos de la evaluación inicial y la línea base, se realizaron una serie de análisis encaminados a conocer las relacio-

nes entre dichas variables y los porcentajes de mejoría mostrados por cada sujeto en los períodos de post-tratamiento. Ninguna de las correlaciones individuales entre cada una de las variables y la mejoría resultaron estadísticamente significativas por lo que se procedió al estudio multivariado de dichas relaciones. Como el objetivo de nuestro trabajo era identificar aquellas variables útiles en la predicción de la eficacia de cada uno de los tratamientos, se emplearon las técnicas de regresión múltiple con ambos conjuntos de variables.

Utilizando el porcentaje de mejoría de cada período de post-tratamiento como variable criterio y el resto de las variables como variables predictoras, se calcularon las ecuaciones de regresión significativas para cada período y grupo, tal como puede verse en la Tabla 5.

Discusión

Predicción eficacia tratamiento Pasivo (PTI-GRUPO I)

De la primera ecuación de regresión puede deducirse que aquellos sujetos en los que la fase Pasiva tuvo más éxito (mejoría en el

Tabla 4					
Medias, desviaciones típicas y diferencias de grupo en cada una de las variables medidas en la evaluación inicial. Grupo I= Pasivo-Activo; Grupo II= Activo-Pasivo. d.t.= desviación típica; EMG1= actividad electromiográfica frontal; EMG2= actividad electromiográfica en los trapecios; FR= frecuencia respiratoria; FC= frecuencia cardíaca; TEMP= temperatura periférica; VPS= volumen de pulso sanguíneo; CON= conductancia de la piel; MHLC= Multidimensional Health Locus of Control; JAS= Jenkins Activity Survey; TIPO-A= Patrón de Conducta Tipo A; BDI= Beck Depression Inventory. F: contraste de las diferencias entre grupos (n.s.: valor de F estadísticamente no significativo para $p < 0,05$); p: probabilidad de la significación estadística de F					
Prueba o cuestionario	Variable o dimensión	Grupo I Media (d.t.)	Grupo II Media (d.t.)	F	p
Evaluación psicofisiológica	EMG1	6,60 (3,86)	5,36 (1,62)	n.s.	0,041
	EMG2	2,83 (0,90)	2,82 (1,01)	n.s.	
	FR	17,01 (4,09)	17,34 (2,58)	n.s.	
	FC	74,99 (12,99)	64,53 (8,02)	4,81	
	TEMP	30,88 (4,64)	30,85 (3,61)	n.s.	
	VPS	14,25 (11,03)	9,71 (5,71)	n.s.	
Expectativas ante la evaluación psicofisiológica	CON	6,37 (2,80)	6,93 (4,51)	n.s.	0,021
	REALISMO	7,00 (3,10)	6,40 (2,37)	n.s.	
	INSTRUMENTAL	9,64 (0,67)	8,10 (1,91)	6,27	
	ADECUACIÓN	8,73 (1,27)	8,00 (1,63)	n.s.	
	LÓGICA	8,55 (1,04)	8,00 (1,74)	n.s.	
	CONTRIBUIR	8,00 (1,73)	7,90 (1,63)	n.s.	
	CONOCER	7,55 (2,34)	7,50 (2,27)	n.s.	
	RESOLVER	7,36 (2,29)	6,60 (2,67)	n.s.	
MHLC	RECOMENDAR	9,00 (1,67)	8,10 (2,28)	n.s.	0,027
	ACCESIBLE	9,73 (0,65)	9,90 (0,32)	n.s.	
	UNIVERSIDAD	9,00 (1,48)	9,40 (1,07)	n.s.	
Caída-atrás	INTERNALIDAD	20,91 (7,60)	27,40 (4,09)	5,76	0,027
	PODER-OTROS	19,82 (6,65)	22,50 (9,85)	n.s.	
	SUERTE	19,91 (8,92)	14,20 (8,83)	n.s.	
JAS	SUGESTIBILIDAD	1,28 (1,27)	2,30 (1,06)	n.s.	0,026
	TIPO-A	-3,52 (13,87)	0,56 (12,69)	n.s.	
	IMPACIENCIA	2,23 (15,13)	3,58 (14,65)	n.s.	
	TRABAJO	-10,83 (8,11)	-3,79 (11,53)	n.s.	
BDI	COMPETITIVIDAD	8,56 (11,54)	11,20 (12,21)	n.s.	0,036
	Asociaciones en línea base	8,73 (6,23)	16,50 (8,41)	5,87	
Asociaciones en línea base	7,67 (11,96)	25,43 (22,95)	5,09	0,036	

PT1) fueron las personas que, en conjunto, tenían más EDAD, menor nivel de ESTUDIOS, menor tensión muscular en los trapecios (EMG2), mayor sugestibilidad tal como es medida por la prueba de CAÍDA ATRÁS, realizaron un mayor porcentaje de ASOCIACIONES y puntuaron más bajo en el factor de IMPACIENCIA del JAS. A la vista de este conjunto de variables, y siempre teniendo en cuenta el hecho de que la implicación particular de ninguna de ellas puede ser considerada sin tener en cuenta todo el conjunto, surgen algunos comentarios que pueden ilustrar cada una de las relaciones encontradas:

1) A más EDAD mayor mejoría con el tratamiento Pasivo. Esta predicción contrasta con numerosos trabajos que informan que los sujetos jóvenes suelen responder a los tratamientos psicológicos para la cefalea mejor que las personas de edad avanzada (p.ej.: Werder y cols., 1981; Chapman, 1986). Esta contradicción podría ser explicada en función de las peculiaridades del acercamiento Pasivo que más le diferencian de los tratamientos convencionales. Por ejemplo, mientras en los tratamientos psicológicos habituales (tratamientos que podrían encuadrarse dentro del esquema del acercamiento Activo), es necesario adoptar precauciones con los sujetos mayores para compensar ciertos déficit de la edad (Arena y cols., 1988 y 1991), en este trabajo no surgió tal necesidad dado que las propias características del tratamiento Pasivo parecían hacerlo innecesario. En suma, parece razonable que el tratamiento Pasivo, al no requerir el aprendizaje y práctica de ningún tipo de habilidades, resulte un acercamiento adecuado para los pacientes de cefalea más mayores.

2) A más bajo nivel de ESTUDIOS mejor respuesta al tratamiento Pasivo. El nivel de estudios, aun siendo una variable clásica en el estudio del proceso terapéutico (Shoham-Salomon y Hannah, 1991), no suele mostrarse útil en la predicción de la eficacia del tratamiento psicológica de la cefalea (Werder y cols., 1981). La relación negativa entre nivel de estudios y eficacia del tratamiento Pasivo obtenida en este estudio, podría guardar alguna relación con la sugestibilidad secundaria (Eysenck y Furneaux,

1945), variable positivamente relacionada con ingenuidad y credulidad (Eysenck, 1989). No obstante, esta relación no parece consistente con otros resultados, como se verá al hablar de la próxima variable.

3) A mayor sugestibilidad (CAÍDA ATRÁS) mejor respuesta al tratamiento Pasivo. La sugestibilidad tal como es medida con la prueba de CAÍDA-ATRÁS respondería a las características de la sugestibilidad primaria (Eysenck y Furneaux, 1945), variable altamente correlacionada con hipnotizabilidad (Eysenck, 1989). Los resultados de este estudio son congruentes con la relación positiva observada entre sugestibilidad primaria (hipnotizabilidad) y mejoría tras el tratamiento psicológico del dolor crónico (Spinhoven, 1988). No obstante, debe destacarse el que la relación entre sugestibilidad primaria y la mejoría experimentada con un tratamiento placebo (efecto nada desdeñable en el caso del tratamiento Pasivo) no suele ser significativa (Evans, 1989). Por otra parte, el que sugestibilidad primaria y bajo nivel de estudios actúen conjuntamente para predecir la eficacia del tratamiento Pasivo, parece incongruente dada la falta de relación habitualmente informada entre sugestibilidad primaria y secundaria (Eysenck, 1989). Por todo ello, resulta contradictorio apelar a la sugestibilidad secundaria como mediador entre el bajo nivel de estudios y la mejoría.

4) Bajo nivel de tensión muscular en los trapecios (EMG2) como predictor de la mejoría con el tratamiento Pasivo. Aunque la relación entre la tensión muscular y el padecimiento de la cefalea es bastante compleja, no existe en la literatura revisada ningún dato que pueda ayudar a ilustrar este resultado.

5) A menor puntuación en IMPACIENCIA mayor mejoría tras el tratamiento Pasivo. Esta relación estaría señalando la mayor eficacia del tratamiento Pasivo en personas poco irritables y sin tendencia a comportarse de forma impaciente ni apresurar a las demás personas (Fernández-Abascal, 1994). Aunque algunos estudios señalan una relación positiva entre el padecimiento de cefalea y la puntuación global en el PCTA (Rappaport y cols., 1988), no se dis-

Tabla 5

VARIABLES EN CADA UNA DE LAS ECUACIONES DE REGRESIÓN, PARA PREDECIR LA MEJORÍA EN AMBOS PERÍODOS DE POST-TRATAMIENTO, PARA CADA GRUPO. PT: PERÍODO DE TRATAMIENTO. R AJUST.= R² AJUSTADA

Grupo	Periodo	Variable	B	SE B	Beta	T	Sig. T	R ²	R. Ajust.
I	PT1 (Pasivo)	EDAD	2,736	0,525	0,778	5,209	0,006	0,926	0,815
		ESTUDIOS	-19,807	6,095	-0,602	-3,250	0,031		
		EMG2	-20,822	7,264	-0,509	-2,866	0,046		
		CAÍDA-ATRÁS	14,373	5,159	0,496	2,786	0,049		
		ASOCIACIONES	1,043	0,438	0,339	2,382	0,076		
		IMPACIENCIA	-0,919	0,408	-0,378	-2,251	0,088		
	PT2 (Pasivo + Activo)	ESTUDIOS	-27,854	8,488	-0,869	-3,282	0,013	0,652	0,503
		EMG2	-29,101	10,937	-0,730	-2,661	0,032		
		ADECUACIÓN	-12,586	6,615	-0,446	-1,903	0,099		
	II	PT1 (Activo)	REALISMO	11,253	3,283	0,695	3,428	0,014	0,758
PODER-OTROS			-2,588	0,933	-0,665	-2,774	0,032		
CONOCER			10,244	4,015	0,608	2,552	0,043		
PT2 (Activo + Pasivo)		EMG1	9,118	0,059	0,409	153,948	0,004	1,000	0,999
		MEJORÍA en PT1	0,428	0,003	0,455	144,637	0,004		
		CRONICIDAD	-1,285	0,009	-0,524	-143,120	0,004		
		BDI	-1,505	0,012	-0,351	-126,153	0,005		
		RECOMENDAR	4,711	0,046	0,298	102,734	0,006		
		EMG2	-5,076	0,086	-0,143	-59,166	0,011		
		ASOCIACIONES	-0,166	0,006	-0,106	-29,427	0,022		
INTERNALIDAD	-0,380	0,024	-0,043	-15,734	0,040				

pone de datos respecto a la relación entre cefalea y cada uno de los componentes del JAS, y menos aún sobre la relación entre dichos componentes y la mejoría tras la intervención. Por otra parte nuestros resultados, aún siendo sólo referidos a un componente del patrón, contrastan con los recogidos en la revisión de Chapman (1986) quien señala que la presencia de altas puntuaciones en PCTA es un buen predictor para la eficacia de tratamientos como el *biofeedback* o la relajación. Teniendo todo esto en cuenta, se podría especular que la implicación de la variable IMPACIENCIA en la mejoría obtenida con el tratamiento Pasivo, podría señalar a aquellas personas que, al no mostrar características típicas de las personas impacientes, no «necesitan» una intervención activa que module su estilo de comportamiento.

6) A mayor porcentaje de ASOCIACIONES en línea base mayor mejoría. Esta relación resulta un tanto paradójica. La capacidad de observar relaciones entre dolor y situaciones desencadenantes parece un buen pronóstico para el éxito de un acercamiento como el Activo que basa su actuación en la modificación de tales relaciones. Por consiguiente su implicación en el éxito de la fase Pasiva no es coherente con la lógica de este tipo de tratamiento, que parece descansar más en la mediación de variables cognitivas inespecíficas que en la capacidad del sujeto para auto-observarse. Un aspecto que podría estar relacionado con la intervención de la capacidad de auto-observación en la mejoría conseguida con la fase Pasiva, podría ser precisamente un efecto paradójico como el postulado por algunos autores (Arntz y Schmidt, 1989 y Vallejo y Comeche, 1994): el tratamiento Pasivo, al focalizar la responsabilidad de control en una fuente externa, resultaría beneficioso para los pacientes más auto-observadores.

Predicción de la mejoría al añadir la fase Activa en el GRUPO I

La segunda ecuación de regresión nos muestra que el perfil de los sujetos que mayor mejoría mostraron tras la fase Activa de tratamiento en esta secuencia (Pasivo+Activo), es el de aquellas personas con un menor nivel de ESTUDIOS, un menor nivel de tensión muscular en los trapecios (EMG2) y que consideraron la prueba informatizada de la evaluación inicial como menos ADECUADA a su problema. Los comentarios que siguen pretenden ilustrar las relaciones encontradas:

1 y 2) A más bajo nivel de ESTUDIOS y de tensión muscular en los trapecios (EMG2) mejor respuesta al tratamiento Activo en el PT2. Estas dos variables formaban ya parte de la ecuación de regresión obtenida para predecir la mejoría en el PT1. Su implicación, aunque difícilmente explicable como ya se ha comentado, parece una continuación del efecto encontrado en la primera fase de tratamiento.

3) Considerar como poco ADECUADA al problema de los sujetos la prueba de evaluación psicofisiológica inicial buen pronóstico para la mejoría en la fase Activa en el PT2. Esta relación es congruente con las características de la fase Activa. Parece denotar una actitud de rechazo a las máquinas y, consecuentemente, una mejor respuesta al tratamiento Activo que reciben en esta segunda fase. Es decir, los sujetos que consideraron poco adecuada la prueba informatizada inicial mejoraron con un tratamiento Activo, quizás por considerarlo radicalmente diferente de la prueba cuya adecuación desaprobaban.

Predicción eficacia tratamiento Activo (PT1-GRUPO II)

De acuerdo con la tercera ecuación de regresión, los sujetos que mostraron una mayor mejoría tras la fase Activa, aplicada en primer

lugar, eran personas que, en conjunto, imaginaban las situaciones descritas en la evaluación psicofisiológica con mayor REALISMO, puntuaban bajo en el factor de externalidad PODER de los OTROS del MHLC, y tenían altas expectativas en que la evaluación psicofisiológica pudiera ayudarles a CONOCER mejor su problema. A continuación se comentan las diferentes relaciones encontradas:

1) A mayor REALISMO al imaginar las situaciones descritas en la Evaluación Psicofisiológica inicial mejor respuesta al tratamiento Activo. Esta relación parecería, en principio, más congruente con las características del tratamiento Pasivo que con las de la fase Activa. De hecho, la implicación imaginativa como rasgo de personalidad, ha resultado con frecuencia correlacionada positivamente con responsividad hipnótica (Kirsch, 1990). Sin embargo, el hecho de que en este grupo de sujetos se observe una correlación negativa y significativa entre las variables REALISMO y CAÍDA-ATRÁS, señalaría que los sujetos que imaginaron las situaciones con mayor grado de realismo eran a su vez los menos sugestionables, por lo que no parece acertado interpretar la predicción de la variable REALISMO en el sentido de hipnotizabilidad. Parece más coherente deducir que el mayor grado de REALISMO sea reflejo de un proceso voluntario de querer cumplir con la prescripción terapéutica, ya que este estilo de comportamiento resulta idealmente productivo para un acercamiento como el Activo, en el que se necesita la colaboración permanente y activa del sujeto durante todo el proceso terapéutico.

2) Baja puntuación en el factor de externalidad PODER-OTROS como buen pronóstico de mejoría con el tratamiento Activo. Esta relación resulta coherente con las exigencias de dicho acercamiento. Al no centrar el sujeto sus propias expectativas de curación en factores externos a él, parece lógico que tienda a implicarse más en su propio proceso terapéutico, y en consecuencia consiga mejores resultados con un acercamiento Activo. Cuando se contrasta este resultado con la literatura sobre el tema es fácil encontrar datos acerca de la intervención positiva de la internalidad (Hudzinski y Levenson, 1985; Härkäpää, 1991) pero no de la relación negativa entre externalidad y mejoría. No obstante, también aparecen resultados discrepantes, como la falta de utilidad del lugar de control como predictor de la severidad de la cefalea (Jones y Page, 1986), o como predictor de la eficacia del *biofeedback* real o placebo (Díaz y Vallejo, 1987) y, contrariamente a lo esperado (Gale y Funch, 1984) los efectos beneficiosos del PODER de los OTROS en la eficacia de la Terapia de Conducta. En definitiva, aunque la relación entre PODER-OTROS y mejoría no encuentre, por el momento, apoyo directo en la literatura, la implicación de dicha variable en la eficacia del tratamiento Activo parece coherente con las peculiaridades de dicho tratamiento.

3) A mayor nivel de expectativas de CONOCER el problema a través de la Evaluación Psicofisiológica mayor mejoría con el tratamiento Activo. Esta relación parece congruente ya que el contenido de las preguntas formuladas durante la evaluación abarcaban un conjunto de aspectos potencialmente relacionadas con el dolor (situaciones generadoras de estrés, pensamientos habituales en estos pacientes, actividades que alivian el dolor, etc.); situaciones que suelen considerarse relacionadas con el surgimiento, agravamiento o alivio de la cefalea (Drummond, 1985).

Predicción de la mejoría al añadir la fase Pasiva en el GRUPO II

Según esta última ecuación de regresión, los sujetos que consiguieron una mayor mejoría al añadir el tratamiento Pasivo en esta

secuencia (Activo+Pasivo), fueron aquellas personas que, en conjunto, mostraron un mayor nivel de respuesta en los músculos frontales (EMG1) durante la Evaluación Psicofisiológica inicial, junto a un menor nivel en los trapecios (EMG2), que valoraron más alto su intención de RECOMENDAR dicha prueba, que consiguieron una mayor MEJORÍA con el tratamiento Activo durante el PT1, que tenían una menor CRONICIDAD, puntuaciones inferiores en el BDI, un menor porcentaje de ASOCIACIONES en línea base y un menor nivel de INTERNALIDAD. Los siguientes comentarios pretenden ilustrar cada una de las relaciones encontradas:

1) A mayor MEJORÍA en el PT1 mayor mejoría tras la fase Pasiva en el PT2. Esta relación parece indicar que la realización de la secuencia completa produce una optimización de los resultados obtenidos en la primera parte de dicha secuencia. En este caso estaría indicando, concretamente, que la mejoría experimentada tras la fase Activa de tratamiento se consolida y potencia con la realización de la fase Pasiva.

2) Un elevado nivel de tensión muscular frontal (EMG1) durante la Evaluación Psicofisiológica como predictor de la eficacia del tratamiento Pasivo en el PT2. Este resultado es congruente con el trabajo de Cram (1980) en el que los pacientes de cefalea tensional con altos niveles de EMG en la evaluación previa (tarea cognitiva moderadamente estresante), mostraron mayor mejoría en un programa de tratamiento con *biofeedback* y relajación. Sin embargo este resultado es, a su vez, contradictorio con aquellos datos (Blanchard y cols., 1983) que informan de menor mejoría tras el entrenamiento en *biofeedback* en los sujetos con mayores niveles basales de EMG.

3) A menor nivel de tensión EMG2 mayor mejoría tras el tratamiento Pasivo en el PT2. Esta relación aparecía también en la predicción de la eficacia de los dos tipos de tratamiento en los sujetos del Grupo I, no existiendo ningún dato en la literatura revisada, como se ha comentado, que pueda ayudarnos a ilustrar la relación entre estas variables.

4) Una alta puntuación en la variable RECOMENDAR como buen pronóstico para la mejoría tras el tratamiento Pasivo en el PT2. Esta relación parece coherente con los postulados del grupo de Kirsch (Kirsch, 1985; Kirsch y Council, 1989) sobre la relación positiva entre expectativas y reducción de dolor, aunque resulta imprescindible hacer algunas matizaciones. Primero, Kirsch habla de correlación y, en nuestro caso, la relación entre ambas variables se produce a través de un análisis de regresión múltiple. Por otra parte, las hipótesis del grupo de Kirsch se establecen entre expectativas directas de reducción del dolor y la reducción real. La intención de RECOMENDAR un tratamiento parece más bien una medida indirecta de dicha expectativa, más aún cuando en el cuestionario empleado existían preguntas en las que se abordaban directamente dichas expectativas, y que no han resultado relacionadas con la mejoría.

5) A menor CRONICIDAD mayor mejoría con el tratamiento Pasivo en el PT2. Aunque la variable cronicidad es clásica en este tipo de estudios, no suele resultar un buen predictor de la eficacia del tratamiento (Werder y cols., 1981). No obstante el resultado de nuestro trabajo parece lógico desde posturas teóricas como la postulada por Bakal y Kaganov (1977) en su modelo psicobiológico basado en la cronicidad. En este modelo se hace depender la severidad del dolor de su grado de cronicidad, y aunque la relación entre severidad y cronicidad no tiene por qué implicar a la mejoría tras el tratamiento, parece lógico que el tratamiento de las cefaleas menos

crónicas y por tanto menos severas, resulte más asequible. Algunos autores (Nicholson y Blanchard, 1993), informan resultados recientes en esta línea, al referir una fuerte correlación negativa entre años de cronicidad y mejoría tras el tratamiento. A pesar de la lógica precaución al comparar estos datos procedentes de análisis correlacional con los del análisis de regresión múltiple, su aportación sería congruente con los resultados del presente trabajo.

6) A menor puntuación en el BDI mayor mejoría con el tratamiento Pasivo en el PT2. La puntuación en el BDI ha sido considerada buen predictor de la eficacia del tratamiento conductual de la cefalea en algunos trabajos (p.ej.: Jacob y cols., 1983). Estos estudios coinciden en señalar que la mayoría de los pacientes mejorados tienen una puntuación inferior a 8. A pesar de que en nuestro estudio la mayoría de los sujetos del Grupo II superaban ese punto de corte (media 16,5; rango 4-29), la relación encontrada sigue siendo congruente con las observaciones de estos autores.

7) A menor nivel de INTERNALIDAD mayor mejoría con el tratamiento Pasivo en el PT2. Esta relación parece congruente con la lógica de este tipo de tratamiento. Es decir, los sujetos que no perciben que su problema de dolor depende de sus propias acciones, mejoran más con el tratamiento Pasivo ya que, lógicamente, éste es coherente con sus creencias.

8) Un menor porcentaje de ASOCIACIONES como buen predictor de la mejoría tras el tratamiento Pasivo en el PT2. Esta relación contrasta con la implicación que esta misma variable tenía cuando la fase Pasiva se recibía en primer lugar, es decir en el Grupo I. Posiblemente, las lógicas diferencias entre recibir el tratamiento Pasivo de forma aislada o a continuación del tratamiento Activo, podrían explicar estas diferencias. Como ya se señaló anteriormente, ante la implicación de un alto porcentaje de asociaciones en la mejoría tras la fase Pasiva, la interpretación más plausible es la que relaciona el hecho de no tener que poner en marcha ninguna estrategia de control en este tipo de tratamiento, con el beneficio que este comportamiento aporta a los sujetos más preocupados por su auto-observación. Sin embargo, cuando el tratamiento Pasivo es aplicado al final de la secuencia, es decir tras el tratamiento Activo, la predicción cambia de signo ya que en este caso los pacientes más beneficiados son aquellos que mostraron inicialmente unos bajos niveles de asociación. Parece pues que estos sujetos se benefician más del tratamiento Pasivo, sólo cuando antes han recibido la fase Activa de tratamiento en la que evidentemente han aprendido a asociar ciertas situaciones con el surgimiento o agravamiento de su dolor.

Conclusiones

Rescapitulando algunas de las cuestiones reseñadas en la discusión de este trabajo cabría destacar:

1. Que las peculiaridades de algunas de las variables que predicen la mejoría conseguida con el tratamiento Pasivo señalarían, en buena parte, la implicación de aspectos cognitivos como la sugestionabilidad o características de la persona como su mayor edad o su bajo nivel educativo, que podrían potenciar aún más la implicación de dichos aspectos cognitivos. Por otra parte, variables como la baja impaciencia remiten, a su vez, a aquellos pacientes que en menor medida «necesitan» un tratamiento Activo que remedie sus problemas de percepción del ambiente o su relación con los demás. Finalmente, la intervención del porcentaje de asociaciones durante línea base resultaría explicable como un efecto paradójico del tratamiento Pasivo en los sujetos hipervigilantes.

2. Que las tres variables implicadas en la predicción de la eficacia del tratamiento Activo son, en definitiva, variables coherentes con la lógica de dicho acercamiento, ya que combinan diferentes aspectos beneficiosos para la participación activa del paciente en su proceso de tratamiento.

3. Que la asociación que el paciente establece, a través del auto-registro, entre los episodios del dolor y sucesos concretos, es de especial interés. Interés derivado de que esta misma variable forme parte de las dos ecuaciones de regresión que predicen la eficacia del tratamiento Pasivo, y que además posea diferente signo en cada ecuación. Es decir que, sin olvidar el otro conjunto de variables implicadas en cada caso en la predicción, existiría la posibilidad de adscribir a un sujeto determinado a uno u otro programa de tratamiento en función de sus características diferenciales en su capacidad de auto-observación. Vemos pues que, un elemento tan

útil y frecuente en el tratamiento conductual de la cefalea, como es la observación de las situaciones funcionalmente relacionadas con el dolor, podría ayudar a nuestra decisión de comenzar por la fase Activa o Pasiva de tratamiento.

4. Finalmente, el interés de este trabajo para la práctica clínica reside en potenciar la eficacia de las intervenciones psicológicas que habitualmente se practican (tratamientos Activos) con los recursos que moviliza un acercamiento como el Pasivo, y no en sustituir aquel por éste sin más. Por este motivo, la utilidad de esta investigación radicaría en la posibilidad de decidir a la vista del conjunto de datos medidos en la sesión de evaluación, qué acercamiento resultaría beneficioso aplicar en primer lugar a cada sujeto, en función de sus características individuales. En definitiva, es sólo un pequeño paso en la necesariamente compleja contestación a una pregunta tan sencilla como: *Who, what and why?* (Turk, 1990).

Referencias

- Arena, J.G.; Hannah, S.L.; Bruno, G.M. y Meador, K.J. (1991) Electromyographic biofeedback training for tension headache in the elderly: a prospective study. *Biofeedback and Self-Regulation*, 16: 379-390.
- Arena, J.G.; Hightower, N.E., y Chong, G.C. (1988) Relaxation therapy for tension headache in the elderly: A prospective study. *Psychology and Aging*, 1: 96-98.
- Arntz, A. y Schmidt, A.J.M. (1989) Perceived control and the experience of pain. En: A. Steptoe y A. Appels (Eds.) *Stress, Personal Control and Health*. Bruselas: Wiley.
- Bakal, D.A. y Kaganov, J.A. (1977) Muscle contraction and migraine headache: Psychophysiological comparison. *Headache*, 17: 208-215.
- Beck, A.T.; Ward, D.H.; Mendelson, M.; Mock, J. y Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4: 53-63.
- Blanchard, E.B.; Andrasik, F.; Arena, J.G.; Neff, D.F.; Saunders, N., L.; Jurish, S.E.; Teders, S.J. y Rodichok, L.D. (1983) Psychophysiological responses as predictors of response to behavioral treatment of chronic headache. *Behaviour Therapy*, 14: 357-374.
- Borkovec, T.D. y Nau, S.D. (1972) Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 3: 257-260.
- Comeche, M.I.; Díaz, M.I. y Vallejo, M.A. (1997) Tratamiento psicológico de las cefaleas: potenciación de los efectos terapéuticos mediante un acercamiento activo y pasivo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23: 527-548.
- Conde, V. y Useros, E. (1975) Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América*, 12: 217-236.
- Cram, J.R. (1980) EMG biofeedback and the treatment of tension headaches: A systematic analysis of treatment components. *Behaviour Therapy*, 11: 699-710.
- Chapman, S.L. (1986) A review and clinical perspective on the use of EMG and thermal biofeedback for chronic headaches. *Pain*, 27: 1-43.
- Díaz, A. y Vallejo M.A. (1987) Influencia del placebo en el tratamiento de la cefalea. *Estudios de Psicología. Monográfico: El Efecto Placebo*, 31: 53-68.
- Drummond, P.D. (1985) Predisposing, precipitating and relieving factors in different categories of headache. *Headache*, 25: 16-22.
- Evans, F.J. (1989) The independence of suggestibility, placebo response, and hypnotizability. En: V.A. Gheorghiu, P. Netter, H.J. Eysenck y R. Rosenthal (Eds.). *Suggestion and suggestibility*, Berlín: Springer-Verlag.
- Eysenck, H.J. (1989) Personality, Primary and Secondary Suggestibility and Hypnosis. En: V.A. Gheorghiu, P. Netter, H.J. Eysenck y R. Rosenthal (Eds.). *Suggestion and suggestibility*, Berlín: Springer-Verlag.
- Eysenck, H.J. y Furneaux, W.D. (1945) Primary and secondary suggestibility: an experimental and statistical study. *Journal of Experimental Psychology*, 35: 485-503.
- Fernández-Abascal, E.G. (1992) *El Inventario de Actividad de Jenkins*, Madrid: Tea.
- Fernández-Abascal, E.G. (1994) *Intervención comportamental en los trastornos cardiovasculares*, Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Flor, H. y Turk, D.C. (1989) Psychophysiology of chronic pain: do chronic pain patients exhibit symptom-specific psychophysiological responses?. *Psychological Bulletin*, 2: 215-259.
- Gale, E.N. y Funch, D.P. (1984) Factors Associated with successful outcome from behavioral therapy for chronic temporomandibular joint (TMJ) pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 28: 441-448.
- Härköpää, K. (1991) Relationships of Psychological Distress and Health Locus of Control Beliefs with the Use of Cognitive and Behavioral Coping Strategies in Low Back Pain Patients. *The Clinical Journal of Pain*, 7: 275-282.
- Hudzinski, L.G. y Levenson, H. (1985) Biofeedback behavioral treatment of headache with locus of control pain analysis: A 20-month retrospective study. *Headache*, 25: 380-386.
- Jacob, R.G.; Turner, S.N.; Szekely, B.C. y Eidelman, B.H. (1983) Predicting outcome of relaxation therapy in headaches: The role of depression. *Behaviour Therapy*, 14: 457-465.
- Jenkins, C.D.; Zyzanski, S.J. y Rosenman, R.H. (1979) *Jenkins Activity Survey*, Nueva York: Psychological Co.
- Jensen, M.P.; Turner, J.A. y Romano, J.M. (1991) Self-efficacy and outcome expectancies: relationship to chronic pain coping strategies and adjustment. *Pain*, 44: 263-269.
- Jones, C. y Page, S. (1986) Locus of Control, Assertiveness and Anxiety as Personality Variables in Stress-Related Headaches. *Headache*, 26: 369-374.
- Kirsch, I. (1985) Response expectancy as a determinant of experience and behaviour. *American Psychologist*, 40: 1.189-1.202.
- Kirsch, I. (1990) *Changing Expectations. A key to effective psychotherapy*, Pacific Grove: Brooks/Cole P.C.
- Kirsch, I. y Council, J.R. (1989) Response expectancy as a determinant of hypnotic behaviour. En: N.P. Spanos and J.F. Chaves (Eds.). *Hypnosis: The cognitive-behavioral perspective*, Búfalo: Prometheus.
- Malone, M.D. y Strube, M.J. (1988) Metaanalysis of non-medical treatments for chronic pain, *Pain*, 34: 231-244.
- Nicholson, N.L. y Blanchard, E.B. (1993) A controlled evaluation of behavioral treatment of chronic headache in the elderly. *Behaviour Therapy*, 24: 395-408.
- Rappaport, N.B.; McAnulty, D.P. y Brantley, P.J. (1988) Exploration of the Type A behaviour pattern in chronic headache sufferers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56: 621-623.
- Rudy, R.E.; Kerns, R.D. y Turk, D.C. (1988) Chronic pain and depression: Toward a cognitive-behavioral mediation model, *Pain*, 35: 129-140.

Shoham-Salomon, V. y Hannah, M.T. (1991) Client-Treatment Interaction in the Study of Differential Change Processes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59: 217-225.

Spinhoven, P. (1988) Similarities and dissimilarities in hypnotic and non-hypnotic procedures for headache control. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30: 183-194.

Turk, D.C. (1990) Customizing treatment for chronic pain patients: Who, what and why? *Clinical Journal of Pain*, 6: 255-270.

Turk, D.C. y Rudy, T.E. (1992) Cognitive factors and persistent pain: a glimpse into Pandora's box. *Cognitive Therapy and Research*, 16: 99-122.

Vallejo, M.A. y Comeche, M.I. (1994) *Evaluación y Tratamiento Psicológico del dolor crónico*, Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Wallston, K.A.; Wallston, B.S. y DeVellis, R. (1978) Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6: 160-170.

Weitzenhoffer, A.M. y Hilgard, E.R. (1959) *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Forms A y B*, Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Werder, D.S.; Sargent, J.D. y Coyne, L. (1981) MMPI profiles of headache patients using self-regulation to control headache activity. Paper presented at the *American Association of Biofeedback Clinicians Meeting*, Kansas City.

Aceptado el 17 de marzo de 1999

