



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

" ZARAGOZA " DE ESTUDIOS

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
ZARAGOZA  
SERVICIO SOCIAL  
PSICOLOGIA



PERFIL DE PERSONALIDAD DEL PACIENTE  
CON DOLOR DE CABEZA CRONICO COMO  
PRONOSTICO DE EXITO O FRACASO AL  
TRATAMIENTO DE RETROALIMENTACION  
BIOLOGICA Y ENTRENAMIENTO ASERTIVO

**T E S I S A**  
INFORME FINAL DEL SERVICIO SOCIAL  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A :  
ALEJANDRA RAMIREZ BRICKER

Hospital General "Dr. José Ma. Rodríguez"



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

1991



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

	Pág.
INTRODUCCION .....	1
CAPITULO I	
MARCO TEORICO CONCEPTUAL .....	4
RETROALIMENTACION BIOLOGICA Y DOLOR DE CABEZA .....	6
A) ANTECEDENTES DE LA RETROALIMENTACION BIOLOGICA ...	7
B) DEFINICION DE LA RETROALIMENTACION BIOLOGICA .....	15
C) RETROALIMENTACION BIOLOGICA COMO TRATAMIENTO PARA- EL DOLOR DE CABEZA CRONICO .....	18
CAPITULO II	
ENTRENAMIENTO ASERTIVO.....	25
A) ANTECEDENTES DEL ENTRENAMIENTO ASERTIVO .....	26
B) NATURALEZA DEL ENTRENAMIENTO ASERTIVO .....	30
C) ENTRENAMIENTO ASERTIVO Y DOLOR DE CABEZA .....	33
CAPITULO III	
CARACTERISTICAS GENERALES DE LA INSTITUCION	
1.- DELEGACION POLITICA .....	38
2.- INSTITUCION DONDE SE REALIZO EL SERVICIO SOCIAL..	38
2.1. ANTECEDENTES HISTORICOS .....	38
2.2. ORGANIZACION INTERNA Y FUNCIONES .....	43
2.3. SERVICIOS QUE PRESTA A LA COMUNIDAD .....	47
2.4. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES .....	47

## CAPITULO IV

ACTIVIDADES DESARROLLADAS	
A) SERVICIO SOCIAL .....	52
B) INVESTIGACION .....	53
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	53
METODO .....	61
RESULTADOS .....	64
DISCUSION Y CONCLUSIONES .....	66
BIBLIOGRAFIA .....	76
ANEJOS .....	90

## INTRODUCCION

El dolor es una experiencia desagradable, subjetiva, sensorial y emocional, un dolor que ha sido de gran preocupación en los últimos años es el dolor de cabeza crónico, el 80% de la población mexicana sufre de dolor de cabeza (Zapata, 1986), este dolor se ha abordado desde un enfoque médico y psicológico, este último juega un papel muy importante.

En el campo de la psicología, el dolor de cabeza crónico se ha tratado por medios no farmacológicos, debido a que el 90% de los pacientes cefaléicos no responde al tratamiento farmacológico (Schenzaker y Curacao, 1987).

La retroalimentación biológica, y el entrenamiento asertivo son técnicas conductuales con las que se ha logrado una mejoría en el dolor de cabeza, aunque en algunos casos también ha fracasado.

El propósito de esta investigación fue determinar un perfil de personalidad en una población de pacientes con dolor de cabeza crónico y conocer si ellas podrían ser predictores de la efectividad de los tratamientos de retroalimentación y asertividad, para lo cual se utilizó un diseño ex-post-facto con un análisis del coeficiente de correlación de

Spearman. La justificación fue dada por la falta de explicación de predictores al éxito o fracaso de los tratamientos de retroalimentación y asertividad de los pacientes con dolor de cabeza en la basta literatura existente, solamente Blanchard (1989) y Rojas (1991) hablan acerca de predictores de personalidad como pronóstico a algún tratamiento.

Este trabajo se conforma de dos capítulos, en el primero de ellos se abordan los antecedentes y definición de la retroalimentación, así como su efectividad en el tratamiento del dolor de cabeza. en el segundo se hace referencia a los antecedentes y definición de la asertividad, reportando su relación con el dolor de cabeza.

Lo más concluyente de esta investigación, es que existen predictores de éxito o fracaso a los tratamientos de retroalimentación y asertividad en sufridores de dolor de cabeza, con lo que después de una evaluación psicológica se podría seleccionar adecuadamente el tratamiento que se le dará a cada sujeto, con base a los hallazgos aquí reportados.

## CAPITULO I

## MARCO TEORICO CONCEPTUAL

El dolor de cabeza crónico ha sido motivo de diferentes líneas de investigación: por su fisiología, por los factores psicológicos que intervienen en él, por su tratamiento, etc., en este último se ha descuidado un enfoque fundamental que son los predictores de personalidad a dichos tratamientos.

A lo largo de una serie de revisiones, solamente se encontraron dos investigaciones que hacen referencia a predictores psicológicos en el paciente con dolor de cabeza crónico como pronóstico a los tratamientos conductuales de retroalimentación biológica (RAB) y entrenamiento asertivo(EA). Blanchard (1989) reporta que los pacientes con cefalea que obtengan puntajes T de 59 o menos en la escala 1 del inventario multifásico de la personalidad minesota (MMPI), su índice de mejoría será del 50% o más, después de recibir retroalimentación; en esta escala Rojas (1991) refiere que los sujetos con una menor somatización y preocupación corporal están asociados a un mejor pronóstico del tratamiento con retroalimentación.

En cuanto al entrenamiento asertivo, Rojas (1991) refiere que los pacientes con índices altos de depresión y



temores, obtendrán cambios favorables en intensidad, duración y frecuencia de su dolor de cabeza al término de la asertividad, de igual manera sucede con los sujetos que poseen menores recursos psicológicos.

Los autores citados anteriormente proponen, como una necesidad evidente, seguir investigando las relaciones específicas entre diferentes indicadores psicológicos y el resultado de este tipo de investigaciones.

Por lo tanto con este trabajo se pretende alcanzar este objetivo.

## RETROALIMENTACION BIOLÓGICA Y DOLOR DE CABEZA

Desde hace miles de años se han estudiado una serie de enfermedades de tipo psicósomático, se llama psicósomática aquella enfermedad en la que no existe causa orgánica que provoque dicho síndrome, sino más bien, tengan relación con alguna alteración de tipo psicológico (Zapata, 1991).

Así, una enfermedad se acompaña siempre de dolor, ya sea dolor de tipo orgánico o psicósomático. Uno de los dolores de tipo psicósomático que ha preocupado mucho recientemente en el área de la salud, es el dolor de cabeza crónico, que ha sido uno de los fenómenos de mayor incidencia, este síndrome se ha abordado y tratado desde una perspectiva biomédica y psicológica, en esta última dimensión las variables psicológicas de los individuos parecen jugar un papel importante, debido a ello en el campo psicológico el dolor de cabeza crónico se ha estimado por medio de tratamientos no farmacológicos, llamados tratamientos conductuales; se hace referencia a tratamientos conductuales ya que en este tipo de dolor un 90% de los sujetos responde en forma negativa al tratamiento farmacológico (Schennaker y Curraao, 1987).

Una de las aproximaciones terapéuticas que se ha utilizado para tratar la cefalea crónica es la técnica llamada

retroalimentación biológica (RAB).

#### A) ANTECEDENTES DE LA RETROALIMENTACION BIOLÓGICA.

A lo largo de los años han existido una serie de hechos y autores cuyos trabajos pioneros sentaron las bases del desarrollo de la retroalimentación biológica.

En esta investigación se hará mención brevemente de algunos de estos trabajos.

A finales del siglo pasado, Tarchenoff trabajó sobre el control voluntario del latido cardíaco, West y Savage (1918) Kig (1920), Ogden y Schock (1939), a su vez reportan estudios sobre la posibilidad de aceleración como enlentecimientos cardíacos. Bair (1901) a su vez trabajo sobre el aprendizaje del control voluntario de la actividad neuromuscular, al facilitar al sujeto información (feedback) sobre la misma.

Un antecedente muy importante también, la constituyen las investigaciones sobre relajación elaboradas por Schultz (1932) y Jacobson (1925, 1938, 1939) y el desarrollo consecuente del Entrenamiento Autógeno y la Relación Progresiva, estos procedimientos son utilizados en combinación con la retroalimentación en el tratamiento de multitud de problemas psicodinámicos.

Así también los múltiples trabajos sobre condicionamiento realizados por psicólogos y fisiólogos rusos, como el trabajo de la psicóloga rusa Lisina (1958) sobre el control de la dilatación de los vasos sanguíneos del brazo al proporcionar a los sujetos información por medio de un aparato que mide los cambios vasculares producidos en los mismos.

De notable influencia sobre la retroalimentación son los antecedentes sobre la "Meditación Zen" y otras formas de meditación oriental como la "Meditación Transcendental". A través de estos estudios logró comprobarse la posibilidad del control de funciones autónomas hasta entonces consideradas involuntarias (Carrobbles y Godoy, 1957).

A través de estos y muchos otros fenómenos empieza a surgir la retroalimentación sin ser considerada todavía una técnica. En la instauración y desarrollo de la retroalimentación son determinantes los trabajos sobre rehabilitación neuromuscular elaborados por Jacobson (1955) acerca del control voluntario de la actividad mioeléctrica, proporcionando al sujeto información sobre la misma por medio de electrodos colocados en el músculo cuya relajación o control se deseaba lograr.

Basmajian (1963) logró demostrar la posibilidad de control voluntario de unidades motoras aisladas.

Aportaciones importantes a la retroalimentación fueron también los estudios en el campo de la actividad electroencefalográfica (EEG) y las funciones cerebrales, en 1969, Kamiya trabajo en la posibilidad de discriminación de diferentes estados de conciencia en humanos, observó que los sujetos eran capaces de controlar voluntariamente las luces o tonos que les informaba de la presencia o ausencia del ritmo alfa en el EEG. Estos estudios fueron trascendentales en el surgimiento formal de la retroalimentación.

Otros acontecimientos básicos en el nacimiento de la retroalimentación son los estudios de Miller (1961, 1963, 1964) sobre el aprendizaje instrumental de respuestas mediadas autónmicamente en animales. Algunos experimentos demostraron así también la posibilidad de modificación operante de una gran variedad de procesos o respuestas autónmicas en animales, como la salivación en perros (Miller y Carmona, 1967); la tasa cardíaca en ratas (Trowill, 1967, Miller y Carmona, 1967) y la tasa cardíaca en monos (Engel y Gottlieb, 1970), etc.

Las investigaciones sobre la actividad eléctrica de la piel, específicamente la respuesta dermogalvánica o resistencia eléctrica de la piel en relación a la posibilidad de modificación de la misma en humanos, llevados a cabo por H.D. Kimmel y D. Shapiro (1967), son un núcleo básico en la historia de la retroalimentación biológica. De especial rele-

vancia son los trabajos sobre la actividad neuromuscular por haber constituido uno de los primeros campos de aplicación de estas nuevas técnicas a problemas clínicos reales en los humanos especialmente en los llamados trastornos psicósomáticos.

A finales de los años sesenta, se funda la "Sociedad para la investigación en Biofeedback" por varios autores, principalmente la Dra. Barbara Brown, esta sociedad se funda con la finalidad de desarrollar la retroalimentación, es en este momento cuando se acordó el término "biofeedback" para designar la nueva técnica.

A principios de los años setenta la retroalimentación, ya plenamente constituida, inicia una expansión muy importante en el área de investigación de laboratorio y aplicaciones clínicas.

A las áreas de investigación básicas de la retroalimentación biológica fueron sumándose otras nuevas respuestas autónomas, como la de la presión sanguínea, la frecuencia cardíaca y la de la temperatura de la piel, en estas respuestas se ha demostrado un considerable grado de control voluntario en los humanos por medio de los procedimientos de la retroalimentación (Carrobbles y Goday, 1987).

Las aplicaciones de la retroalimentación a diferentes trastornos clínicos, a su vez, creció en forma impresionante, se aplicó en respuestas de control cardiovascular para el tratamiento de la hipertensión esencial y de algunas formas de arritmias cardiacas; control de la actividad electromiográfica para el entrenamiento en relajación, tratamiento para el dolor de cabeza tensional y en la rehabilitación neuromuscular; control de la actividad electromiográfica para el control del ritmo alfa, del ritmo sensoriomotor para el tratamiento de la epilepsia, del ritmo theta para el tratamiento del insomnio; control de la temperatura de la piel para el tratamiento del dolor de cabeza de tipo migrañoso y el tratamiento de la enfermedad de Raynaud; control de la actividad gastrointestinal para el tratamiento de la úlcera péptica, de la diarrea funcional, de la incontinencia fecal y otros (Carrobbles y Godoy, 1987).

La retroalimentación también se ha aplicado en el tratamiento de otros trastornos como: las disfunciones sexuales, la diabetes, la agudeza visual, el asma, la hiperhidrosis, el estrés o estados de ansiedad, y otras.

Así, en 1976 la "Sociedad para la investigación en biofeedback" cambió su nombre y actualmente se llama "Sociedad Americana de Biofeedback", en 1980 esta sociedad fundó un Instituto para la capacitación profesional de terapia en

retroalimentación. En el año de 1977 se fundó la "Asociación Americana de Terapeutas en Biofeedback" esta asociación creó: "Biofeedback y Salud: Una Revista Internacional". En este mismo año apareció el primer número de la revista Biofeedback and Self-Regulation. En 1978 se inició la publicación del Journal of Clinical Biofeedback.

De todo lo anterior es importante señalar que las primeras investigaciones adolecieron de problemas teóricos y metodológicos: poco a poco se evidenciaron las fallas en que había incurrido la retroalimentación: iniciándose un proceso de evaluación y reconceptualización con el fin de poner en claro el papel real de la RAB, dicho proceso se inició con los artículos de autores como: Blanchard y Youn (1973 y 1974), Schwartz (1973), Plotkin (1976a, 1976b), Plotkin y Cohen (1976).

Un artículo de suma importancia que se aplica a toda la RAB como técnica terapéutica y como fenómeno de aprendizaje, es el de Black y Cott (1977), en donde se analizan una serie de problemas empíricos y teóricos que en la actualidad no han sido resueltos en forma total.

Los problemas teóricos más sobresalientes son dos:

¿Qué se aprende como consecuencia del entrenamiento?,



¿Qué variables son necesarias y suficientes para producir el aprendizaje y a través de qué mecanismos tienen su efecto?. En este campo se intenta esclarecer los principios que subyacen a los cambios observados en las respuestas sometidas a entrenamiento con RAB, retomando conceptos de la teoría del aprendizaje y de la teoría general de los sistemas. Por otro lado, en el aspecto del procedimiento se trabaja principalmente en el esclarecimiento de las variables que hacen que el aprendizaje se dé o se facilite.

Algunas de las cuestiones empíricas surgen por la falta de información acerca de: cuáles respuestas del Sistema Nervioso Central o del Autónomo pueden ser modificadas con el entrenamiento de retroalimentación, hasta qué límites puede ser modificada una respuesta dada, qué procedimientos son los más efectivos para modificar una respuesta dada, requiere un procedimiento diferente cada sistema de respuesta y cuáles son realmente los efectos terapéuticos del entrenamiento con RAB.

En relación a las preguntas planteadas anteriormente, se han logrado avances importantes en la actualidad, sin embargo, y por el propósito del presente escrito, sólo se abordarán los avances en relación a la RAB y el dolor de cabeza.

En lo referente al dolor de cabeza tensional se ha

considerado que se origina por contracción sostenida de los músculos de la cara, nuca y cuello. Estas contracciones pueden producirse como consecuencia de estresores de tipo psicológico. Así, mediante la RAR se enseña al paciente a relajarse y a disminuir el nivel de actividad de los músculos que estén involucrados (Blanchard, 1969). Andrasik y Holroyd (1980) refieren que la retroalimentación de EMG en sufridores de dolor de cabeza origina una reducción en los niveles de EMG frontales y como consecuencia descensos importantes en las medidas de la intensidad de la cefalea. Aunque parece obvia la relación entre el nivel de tensión de los músculos y la intensidad del dolor de cabeza, se sospecha que esta relación es más compleja y necesita de investigaciones más definitivas (Blanchard, 1969).

De la misma manera, se considera que la cefalea migrañosa comporta la dilatación de las arterias craneales y extra-craneales, seguida de una inflamación estéril y de un edema circundante a los vasos dilatados. La fase de vasodilatación está precedida por una fase de vasoconstricción. Además todo un conjunto de estresores (físicos, bioquímicos o psicológicos) pueden producir la respuesta vascular causante de la aparición de la cefalea. Con respecto a las medidas de la actividad vasomotora, el hallazgo predominante es la presencia de la mayor vasoconstricción ante el estrés en los pacientes que padecen cefalea migrañosa y una menor habilidad para producir

vasodilatación ante la técnica de RAB, sin embargo en varios estudios no se han encontrado estas diferencias. Se permanece, por tanto, ante un grado de confusión similar al que rodea a los resultados del EMG en la cefalea tensional, pero con menos datos (Blanchard, 1989).

## B) DEFINICION DE RETROALIMENTACION BIOLÓGICA

En el contexto de la corriente neoconductista, se consideran dos tipos de procesos de aprendizaje: uno de ellos involucra respuestas gobernadas por el Sistema Nervioso Autónomo (músculatura lisa, cardíaca y glándulas) consideradas como involuntarias y ha sido llamado aprendizaje por condicionamiento clásico. La otra forma de aprendizaje se refería a conductas voluntarias y que involucraban solamente musculatura esquelética, aprendida por condicionamiento operante (Skinner, 1953; Kimble, 1961).

Durante la década de los sesentas y a pesar del gran apoyo que tuvo la corriente skineriana, cinco investigadores, (Basmajian, 1967; Kimmel, 1967; Kamiya, 1969; Miller, 1969 y Olds, 1961; cit. por Black y Cortt, 1977) superaron la dicotomía operante-respondiente (voluntario-involuntario); demostrando que las respuestas consideradas como involuntarias podían ser respuestas bajo control "voluntario". El único investigador que destacó fue Miller, quien en 1969 resume

sus trabajos acerca del condicionamiento instrumental de respuestas autónomas en animales. Miller (1969), realizó una serie de investigaciones donde varias respuestas autónomas fueron puestas bajo control por medio de paradigmas operantes. Como variable control, Miller empleó curare (droga que origina un estado de parálisis músculo-esquelético total) con el objetivo de eliminar la influencia mediadora de la musculatura estriada sobre las respuestas autónomas. Con este procedimiento Miller et al. (1970) lograron modificar respuestas como: el ritmo cardiaco, la presión sanguínea, las contracciones intestinales, las respuestas vasomotoras periféricas, la cantidad de sangre en las paredes del estómago y la formación de orina en los riñones de sus sujetos experimentales. A partir de este momento se pensó en la posibilidad de entrenar a pacientes con determinados trastornos para que aprendieran a controlar una respuesta interna de manera voluntaria.

Así nace la Retroalimentación biológica que ha sido definida como un procedimiento diseñado para captar la información relativa al estado de una o varias funciones orgánicas (usualmente por sus variaciones eléctricas), amplificarla, traducirla analógicamente a una modalidad sensorial particular y retransmitirla (retroalimentaria) de una manera simultánea al organismo del cual se registra dicha actividad, permitiendo al sujeto percibir y modificar la actividad de estas funciones. (Palacios, Rojas y Figueras, 1987): por ejemplo, en una situa-

ción típica de retroalimentación, estudiando el desarrollo del control voluntario del ritmo cardiaco (RC), el sujeto recostado en forma confortable tiene colocados electrodos especiales en la superficie del cuerpo, que captan la información bioeléctrica; esta información es transformada en una señal que se presenta al sujeto a través de alguna modalidad sensorial (visual, auditiva, etc). La señal sigue confiablemente al RC y permite evaluar si éste alcanza un criterio predeterminado por el experimentador. Se entrena al sujeto para que intente conseguir el criterio a lo largo de varios ensayos. Se presenta la señal de manera contingente a cada latido cardiaco que vaya alcanzando el criterio. Conforme el sujeto va logrando control, el criterio de respuesta es modificado haciendo la tarea un poco más difícil, Miller (1969).

Finalmente es importante mencionar que la retroalimentación biológica ha generado un amplio campo de investigación y ha favorecido el desarrollo de tecnología biomédica que permite el monitoreo de diferentes sistemas de respuestas fisiológicas, así como también se ha considerado un paso muy importante en el desarrollo y enriquecimiento de la psicología como ciencia de la salud.

### C) RETROALIMENTACION BIOLOGICA COMO TRATAMIENTO PARA EL DOLOR DE CABEZA CRONICO

El desarrollo clínico de la RAB marca un gran interés en los procedimientos de autocontrol del dolor de cabeza crónico. Inicialmente la retroalimentación causó tremenda excitación entre los terapeutas porque ello implicaba que los pacientes con dolor de cabeza podían adquirir un control voluntario directo sobre el sistema fisiológico específico involucrado en el síndrome del dolor de cabeza.

Sin embargo, una importante serie de investigaciones recientes indican que la exacta naturaleza de la RAB no se conoce y que los efectos de todas las formas de entrenamiento en retroalimentación por ejemplo, electromiográfica (EMG), electroencefalográfica (EEG), de la temperatura (TEM), podrían ser no específicos en naturaleza (Bakal, 1982).

Así, la retroalimentación ha sido un tratamiento exitoso para abordar el fenómeno de dolor de cabeza en algunos casos y en otros ha fracasado.

En la literatura hay un gran número de investigaciones en las que la retroalimentación ha sido un tratamiento exitoso para abordar el dolor de cabeza (Katz, R., 1987). Andrasik y Holroyd (1980) en su estudio acerca de los efectos específicos

y no específicos de la retroalimentación como tratamiento para el dolor de cabeza tensional, refieren una muestra de 39 pacientes cefaléicos que recibieron entrenamiento en RAB de EMG frontal durante 7 sesiones, dichos sujetos lograron reducir los niveles de tensión muscular, el decremento en la actividad frontal fue significativo.

Hart y Cichanski (1981) compararon la retroalimentación de EMG frontal y la retroalimentación de EMG del cuello tensional encontrando que en el grupo de EMG del cuello, 8 de 11 sujetos decrementaron significativamente su dolor de cabeza, mientras que 11 sujetos de los 13 del grupo de EMG frontal eliminaron por completo sus dolores de cabeza.

En 1981, Carrobbles reporta en una investigación sobre la efectividad de la RAB en el dolor de cabeza tensional en 10 sujetos divididos en 2 grupos, al primer grupo se le dió RAB de EMG frontal, al grupo control se le dió RAB inespecífica creándoles a los sujetos de este grupo gran expectativa de cura; al final del tratamiento los resultados indican que la RAB fue significativamente superior en la condición control en reducir el dolor de cabeza. Los sujetos del grupo de RAB en EMG frontal, obtuvieron gran control sobre sus respuestas de EMG bajo diferentes condiciones estresantes, estos resultados en ambos grupos se mantuvieron a 10 meses de seguimiento (Carrobbles y Gedy, 1967).

Una reducción significativa en la contracción muscular en los pacientes cefaléicos fue observada al entrenarlos en la relajación de sus músculos frontales a través de RAB LMG a diferencia del grupo al que se le dió pseudoinformación y al grupo control que no recibió tratamiento (Budzynski, Stoyva, Adler y Mullaney, 1978).

La asociación que algunos pacientes reportan entre dolor de cabeza e incremento de la tensión muscular frontal, así como la eficacia de la RAB EMG fue evaluada por Sorgeat (1985), encontrando que los pacientes con una asociación positiva entre el dolor de cabeza y tensión muscular, mostraban una rápida mejoría sintomática, la cual desaparecía al progresar el tratamiento de RAB, los sujetos que no referían esta asociación reportaron una mejoría más lineal y gradual.

Existen muchas otras investigaciones en las que la RAB es una aproximación terapéutica efectiva como tratamiento para el dolor de cabeza crónico (Philips, C., 1977; Pearce, S., y Morley, S., 1981; Hudzinski, L. y Levenson, H., 1985; Chapman, S., 1986).

Otros estudios comparan la retroalimentación con tratamientos como la relajación Blanchard en 1977, trabajo acerca de la RAB de la temperatura en el tratamiento de la migraña, la comparó con la relajación, empleando 30 sujetos migrañosos



divididos en 2 grupos, a un grupo se le dió RAB TEM y al otro relajación, los resultados revelan que la RAB fue más efectiva en el control del dolor de cabeza así como en la duración e intensidad, pero con respecto a la frecuencia ambos grupos fueron iguales.

La relajación progresiva se ha utilizado para tratar el dolor de cabeza tipo tensional y migrañoso; cuando esta técnica se compara con la RAB, como en la investigación de Daly, Donn, Galliher y Zimmerman (1983), cuyo objetivo fue decrezentar la duración del dolor de cabeza en 57 sujetos asignados a 2 grupos, uno de tratamiento con RAB de ENG o Tem y el otro con relajación; se encontró que la relajación no fue tan buena como la RAB en reducir la duración del dolor de cabeza.

Sin embargo en algunos casos la relajación y la retroalimentación son igualmente efectivas en reducir el dolor de cabeza crónico (Helroyd, E., 1988; Reich, B., 1989). Algunos autores afirman que la relajación y la retroalimentación utilizadas en forma combinada para tratar este fenómeno, es más efectivo (Blanchard, F., Andrasik, F., 1977 y 1985), en este trabajo a 40 sujetos con tres tipos diferentes de cefalea, se les dió primeramente relajación y no mostraron mejoría significativa, subsecuentemente se les dió RAB y la mejoría fue entonces en aumento.

Chesney y Shelton aseguran que la combinación de técnicas como la retroalimentación y la relajación es más efectiva para reducir la frecuencia y duración del dolor de cabeza; la retroalimentación sola no reduce tan exitosamente intensidad, frecuencia o duración del dolor de cabeza (Blancard, B., Andrasik, F., 1985).

Así también la retroalimentación ha sido comparada con el entrenamiento en habilidades cognitivas y con el entrenamiento autogénico.

Kochnowicz y Costell en 1981, realizaron un estudio sobre el papel del entrenamiento en habilidades cognitivas para tratar desórdenes psicosemáticos, reportan que cuando se les brinda RAB a los sujetos, es más fácil identificar cogniciones particulares que provocan ansiedad en ellos y como consecuencia dolor de cabeza tensional.

En lo referente al entrenamiento autogénico y retroalimentación, Gallegos y Espinoza, 1989 emplearon 9 sujetos migrañosos bajo tres condiciones: grupo control, en esta fase los sujetos no recibieron ningún tipo de RAB; el grupo 2 que se le dió RAB de la temperatura periférica de la mano a cada sujeto y finalmente el grupo 3 que se les entrenó para subir la temperatura periférica de la mano con la presentación de frases autogénicas. Los pacientes de los dos últimos grupos

lograron aumentos significativos en la temperatura, pero solamente el grupo de RAB fue efectivo en el control de la migraña, por lo que se refiere a la disminución en frecuencia de dolores de cabeza y número de medicamentos utilizados.

Existen otras investigaciones en las que la retroalimentación es más efectiva que el entrenamiento autogénico (Blanchard, e., Theobald, D., Brown, D., Silver, B. y Williamson, D., 1978; Diamond, S., 1987.

En resumen la retroalimentación es un tratamiento exitoso en cuanto a mejoría del dolor de cabeza, de 30 revisiones hechas, ninguna refiere fracaso de dicha técnica, hay una fuerte tendencia a no reportar los fracasos, debido a ello se pierde información que obstaculiza la investigación y no permite depurar la técnica de RAB, aunque Sidman (1973) refiere que todos los resultados de una investigación son igualmente importantes.

Existen otros tratamientos conductuales para abordar el dolor de cabeza crónico, uno de ellos es el entrenamiento asertivo, este entrenamiento y su relación con el dolor de cabeza se reporta en el capítulo siguiente.

## CAPITULO II

## ENTRENAMIENTO ASERTIVO

Los seres humanos desean una vida de dignidad y autorrealización, sin embargo a través de diversas experiencias, parece ser que la sociedad nos enseña a actuar de un modo incompatible con nuestros objetivos.

Como resultado el mundo está lleno de personas que no conocen su propia fuerza, o que han aprendido a actuar de una manera pobre porque creen que tienen muchas limitaciones. Juzgan imposible la manifestación de algunas expresiones, como la cólera y la ternura y a veces ni siquiera la sienten. Se inclinan humildemente ante los deseos de los demás y encierran los suyos en su interior. Como no poseen el control de su propia vida, cada vez se sienten más inseguros y aceptan ese estado de inseguridad justificando su pasividad y temor con excusas como: "si replico los demás se disgustarán conmigo", "si me niego a hacer esto me rechazarán", "si pido esto, fracasaré".

En términos psicológicos se dice que tienen una personalidad inhibida, creen tener muchas razones para no actuar. Carentes de autosuficiencia viven la vida según las reglas y caprichos de otros. No saben quienes son, que sienten ni

que quieren.

Pero la más importante de todo esto, es entender que estas conductas se aprenden y que por ello es posible establecer cambios que mejoren la personalidad de los individuos, para ello se emplean técnicas conductuales como el entrenamiento asertivo, dicha aproximación terapéutica se utiliza para abordar problemas como la inseguridad, timidez, depresión, ansiedad al hablar en público, problemas maritales, falta de desarrollo personal y éxito, angustia e inclusive síntomas psicósomáticos que van desde la fatiga y el dolor de cabeza, hasta trastornos de salud más graves.

#### A) ANTECEDENTES DEL ENTRENAMIENTO ASERTIVO

El entrenamiento asertivo surge desde el año de 1949 cuando Andres Salter en su Condition de Reflex Therapy describe una forma temprana de entrenamiento asertivo, esta fue la primera obra importante que resalta las virtudes de la conducta de tipo asertivo, en este momento no se le dió fuerte impulso a la asertividad por algunas razones como: la interpretación de aprendizaje de la teoría psicodinámica de Dollard y Miller era buscada y leída, y la ultracconductista Science and Human Behavior de Skinner esperaba a tener un impacto considerable, también influyó la forma en que Salter dió a conocer sus investigaciones, esto causó efectos antagónicos en algunos clínicos

psicoanalistas, debido a que atacó fuertemente al psicoanálisis, como consecuencia no se le dió el mérito adecuado a su enfoque. Salter empleaba los procedimientos asertivos para tratar cualquier alteración psicológica, su técnica parecía no hacer caso de las consecuencias de la conducta impulsiva, espontánea (Rimm y Masters, 1987), lo que originaba poca credibilidad acerca de este tipo de entrenamiento por parte de los clínicos de esa época.

Las técnicas utilizadas por Salter se resumen brevemente en seis ejercicios excitatorios, (Salter, 1949):

- Externar los sentimientos.
- Expresión facial
- Expresar desacuerdos
- Práctica en el uso del pronombre yo
- Práctica en concordar cuando se alaba a uno
- Práctica en improvisar

El impacto mayor en el desarrollo del entrenamiento asertivo, aparece con los escritos de Joseph Wolpe en 1958, tal vez debido a que en ese momento las instituciones psicológicas y psiquiátricas se encontraban con más disposición para tomar el enfoque basado en el aprendizaje o conductual, aparece Psychoterapy by Reciprocal Inhibition de Wolpe. (Alberti, 1977); además también influyó el que la aceptación en forma

temprana de la desensibilización sistemática facilitó la aceptación del entrenamiento asertivo, Wolpe consideró que la desensibilización y el entrenamiento asertivo estaban teóricamente ligados de manera íntima.

Otras contribuciones a las técnicas actuales del entrenamiento asertivo, han sido el psicodrama, cuyo fundador fue Moreno (1946, 1955), el psicodrama consiste en dramatizar en escena actitudes y conflictos de la vida real de los pacientes, marcando fuertemente la espontaneidad de la que habla Salter; el psicodrama es muy similar a una de las técnicas asertivas de Wolpe, en el ensayo de la conducta.

Las contribuciones de Kelly (1955) tienen una relación al menos indirecta con el entrenamiento asertivo, este enfoque cognitivo-conductual consiste en deducir un drama corto sobre la personalidad de un individuo imaginario que no sufra de ansiedad o conflictos que aquejan al paciente preparándosele para que asuma su papel. Esto significa comportarse de manera congruente con el papel y adoptar la manera de percibir el mundo de la persona ficticia, hasta que el sujeto sienta que no está desempeñando un papel. Los pacientes experimentan un cambio de actitud como consecuencia del tratamiento. Este tipo de terapia es llamada de "rol fijo", es muy similar a las técnicas del ensayo de conducta que conforman el entrenamiento asertivo, aunque no modifique cogniciones.



Stevenson (1959) dió entrenamiento asertivo a 21 pacientes, de los cuales 12 conservaron su mejoría, un año después del entrenamiento. Stevenson y Wolpe (1960) trataron a 3 varones homosexuales con entrenamiento asertivo, en la medida en que estos sujetos se volvieron más asertivos, sus relaciones heterosexuales mejoraron.

Más tarde, Wolpe y Lazarus (1966) diferenciaron claramente la conducta asertiva de la conducta agresiva y utilizaron varios procedimientos del juego de roles, como parte del entrenamiento asertivo.

Lazarus (1971), uno de los más famosos terapeutas de la conducta, se separa de las técnicas de juegos humanos, prefiriendo enfoques más directos. Lazarus propone que se utilice menos la aserción pasiva y se entrene a los sujetos a ser más activos, a compartir sus sentimientos, tanto positivos o negativos, de manera directa y honesta, llamado entrenamiento en la libertad emocional, sin que este tipo de entrenamiento conlleve a situaciones desastrosas para el paciente.

Así, el EA se emplea cada vez más para abordar una diversidad de alteraciones psicológicas.

## B) NATURALEZA DEL ENTRENAMIENTO ASERTIVO.

Uno de los primeros investigadores que empleó el término asertividad como desarrollo de la conducta interpersonal es Joseph Wolpe (1958, 1973). Su primer trabajo en el contracondicionamiento de la ansiedad condujo al concepto de "inhibición recíproca" -el cual menciona que el organismo puede "desaprender" la ansiedad mediante el apareamiento de estímulos provocadores de ansiedad con respuestas inhibitorias de la misma-. Las respuestas inhibitorias de la ansiedad son, según Wolpe, la relajación, la asertividad y el sexo (respuesta sexual). La asertividad puede aparearse con estímulos provocadores de ansiedad para inhibir y eventualmente eliminar esta, de acuerdo a Wolpe. Así Wolpe (1973) define la conducta asertiva como la expresión adecuada dirigida hacia otra persona de cualquier emoción que no sea la de respuesta de ansiedad.

La concepción de asertividad para Lazarus (1971), a diferencia de la de Wolpe, es un concepto más estrecho, que únicamente abarca la defensa de derechos en contraposición a la "libertad emocional", que incluye los matices de amor y afecto, empatía y compasión, admiración y aprecio, curiosidad-interés, así como ira, dolor, recordamiento, escepticismo, temor y tristeza. "Un entrenamiento en la libertad emocional involucra el reconocimiento y la manifestación adecuada de cada estado afectivo".

Lazarus (1971) define la conducta asertiva como aquel aspecto de la libertad emocional que está relacionado para manifestar la capacidad de pelear por los propios derechos; así "el entrenamiento asertivo involucra el reconocimiento y la manifestación adecuada de cada estado afectivo".

La aserción se ha definido también como "la habilidad aprendida para expresar los sentimientos y preferencias cuando se experimentan, sin molestar a otros. es la habilidad para ejercer los derechos propios sin violar o infringir los derechos de los demás". (Cotler y Guerra, 1976).

Una definición muy similar a la de Cotler y Guerra, es la de Lang y Jakubowski (1976). sin embargo estos autores toman en cuenta los aspectos cognitivos del ser humano como parte del EA; debido a esto, la presente investigación se basó en este enfoque.

Para Lang y Jakubowski, el EA incorpora cuatro procesos básicos:

1.- La gente aprende la diferencia entre aserción y agresión y entre no aserción y cortesía.

2.- Ayudar a la gente a identificar y aceptar ambos, sus derechos propios y los derechos de los demás.

3.- Reducir o modificar las cogniciones que obstaculizan al sujeto para actuar asertivamente.

4.- Desarrollar habilidades asertivas por medio de métodos prácticos activos.

Por otra parte, otros autores definen la conducta asertiva como la conducta interpersonal que implica la expresión honesta y relativamente recta de los sentimientos, (Rimm y Masters, 1987).

El entrenamiento asertivo se encarga de modificar las conductas no asertivas, es decir, es un procedimiento encaminado a promover la adquisición o modificación de formas de interacción personal tendientes a expresar de una manera honesta y directa los pensamientos y sentimientos de los sujetos, así como hacer valer los derechos ajenos y los propios; el entrenamiento asertivo se basa en un descondicionamiento de las respuestas inadecuadas de ansiedad ante las relaciones interpersonales del paciente con otras personas (Wolpe y Lazarus, 1966).

El EA propone diseñar la forma de lograr una comunicación más profunda con los demás, un enfoque activo de la vida y un mayor dominio propio.

Es importante señalar el que no se confunda a la conducta asertiva, con la conducta agresiva o manipuladora: la conducta agresiva es un acto contra los demás, ser asertivo es la defensa adecuada de uno mismo; la conducta manipuladora es para controlar a los demás, el EA dota al sujeto de mayor confianza en sí mismo, elimina conductas erróneas que lo hacen sentir mal consigo mismo.

La asertividad incrementada beneficia al sujeto en dos formas significativas: en primer lugar se considera que comportarse de manera más asertiva inspirará al individuo un mayor sentimiento de bienestar. De hecho, Wolpe (1958, 1969) considera que la respuesta asertiva es muy similar a la relajación muscular profunda, en cuanto a su capacidad para inhibir recíprocamente la ansiedad. Los informes subjetivos de los sujetos sometidos al EA tienden a corroborar el punto de vista de que la asertividad inhibe la ansiedad. (Rimm y Masters, 1987). En segundo lugar, se admite que al comportarse de manera más asertiva, el individuo será más capaz de lograr recompensas sociales significativas, obteniendo así mayor satisfacción de la vida.

#### C) ENTRENAMIENTO ASERTIVO Y DOLOR DE CABEZA.

Todo dolor de cabeza debe ser visto primeramente por

un médico. Hay ocasiones en que el dolor de cabeza puede ser producido por un desarreglo fisiológico que pone en peligro la vida y requiere de tratamiento médico inmediato, cuando el dolor de cabeza no tiene una causa orgánica asociada, se habla de un dolor de tipo psicossomático (Zapata, 1986), para abordar este tipo de dolor se han creado técnicas cognitivo-conductuales, como el entrenamiento asertivo (EA).

En lo referente al dolor de cabeza crónico y EA, es mínima la información que existe en la literatura acerca de esta relación; Jones y Page (1986) investigaron si existe alguna relación entre la asertividad como variable de personalidad y el dolor de cabeza, estos autores aplicaron el cuestionario de Rathus Assertiveness Schedule a 222 sujetos que padecían de dolor de cabeza, ya sea de tipo mixto, tensional o migraña, encontrando que los hombres son más asertivos, las mujeres tienden a ser menos asertivas y presentan dolores de cabeza más frecuentes.

Palacios et al. (1987) reportan que respecto a la cefalea crónica se ha observado que hay una relación entre estrés y déficit asertivo.

En una investigación acerca de comparación psicológica entre una muestra de sujetos con dolor de cabeza crónica y otra sin dolor, Palacios, Rojas y Figueroa (1991) refieren

que las mujeres con dolor presentan más dificultades para relacionarse con el resto de la gente, estas mujeres, tienden más bien, al aislamiento social, como resultado de la falta de habilidades para solicitar ayuda, defender sus derechos, expresar sus molestias, sus afectos, opiniones, negarse ante situaciones injustas, etc., todo lo cual representa un déficit en habilidades afirmativas.

Existen otros estudios que aseveran que los sufridores de dolor de cabeza presentan problemas en la esfera interpersonal, quienes emplean diferentes conceptualizaciones tales como inadecuación social (Passchier y cols., 1990); incompetencia social (Reig y cols., 1985), dificultades de interacción social (de Bois y de Bois, 1986); estrés interpersonal (Demjen y cols., 1990); timidez (Kowal y Pritchard, 1990) y dificultades interpersonales (Benedittis y cols., 1990).

Si bien se han reportado déficits significativos en el comportamiento afirmativo en los pacientes con dolor de cabeza crónico, no se ha establecido con claridad la relación entre éstos y el dolor. La ausencia de cambios significativos en el dolor de cabeza de los pacientes que han recibido el EA sugieren que esa posible relación no es estrecha. Sin embargo, dado que los cambios en el comportamiento afirmativo implican modificaciones profundas en el estilo de interacción social de las personas, es posible que los cambios ocurran

más lentamente de lo que puede estar sucediendo con los efectos de la RAB, (Rojas, 1991). Esto es, a corto plazo es más efectivo el tratamiento con RAB y a largo plazo el EA; en términos de índice de mejoría ambos tratamientos son iguales a largo plazo, (Rojas, 1991).



### CAPITULO III

## CARACTERISTICAS GENERALES DE LA INSTITUCION

### 1.- Delegación Política.

El municipio de Ecatepec de Morelos se encuentra localizado dentro del territorio del Estado de México, tiene una superficie total de 155.49 km.<sup>2</sup> (lo que equivale al 6.91% del territorio del Estado). Quedan comprendidos dentro del Municipio: 1 ciudad, 6 pueblos, 6 ejidos, 2 rancherías, 65 fraccionamientos, 147 colonias y 3 barrios. Los límites geográficos de Ecatepec son:

NORTE: Municipio de Tecamac, ver Anexo 1

SUR : Distrito Federal y Municipio de Netzahualcoyotl

ESTE : Municipios de Acolman y Atenco

OESTE: Municipio de Tlalnepantla y Coacalco

Políticamente el Municipio de Ecatepec está dividido en 16 Delegaciones y 217 subdelegaciones.

Con respecto a comunicaciones, el Municipio de Ecatepec cuenta con 78 kilómetros de carreteras:

Pavimentadas 63 kilómetros

Terracería y brechas 15 kilómetros

### Ferrocarriles 25 kilómetros

El transporte de pasajeros en Ecatepec se realiza por medio de autobuses urbanos, automóviles colectivos, taxis y autos particulares, permitiendo así la conexión con los puntos céntricos de la ciudad.

Durante la última década, el Municipio de Ecatepec de Morelos se convirtió en una vía de acceso a otros municipios lo que sumado al incremento en la actividad industrial generó un crecimiento explosivo de la población del 15.52% anual, entre 1970-1980.

La población total de Ecatepec, de acuerdo a la información del Gobierno del Estado de México es:

AÑO	HABITANTES
1988	1'585,633
1989	1'807,678
1990	2'062,450

De acuerdo con los datos de la distribución poblacional por edades, la población del municipio está formada principalmente por niños y jóvenes.

De acuerdo a los datos municipales, el 25% de la

población económicamente activa se dedica a la industria de transformación (Agricultura, ganadería, explotación de minas y canteras, comercio); sin embargo, hay un 27% que no tiene actividad definida, que puede considerarse como subempleado y manifiesta el desarrollo de actividades de índole marginal y eventual.

Aún cuando la urbanización prosigue, no es suficiente para satisfacer la demanda de servicios públicos y por ello hay, problemas en el abasto de agua, drenaje y pavimentación, mismos que se relacionan con las enfermedades gastrointestinales que padece la población, y que se relacionan también con deficientes hábitos higiénicos y con el manejo de excretas y de basura.

El sector salud en el Municipio de Ecatepec está constituido por:

Clinica IMSS 4, Hospital IMSS 1, clínica ISSSTE 1, clínica hospital ISSEMIM 1, clínica DIF 2, Estancias Infantiles DIF 1, albergue infantil temporal DIF 1, consultorios periféricos DIF 8, clínica hospital particulares 22, consultorios generales privados 198, consultorios dentales privados 113, hospital Cruz Roja 1, clínica de SSA 16, consultorios generales de salud pública municipal 30, consultorios dentales de salud pública municipal 7.

En cuanto al tipo de vivienda de la población:

casa sola	42.8398%
Departamento	45.6768%
Vecindad	11.4834%

NOTA: Porcentaje calculado de una muestra de 131338 viviendas.

A nivel educativo, cuenta con los siguientes Centros y Escuelas:

Preescolar	61 escuelas
Primaria	255 escuelas
Educación Media	43 escuelas
Ciclo superior	6 escuelas
Normal	2 escuelas
Educación Súper	1 escuela

2.- Institución donde se realizó el Servicio Social.

Hospital General "Dr. José María Rodríguez".

a) antecedentes Históricos:

A causa de los sismos ocurridos en Septiembre de 1985, hubo pérdidas irreparables humanas y de infraestructura

de servicios de salud, debido a ello se emprendió el Programa de Reconstrucción acordado por el Dr. Guillermo Soberón, Secretario de Salud en esa época.

El día 2 de Abril de 1986, el Presidente de la República Lic. Miguel de la Madrid colocó la primera columna de los Hospitales Generales de Atizapán, Ecatepec, Cuatitlán Toluca, Nezahualcoyotl y Naucalpan, en el Estado de México; financiados con recursos de la sociedad aportados a través del fondo Nacional de Reconstrucción.

El día 27 de Abril de 1987, el primer mandatario pone en servicio de la población los 4 Hospitales de 144 camas, comprendidos en el programa de Reconstrucción y Reordenamiento de los servicios de salud. cuyos objetivos primordiales son:

Contribuir a un desarrollo regional más equilibrado y un desarrollo urbano más sano.

Observa las normas de uso del suelo.

Tomar en cuenta la planeación integral de la zona metropolitana de la Ciudad de México para la redistribución de la oferta hospitalaria

Mejor balance a los tres niveles de atención a

la salud.

Apoyar la descentralización de la vida nacional a través de la consolidación de servicios de salud regionalizados y autocontenidos.

b) Organización interna y funciones.

El Hospital General de Ecatepec \*Dr. Jose Ma. Rodríguez\* orgánicamente tiene 7 divisiones Médicas y Paramédicas con los siguientes servicios:

DIVISION

Medicina Interna

SERVICIOS

Hospitalización

Consulta Externa

Terapia Intensiva

Urgencias

Hematología

Dermatología

Psiquiatría

Psicología

Cirugía General

Hospitalización

Consulta Externa

Quirofano

Endoscopia

	Oftalmología
	Odontología
	Cirugía Maxilofacial
	Otorrinolaringología
	Ortopedia y Traumatología
Gineco-Obstetricia	Hospitalización
	Consulta Externa
	Unidad Tocoquirúrgica
Pediatría	Hospitalización
	Consulta Externa
	Neonatología
Medicina Preventiva	Epidemiología
Auxiliares de diagnóstico y Tratamiento	Anestesiología
	Anatomía patológica
	Laboratorio Clínico
	Laboratorio Bacteriológico
	Radio-diagnóstico
	Ultrasonografía
	Banco de sangre
Servicios Paramédicos	Registros Hospitalarios
	Farmacia



Trabajo Social  
Dietología  
Farmacología

Organigrama en Anexo 2.

El cuerpo de gobierno esta constituido por:

- Dirección
- Consejos de administración
- Consejo tecnico
- Sub-Dirección médica: en donde se encuentran Recursos financieros. Recursos humanos. Recursos materiales Servicios Generales Ingeniería y Mantenimiento, Control y Sistematización.
- Sub-Dirección Administrativa
- Jefatura de Servicios Médicos
- Jefatura de Auxiliares de tratamiento y diagnóstico
- Jefatura de Servicios Paramédicos
- Jefatura de Enfermería
- Jefatura Departamento
- Jefatura de Enseñanza
- Departamento de Información y Bases

#### FUNCIONES

Atención preventiva, curativa y rehabilitación, inves-

tigación clínica, formación y desarrollo de recursos humanos para la salud, así como adiestramiento, capacitación. Reducir la morbilidad y mortalidad.

Para la prevención se realizarán acciones de: vacunación, control sanitario para la salud.

Las actividades curativas son atendidas por el servicio de urgencias. Consulta Externa y Hospitalización: las urgencias, son médico-quirúrgicas de niños y adultos.

Las actividades, de consulta externa comprenden las siguientes especialidades:

Gineco-obstetricia  
Pediatría  
Hematología  
Ortopedia  
Traumatología  
Oftalmología  
Otorrinolaringología  
Odontología  
Dermatología  
Psiquiatría  
Psicología  
Clínica del Dolor

c) Servicios que presta a la comunidad:

Cirugía general, Gineco-obstetricia, Medicina Interna, Pediatría, Hematología, Traumatología, Ortopedia, Cirugía Plástica, Otorrinolaringología, Oftalmología, Cirugía Maxilo-Facial, Odontología, Dermatología, Psiquiatría, Psicología, Terapia Intensiva, Clínica del dolor, Trabajo Social, Dietética, Farmacia, Banco de Sangre y laboratorio Clínico.

c) Recursos Humanos y Materiales.

Personal Médico

General	1
Especialista	61

Personal Paramédico

Enfermería:

General	45
Especialista	20
Auxiliar	105

Otro personal Paramédico 48

Personal auxiliar de Diagnóstico y tratamiento 31

Personal Administrativo 91

Personal de servicios generales 37

les

## Consultorios de Especialidades 10

Compartidos en la siguientes especialidades:

Oftalmología	1
Ginecología	2
Cirugía General	1
Odontología	1
Otorrinolaringología	1
Cirugía Maxilo Facial	1
Cirugía Plástica	1
Epidemiología	1
Pediatría	1
Psiquiatría	1
Dermatología	1
Medicina Interna	1
Hematología	1
Traumatología y ortopedia	1
Consultorios de urgencias	3
Archivos clínicos	1
Camas censables	144

Distribución en las siguientes áreas:

Medicina Interna	36
Pediatría	36
Gineco-Obstetricia	36
Cirugía	36

Camas no censables	59
Camas de labor	4
Camas de Recuperación	10
Camas de Terapia Médico Intensiva	4
Camillas en Urgencias	2
Camas en Urgencias adultos	8
Camas en Urgencias pediátricas	5
Cunas de Recien Nacidos censables	12
Cunas de Recien Nacidos no censables	30
Incubadoras en Cuneros	8
Unidades dentales	1
Unidades de Radiodiagnóstico	5
Archivos de placas	1
Laboratorios clínicos	6
Laboratorios bacteriológicos	1
laboratorios de Anatomía patológica	2
Ultrasonido	1
Electroencefalografía	1
Salas de Operación	3
Mesas de Operación	3
Salas de Expulsión	2
Mesas de Expulsión	2
Bancos de Sangre	1
Bancos de leche	1
Farmacias	1
Aulas de enseñanza	2

Auditorios	1
Butacas	62
Vehículos de Ambulancias	2
Vehículos de Servicio General	3

## CAPITULO IV

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS

### A) SERVICIO SOCIAL:

Terapeuta: entrenando a los alumnos en la atención a pacientes con dolor de cabezacrónico, desde como realizar recepciones, hasta evaluación psicológica y tratamiento.

Coterapeuta: del terapeuta que realizaba las sesiones del entrenamiento asertivo.

Recepciones: 140, que consiste de cuestionarios con los que se realiza el primer filtro de pacientes para quedar dentro del servicio.

Evaluaciones psicológicas: 45, aplicación de una historia clínica y los inventarios de temores, depresión, asertividad, ideas irracionales y el MMPI a cada paciente.

Tratamientos: 20, ya sea de RAB o EA

Seguimientos: 3, se cita a los pacientes tres meses después de terminado el tratamiento.

Funciones Administrativas: 6 informes mensuales de actividades de todo el equipo de psicología en el Hospital.



## B) INVESTIGACION:

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existen características psicológicas en pacientes con dolor de cabeza crónico que se asocien a la efectividad del tratamiento de RAB y/o tratamiento asertivo?

### OBJETIVOS GENERALES:

Determinar características psicológicas distintivas que se asocien al tratamiento de RAB en pacientes con cefalea crónica.

Determinar características psicológicas distintivas que se asocien al Entrenamiento Asertivo en pacientes con cefalea crónica.

### OBJETIVOS PARTICULARES:

Establecer la correlación entre los rasgos de personalidad del paciente con cefalea crónica con respecto al índice de mejoría en la aplicación de las técnicas de RAB y EA.

Establecer un procedimiento que permita predecir un mayor grado de éxito o fracaso en la aplicación de las

técnicas empleadas en el paciente con cefalea crónica.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Evaluar índices de depresión en pacientes con dolor de cabeza crónico que recibieron RAB o EA.

Evaluar índices, de temores en pacientes con dolor de cabeza crónico que recibieron RAB o EA.

Evaluar índices de asertividad en pacientes con dolor de cabeza crónico que recibieron RAB o EA.

Evaluar índices de ideas irracionales en pacientes con dolor de cabeza crónico que recibieron RAB o EA.

Evaluar índices del MMPI en pacientes con dolor de cabeza crónico que recibieron RAB o EA.

Comparar índices de depresión entre la submuestra de pacientes exitosos con la submuestra de pacientes fracaso en ambos tratamientos.

Comparar índices de temores entre la submuestra de pacientes exitosos con la submuestra de pacientes fracaso en ambos tratamientos.

Comparar índices de asertividad entre la submuestra de pacientes éxitosos con la submuestra de pacientes fracaso en ambos tratamientos.

Comparar índices de ideas irracionales entre la submuestra de pacientes éxitosos con la submuestra de pacientes fracaso en ambos tratamientos.

Comparar índices del MMPI entre la submuestra de pacientes éxitosos con la submuestra de pacientes fracaso en ambos tratamientos.

#### VARIABLES

Variables atributivas:

(Retroalimentación Biológica)

(Entrenamiento Asertivo)

Dado que estas variables en este reporte no se manipulan, sino tan sólo se retomaron los indicadores psicológicos y los índices de mayoría, estas se consideran no activas para los fines de la presente investigación.

Variables dependientes:

Índice de depresión

Indice de temores  
Indice de asertividad  
Indice de ideas irracionales  
Indice del MMPI  
Indice de éxito  
Indice de fracaso

Criterios de selección.

Inclusión:

- Sujetos con seis meses de evolución del dolor de cabeza.
- Mayores de 15 años y menores de 60 años.
- Escolaridad: mínimo saber leer y escribir.
- Pacientes que acudieron a la Clínica del Dolor del Hospital General "Dr. José Ma. Rodríguez".
- Pacientes que hayan recibido tratamiento de RAB o EA.

Exclusión:

- Antecedentes psiquiátricos de tipo psicótico o esquizofrénico.
- Hipertensión Arterial.
- Anemia clínica o de laboratorio.
- Sintomatología neurológica diversa, en especial, crisis convulsivas episódicas, o cuadros epilépticos, antecedentes de traumatismo craneo encefálico, padecimientos cerebrovasculares, neuralgias.
- Pacientes con hábitos higiénicos deficientes.
- Antecedentes personales o familiares de teniasis por tenia solium.
- Patología sinusal (frontal maxilar y etmoidal).
- Otitis, mastoiditis e inflamación del conducto auditivo externo.
- Anomalías anatómicas o traumatismos de la nariz.

- Patología oftálmicas (astigmatismo, etc.).
- Alcoholismo crónico.
- Padecimientos de la columna cervical, traumatismos inflamatorios de vías respiratorias altas.
- Antecedentes inmediatos de padecimientos de naturaleza tóxica o alérgica.
- Pacientes en los cuales las radiografías simples de cráneo, fondo de ojo, biometría hemática, química sanguínea, revelen alguna alteración.

#### DEFINICION DE TERMINOS

Variables atributivas: son cualquier variable que no se pueda manipular, están inherentes al sujeto.

Retroalimentación biológica: definida en capítulo I.

Entrenamiento asertivo: definido en capítulo II.

Indice de depresión: puntaje total obtenido por cada paciente en el inventario de Depresión de Beck y cols.

Indice de temores: puntaje total obtenido por cada paciente en el inventario de Temores.

Indice de asertividad: déficit total obtenido de cada paciente en el inventario de Asertividad.

Indice de ideas irracionales: porcentaje de cada escala que rebasa el 40% establecido por Jones (1968) como límite de racionalidad, en cada paciente en el inventario de Ideas Irracionales.

Indice del MMPI: puntaje obtenido en cada una de las escalas, en este inventario se tomaron en cuenta las características de personalidad de cada sujeto.

Indice de éxito: 70% en adelante en indice de mejoría de cada paciente.

El índice de mejoría se calculó tomando la media de las dos últimas semanas de línea base uno (LB1) menos la media de las dos últimas semanas de línea base dos (LB2) entre la media de las dos últimas semanas de LB1, todo se multiplicó por 100.

$$X \ 100 \ \frac{X2 \ \text{últimas sem LB1} - X2 \ \text{últimas sem LB2}}{X2 \ \text{últimas sem LB1}}$$

Indice de fracaso: 69.9% o menos en indice de mejoría  
de cada paciente.



## METODO

### SUJETOS

En esta investigación se trabajó con una muestra de 20 sujetos de ambos sexos, mayores de 15 años y menores de 60, mínimo que supieran leer y escribir, de clase baja, que pertenecieran a la Clínica del Dolor del Hospital General "José Ma. Rodríguez" y tuvieran por lo menos 6 meses de padecer dolor de cadera, con una evaluación psicológica completa y que recibieran tratamiento de RAE y EA.

### MATERIALES

- Hoja de registro de datos semanales, ver Anexo 3.
- Inventario de Depresión de Beck (Beck y cols., 1961), ver Anexo 4.
- Inventario de Temores (Wolpe y Lang, 1969), ver Anexo 5.
- Inventario de Afirmitividad de Gembrill y Richley (1975), ver Anexo 6.
- Matriz de Aserción de Cotler y Guerra (1976), ver Anexo 7.
- Inventario de Ideas Irracionales (Jones, 1965), ver Anexo 8.

- Inventario Multifásico de la Personalidad Minesota (MMPI) (Nuñez, 1979).

## PROCEDIMIENTO

Se empleó un diseño ex-postfacto.

De la muestra de 20 sujetos, se dividieron 2 grupos: grupo 1 de 10 sujetos que recibieron EA, estos a su vez se dividieron en dos submuestras, la submuestra EA-1 de 5 sujetos en los que el tratamiento fracasó y la submuestra EA-2 de 5 sujetos que tuvieron éxito. El grupo 2 de 10 sujetos que recibieron RAB, divididos en dos submuestras RAB-1 con sujetos donde el tratamiento fracasó y RAB-2 donde fue exitoso; el éxito y fracaso se determinó con base en el índice de mejoría que se obtuvo de la hoja de datos semanales, los sujetos con 70% en adelante en índice de mejoría, formaron el grupo de éxito y los sujetos con 69.9% o menos en índice de mejoría el grupo de fracaso. Se tomaron los puntajes de cada inventario mencionados en el apartado de materiales, en el caso del inventario de Ideas Irracionales y MMPI se tomaron los puntajes de cada escala. Se correlacionaron los índices de cada inventario y de cada escala con los índices de mejoría en cada grupo.

Para todo el procedimiento de evaluación psicológica y tratamiento, consultar el protocolo de Palacios, Rojas y

Figuroa. Evaluación integral y tratamiento no farmacológico del paciente con dolor de cabeza crónico, del cual se deriva esta investigación.

## RESULTADOS

En cuanto a las características de la población se observa (ver tabla 1) que se trata de una población joven ( $X = 33$  años), predominantemente del sexo femenino (90%), cuyo nivel de escolaridad es más bien bajo, primaria (60%). En lo referente al estado civil el 65% de la muestra son casados y tienen como ocupación el hogar el 50%. Todos los sujetos que conforman la muestra pertenecen a la religión católica.

En cuanto al diagnóstico de dolor de cabeza, el 50% de la población presentó una cefalea de tipo mixto, con un periodo de evolución en promedio de 17 años.

En relación a los puntajes obtenidos por cada paciente en los inventarios de depresión, temores, asertividad, ideas irracionales y MMPI, así como el índice de mejoría, se determinó la mediana, ver Anexos 10 y 11. En la gráfica 1 se muestra la mediana por grupo de tratamiento con base en los puntajes de depresión, de igual manera se llevo a cabo con los puntajes de temores (gráfica 2) y asertividad (gráfica 3). En la gráfica 4 se muestra la mediana de cada escala en el grupo de RAB con base en los puntajes de las ideas irracionales. En la gráfica 5 se muestra la mediana de cada escala del grupo de EA. Finalmente en la gráfica 6 se muestra la mediana de cada

escala en el grupo de RAB con base en los puntajes de cada una de las escalas. En la gráfica 7 aparece la mediana de cada escala en el grupo de EA.

Por otra parte, el análisis estadístico se llevo a cabo por medio del coeficiente de correlación de rangos de Spearman, los resultados más significativos fueron únicamente 6, como se muestra en la tabla 2 y con los cuales se pudo determinar predictores de éxito o fracaso a los tratamientos de RAB y EA.

## DISCUSION Y CONCLUSIONES

Con base en el análisis estadístico que se llevó a cabo en esta investigación, la interpretación de los resultados arroja la información siguiente:

En el subgrupo de EA-fracaso, entre más alto es el índice depresivo menor es el índice de mejoría; desde el punto de vista de Spence, Carson y Thibaut (1976), los pacientes deprimidos han aprendido o manejan el pensamiento de que no pueden controlar esas partes de su vida que alivia su sufrimiento o les brinda gratificación, esto es, creen que son inútiles. Así entre más depresión experimenta el sujeto, los sentimientos de inutilidad que se acompañan de inseguridad, pesimismo y culpa, se acentúan como consecuencia de no poder controlar el medio ambiente en el que se desarrolla y que otros sujetos sí pueden controlar (Seligman, 1975; Hollon y Beck, 1979). En este mismo subgrupo, entre más alto es el índice de temores, menor es el índice de mejoría; los pacientes con características de personalidad fóbica, experimentan una serie de temores ante objetos o situaciones que ellos perciben como amenazantes a su integridad física y psíquica, por la ansiedad que les produce el participar en dichas situaciones prefieren evitarlas (Makinon, 1985).

Por otra parte con base en el trabajo clínico, el paciente con manifestaciones fóbicas importantes no puede integrarse a un grupo de entrenamiento asertivo sin que previamente se haya sometido a una desensibilización sistemática, ya que se ha observado que sujetos que presentan índices elevados en el inventario de temores por lo regular son personas que también presentan lo que se llama ansiedad social, debido a esto el desenvolvimiento de este tipo de personas resulta obstaculizado fundamentalmente al interior de un grupo, (Palacios, 1991).

En el subgrupo de entrenamiento asertivo-éxito, por su parte, entre más baja es la puntuación en la escala L del MMPI, mayor es el índice de mejoría. Cuando la escala L tiene un puntaje bajo, habla de sujetos socialmente adecuados, seguros de sí mismos, con fluidez verbal y muy comunicativos, espontáneos, de ideas ingeniosas y con capacidad de ser líderes efectivos. A estos sujetos no les importa exponerse al rechazo social, en consecuencia estos sujetos, y a diferencia de la correlación anterior, no presentan problemas para integrarse a un tratamiento grupal, ya que las características que se manifiestan a través de la escala L indicarían, entre otras cosas, cierta habilidad social, (Nuñez, 1979). Es importante mencionar que aunque algunos sujetos tengan algunas habilidades sociales o sean socialmente adecuados, así como comunicativos, no quiere decir que sean necesariamente asertivos, se

puede hacer referencia a sujetos extrovertidos, pero que no son capaces de defender sus derechos, expresar adecuadamente sus sentimientos y preferencias, etc. En este subgrupo, la correlación positiva entre la escala K del MMPI y el índice de mejoría denota que los sujetos con un puntaje alto en esta escala, tienen una fuerza yélica y capacidad de insight adecuados (Reyes, 1990), se consideran ingeniosos, emprendedores, dinámicos, son muy hábiles en mantener y manejar situaciones sociales y de conflicto, es decir, entre más recursos psicológicos tengan más probabilidad hay de éxito frente al tratamiento.

En cuanto al subgrupo de RAB-fracaso, la correlación negativa entre índice asertivo y porcentaje de mejoría indica que las personas con puntajes elevados en el inventario de asertividad tienden a la falta de habilidades para solicitar ayuda, favores, consejo; defender sus derechos, expresar sus molestias, así como afecto, enojo, opiniones, reclamos. Además son personas que creen no tener control por sí mismos en ninguna situación de su vida (Palacios, 1991). En este sentido, y a través de lo señalado por Palacios (1991 b) se desprende que puntuaciones acertadas en afirmatividad correlacionan positivamente con puntajes elevados en la escala D del MMPI, por lo que los pacientes con dolor de cabeza crónico y marcados déficits afirmativos tienden al aislamiento, lo cual podría en parte explicar su baja participación en estrategia grupal.



y en consecuencia resultar menos beneficiados del tratamiento.

En este mismo subgrupo el análisis de los resultados refirió que entre más alta sea la escala 1 del MMPI, menor es el índice de mejoría, esta correlación se interpreta como que las personas que obtienen una puntuación alta en la escala 1 tienden a expresar sus conflictos psicológicos y emocionales por medio de una canalización somática y se preocupan extremadamente por su salud física, (Nuñez, 1979). Los pacientes con puntajes elevados en la escala de hipocondriasis, son personas narcisistas, pesimistas, jerrotistas, tienden a ser demandantes y críticos con las demás personas (Graham, 1987). Por tanto y a pesar de considerar que personas con quejas somáticas pueden responder mejor a un tratamiento no psicológico (entendiendo este como aquel en el cual no se estuviera en la esfera afectiva e interpersonal, como en el caso de la RAB) parece ser que esta suposición no se confirma en casos en donde la preocupación por la salud se acentúa.

Por lo referido anteriormente se puede establecer un perfil psicológico como predictor de éxito o fracaso a un tratamiento en pacientes con dolor de cabeza crónico, como se muestra a continuación:

RAB

EA

---

Exito	-No hay datos significativos	- Puntuación baja en la <u>esca</u> la L del MMPI. - Puntuación alta en la <u>esca</u> la K del MMPI.
Fracaso	-Alto déficit asertivo. -Puntuación alta en la escala l del MMPI	- Puntaje alto en el inventa- rio de depresión. - Puntaje alto en el inventa- rio de temores

---

En cuanto a la escasa evidencia disponible, los hallazgos de este trabajo son consistentes con los de Rojas (1991) en los indicadores de RAB-fracaso, este autor sugiere que una menor somatización y preocupación corporal están asociados a un mejor pronóstico del tratamiento con RAB.

Otra investigación que apoya los hallazgos del presente estudio es el de Blanchard (1989), quien reporta que los sujetos que obtengan puntajes t de 59 o menos en la escala l del MMPI, su índice de mejoría sería del 50% o más, después de recibir RAB.

Es importante señalar, que generalmente los pacientes

con características hipocondríacas presentan una falta de comprensión de las bases psicológicas relacionadas con las preocupaciones somáticas, son sujetos en los que no es conveniente un tratamiento psicológico (Palacios, 1991).

Los datos reportados por Rojas (1991) son contradictorios con los aquí obtenidos en relación a los indicadores de EA-fracaso, este autor refiere que los pacientes con mayores índices de depresión y temores, encuentran en la dinámica grupal una situación terapéutica favorable. De igual manera, en el indicador de EA-éxito, Rojas habla acerca de que los pacientes que poseen menores recursos psicológicos, muestran mayores cambios favorables en su dolor de cabeza al término del EA. Con las reservas expresadas respecto a los resultados de este entrenamiento, es evidente la necesidad de seguir investigando las relaciones específicas entre diferentes indicadores psicológicos y este tipo de intervenciones.

Con los resultados obtenidos en este estudio, se observa que pueden existir algunos predictores psicológicos que determinen en cierta medida el éxito o fracaso de algún tratamiento en el sujeto con dolor de cabeza crónico, alcanzándose el propósito de este trabajo.

Además, si se toma en cuenta que durante todo este tiempo, la asignación de los sujetos cefaléicos a los trata-

mientos de RAB y EA se ha llevado a cabo en forma azarosa, esperando ver cómo responde el paciente a cualquier tratamiento dado, surgiendo inclusive el fracaso de dicho tratamiento. Los hallazgos de este estudio aportan el que esta asignación se realiza ya con mayor probabilidad de éxito en el tratamiento seleccionado; en este sentido los resultados son de gran valor debido a que en el Hospital General "José Ma. Rodríguez" no se cuenta con criterios fundamentados que permitan asignar a los pacientes a un determinado tratamiento.

Como se ha podido observar a lo largo de este trabajo, es mínima la literatura acerca del pronóstico del paciente a algún tratamiento con base en predictores psicológicos, debido a ello se considera que se aportó información importante en este campo; por lo cual se hace necesario fortalecer esta línea de investigación, lo cual se corrobora con Blanchard (1989), quien manifiesta que la tarea sobre predictores psicológicos en el paciente caefálico, es muy difícil y necesaria, por la ausencia de antecedentes en el área.

Por otro lado, los resultados del presente estudio no pueden generalizarse a toda la población que padece de dolor de cabeza crónico, debido a dos aspectos sobresalientes: la muestra es muy pequeña y es además homogénea por pertenecer todas las sujetas a un mismo nivel socioeconómico. Se propone que en posteriores repeticiones se utilicen muestras con

una N mayor y con sujetos de diferentes o mixtos niveles socio-económicos.

En otro sentido, es importante mencionar que esta investigación se llevó a cabo durante el servicio realizado en el Hospital General "José Ma. Rodríguez". Al inicio del trabajo en el hospital, para el psicólogo fue muy difícil el ser aceptado por parte del personal médico, se enfrentaba a miles de años de gran prestigio del médico y el pobre concepto del psicólogo en esta área. Al paso del tiempo y demostrando con trabajo y dedicación lo que la psicología puede aportar en una institución de salud, se ha logrado establecer la necesidad del psicólogo, al menos en este hospital. Esta necesidad no es únicamente para abordar a pacientes con dolor de cabeza crónico, sino también a todas aquellas personas en las que su problemática orgánica tiene a su vez alteraciones de tipo emocional, trabajando médico y psicólogo a la vez. Este trabajo multidisciplinario ha sido muy favorable, esto se fundamenta con la fuerte demanda de pacientes al servicio y con los resultados positivos que se han logrado.

Actualmente el personal médico, de trabajo social, etc. que labora en el hospital canaliza a sus pacientes al servicio de psicología cuando lo consideran necesario.

Así también el tiempo de trabajo en el hospi-

tal, se percibió que en la preparación del psicólogo a lo largo de toda la carrera existen varias carencias y deficiencias desde los primeros semestres, en el sentido de que no hay en los programas materias enfocadas a la psicología de la salud, ha excepción hecha del propio programa que tiene la limitante de ser un programa alternativo a los 3 últimos semestres de la carrera y que solamente tiene una matrícula de 10 alumnos por generación. Si únicamente se hubiera tenido el conocimiento de la psicología como está establecida en el programa normal, no se hubiera contado con las herramientas indispensables para el trabajo que se realizó en el hospital; el grupo psicología de la salud brinda al profesionista los conocimientos básicos para desarrollarse en este campo, intenta dar una visión mayor acerca del papel tan importante del psicólogo en cualquier área relacionada con la salud; también dicho grupo promueve la tarea de investigación, tarea en la que no se prepara al estudiante durante la carrera.

Aunado a lo anterior, se hace la propuesta de que se dé más apoyo estadístico a lo largo de toda la carrera pero no únicamente teórico, sino también vinculado al desarrollo de la investigación. Es necesario que se desarrollen más programas de servicio social como este, ya que por una parte se da la posibilidad de que el egresado desarrolle funciones profesionales y por la otra el programa mismo, permitirá ampliar el campo de trabajo del psicólogo, especialmente en

el sector salud que por derecho le corresponde. De esta manera el psicólogo trasciende su papel de psicómetra a terrenos como la evaluación, intervención y planeación, ejerciendo su profesión al mismo nivel que otros profesionales y haciendo aportaciones a disciplinas afines.

Se hace referencia al aspecto de evaluación y planeación, ya que se han descuidado mucho estas funciones a lo largo de gran cantidad de investigaciones sobre dolor de cabeza, estas investigaciones se han caracterizado por un enfoque excesivamente tecnocrático, por lo que se ha imposibilitado la realización de estudios sobre predictores psicológicos en el paciente cefaléico.

Finalmente, el presente trabajo destaca la importancia de la fase de evaluación como indispensable para la toma de decisiones, pues el científico no se puede dar el lujo de seguir dando "palos de ciego", sobre todo cuando se trabaja con seres humanos.

## BIBLIOGRAFIA

1. Alberti, R.E. (1977). Assertiveness. Innovations, applications, issues. California. Impact Publishers, Inc.
2. Andrasik, F. Holroyd, K.A. (1980). A test of specific and nonspecific effects in the biofeedback treatment of tension headache. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 5(48), 575-586.
3. Bakal, D.A. (1982). Psicobiology of chronic headache. Springer Publishing Company. New York.
4. Bair, J.H. (1901). Development of voluntary control. Psychological Review, 8, 474-510. En Carroble y Godoy. (1987). Biofeedback, principios y aplicaciones. España. Martínez Roca.
5. Basrajian, J.V. (1977). Development of voluntary control. Psychological Review, 8, 474-510. En Carroble, J.A. y Godoy, J. (1987). Biofeedback, principios y aplicaciones España. Martínez Roca.



6. Benedittis, D.G., Lorenzetti, A y Pierr, A. (1990). The role of stressful life events in the onset of chronic primary headache. Pain, 40, 65 - 75.
7. Black y Cott. (1977). Operant conditioning of heart rate under curare. Technical Report N. 12. Department of Psychology, Mc. Master University, Halminton, Ontario.
8. Blanchard, E.B., y Andrasik, E. (1989). Tratamiento del dolor de cabeza crónico: Un enfoque psicológico. Barcelona. Martínez Koca.
9. Blanchard, E.B., Andrasik, F., Evans, D.D., Neff, D.F. y Appelbaum, T.A. (1985). Case studies and clinical replication series. Behavioral treatment of 250 chronic headache patients: A clinical replication series. Behavior Therapy, 10, 305 - 327.
10. Blanchard, E.B., Andrasik, F., Neff, D.F., Teders, S.J., Pallmeyer, T.P., Arena, J.G., Jurish, S.E., Saunders, N.L. y Ables, T.A. (1982). Sequential comparisons of relaxation training and biofeedback in the treatment of three kinds of chronic headache or. The machines may be necessary some of the time. Behavior Research and Therapy, 20 (2), 469 - 481.

11. Blanchard, E.B., Appelbaum, K.A., Guarniori, P., Morrill, B. y Dentinger, M.P. (1977). Five year prospective follow-up on the treatment of chronic headache with biofeedback and/or relaxation. Headache, 27, 580 - 583.
12. Blanchard, E.B. y Young, L.D. (1974). Clinical applications of biofeedback training: A review of evidence. Archives of General Psychiatry, 30, 530 - 589.
13. Borgeat, F., Elie, R. y Larouche, L.M. (1985). Pain response to voluntary muscle tension increases and biofeedback efficacy in the tension headache. Headache, 25, 381 - 391.
14. Budzynski, T.H., Stoyva, J.M., Adler, C.S. y Mullaney, D.J. (1973). EMG biofeedback and tension headache: A controlled outcome study. Psychosomatic Medicine, 35, 37-49.
15. Chapman, R.F. (1986). Elimination of cigarette smoking and self-management training. Behavior Research and Therapy, 9, 255 - 264.
16. Carrobbles, J.A. y Godoy, J. (1987). Biofeedback, principios y aplicaciones. España. Martínez Roca.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

17. Cotler, S. y Guerra, J. (1976). Assertion training. San Francisco. Research Press.
18. Du Bois, R. y Du Bois, G. (1986), Behavior disorder and changel body-perception associated with migraine in adolescents: Casuistic and theoretical considerations. Nerve-narzt, 57 (6), 360 - 365.
19. Daly, E.J., Donn, P.A., Galliher, M.J. y Zimmerman, J.S. (1983). Biofeedback applications to migraine and tension headache: a double - blinded outcome study. Biofeedback and Self - Regulation, 2 (S), 135 - 152.
20. Demjen, S., Bakal D. y Dunn, B. (1990). Cognitive correlates of headache intensity andduration. Headache, 30.
21. Diamond, S., Diamond, Falk, J. y De Venio, T. (1978). Biofeedback in the treatment of vascular headache. Biofeedback and Self-Regulation, 4 (3), 385-407.
22. Engel, B.T., y Gottlieb, S. (1970). Differential operant conditioning of heart in the retrained monkey. Journal of Comparative an Physiological Psychology, 73, 217-225.

23. Gallegos, X., Espinoza, E. (1989). Retrcalimentación biológica termal versus entrenamiento autogénico en el tratamiento de la migraña. Revista Mexicana de Psicología, 1 (6), 55-60, Enero-Junio.
24. Gambrill, E. y Richey, C. (1975). An assertion inventory for use in assesment and research. Behavior Therapy, 6, 350-362.
25. Graham, J. (1987). MMPI: Guía Práctica. México. Ed. Manual
26. Hart, J.A., Cichanski, K.A. (1988). A comparison of frontal EMG biofeedback and neck EMG biofeedback in the treatment of muscle- contraction headache. Biofeedback and Self-Regulation, 1 (6), 63-73.
27. Holroyd, K.A., Holm, J.F., Hursey, K.G., Penzien, D.B. Cordingley, G.E. y Theofanous, A.G. (1988). Recurrent vascular headache: Home-based behavioral treatment versus abortive pharmacological treatment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2, (56), 218-223.
28. Jacobson, E. (1925). Voluntary relaxation of the esq phag. En Carróbles, J.A. y Godoy, J. (1957). Biofeedback, principios y aplicaciones. España. Martínez Roca.

29. Jacobson, E. (1938). Progressive relaxation. En Carrobbles J.A. y Godoy, J. (1987). Biofeedback, principios y aplicaciones. España. Martínez Roca.
30. Jacobson, E. (1939). Variation of blood pressure with skeletal muscle tension and relaxation. En Carrobbles, J.A., y Godoy, J. (1987). Biofeedback, principios y aplicaciones. España. Martínez Roca.
31. Jacobson, E. (1955). Neuromuscular control in man: Methods of self-direction in health and disease. En Carrobbles, J.A. y Godoy, J. (1987). Biofeedback, principios y aplicaciones. España. Martínez Roca.
32. Jones, M.A., Page, Ph.D. (1936). Locus of control, assertiveness, and anxiety as personality variables in stress-related headaches, Headache, 26, 369-374.
33. Jones, R.G. (1968). A factored measure of Ellis irrational belief system with personality and maladjustment correlates. Dissertation. Texas. Technological College.
34. Kamiya, J. (1969). Operant control of the EEG alpha rhythm and some of its reporter effects on consciousness. En C. Tart (Ed). Altered states of consciousness, 507-577. New York: Wiley.

35. Kelly, G.A. (1955). The psychology of personal constructs. En Rimm y Masters. (1987). Terapia de la conducta, técnicas y hallazgos empíricos. México. Trillas.
36. Kerlinger, F. (1975). Investigación del comportamiento México. Interamericana.
37. Kimbre, G.A. (1961). Hilgard and Marquis conditioning and learning. En Rimm y Masters. (1987). Terapia de la conducta técnicas y hallazgos empíricos. México. Trillas.
38. Kimmel, H.D. (1967). Instrumental conditioning of autonomically mediated behavior. En Carrobbles, J.A. y Godoy, J. (1987). Biofeedback, principios y aplicaciones España. Martínez roca.
39. Kowal, A. y Pritchard, D. (1990). Psychological characteristic of children who suffer from headache: A research note. Journal of Child Psychology, Psychiatry and Allied Disciplines, 3. (4), 637-699.
40. Kremsdorf, R.B., Kochanowicz, N.A. y Costell, S. (1981). Cognitive skills training versus EMG biofeedback in the treatment of tension headaches. Biofeedback and Self-Regulation, 1 (6), 93-101.

41. Lang, A. y Jakubowski, P. (1976). The assertive option. Your rights y responsibilities. Champaign, Illinois. Research Press Company.
42. Lazarus, A.A. (1971). Behavior therapy and beyond. New York: Mc Graw-Hill.
43. Lisina, M.I. (1965). The role of orientation in the transformation of involuntary reactions. En L. Verozin, A.N., Leontiev, A.R., Luria, E.N., Sokolor y O.S. Vinogradova (Eds.). Orienting reflex and exploratory behavior Washington D.C.: American Institute of Biological Sciences
44. Makinnon, A., y Nickels, F. (1985). Psiquiatría clínica aplicada. México. Interamericana.
45. Marinacci, A.A. y Horande, M. (1960). Electromiogram in neuromuscular re-education. En Carrobbles, J.A., y Godoy, J. (1987). Biofeedback, principios y aplicaciones España. Martínez Roca.
46. Martin, M.J. (1983). Muscle contraction (tension) headache. Journal Prehension, 24, 319-324.

47. Miller, N.E. (1961). Integration of neurophysiological and behavior research. En Carrobbles, S.A. y Godoy, J. (1987). Biofeedback, principios y aplicaciones. España. Martínez Roca.
48. Miller, N.E. (1963). Some reflections on the law of effects produce a new alternative to drive reduction. En M.R. Jones (ed.). Nebraska Symposium on Motivation, Lincoln, Nebr: University of Nebraska Press, 65-112.
49. Miller, N.E. y Carmona A. (1967). Modification of a visceral response. Journal of Comparative and Physiological, 63-1-6.
50. Moreno, J.L. (1946). Psychodrama. Vol. 1: Nueva York. Peacock House.
51. Moreno, J.L. (1955). The discovery of the spontaneous man with special emphasis upon the techniques of role reversal. Group psychotherapy, 8, 103-129.
52. Nuñez, R. Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) a la Psicopatología. México. (1987) Manual Moderno.



59. Philips, C. y Hunter, M. (1981). The treatment of tension headache: Muscular abnormality and biofeedback. Behavior Research and Therapy , 19, 485-498.
60. Plotkin, W. (1979). The alpha experience revisite: Biofeedback in the transformation of psychological state. Psychological Bulletin, 86, 1132-1148.
61. Reich, B.A. (1989). Non- invasive treatment of vascular and muscle contraction. Headache, 1 (29), 34-41.
62. Reyes, F. (1990). Taller: Interpretación del MMPI en una muestra de cefaléicos. México. ENEP-Z.
63. Rima, D.C. Y Masters, J.C. (1987) Terapia de la conducta técnicas y hallazgos empíricos. México. Trillas.
64. Rivera, C. (1987). Interpretación clínica y psicodinámica del MMPI. México. Diana.
65. Rojas, R. (1991). Comparación de dos tratamientos no farmacológicos del dolor de cabeza crónico y exploración de predictores del resultado de la intervención. México (En prensa).

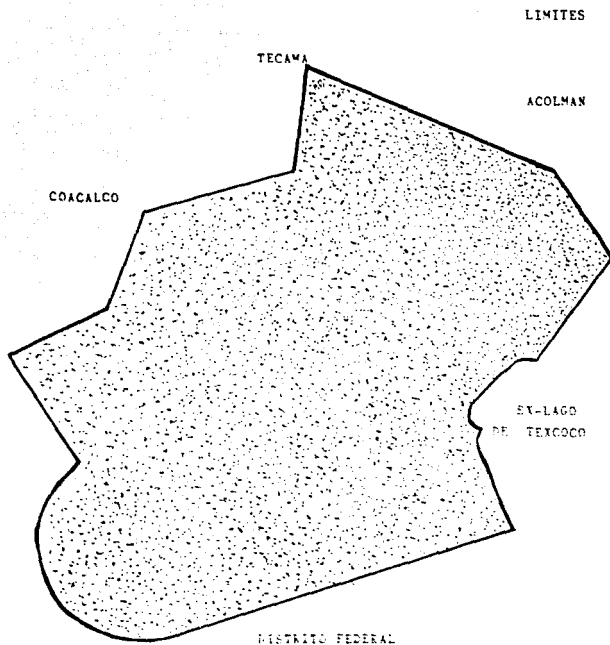
53. Palacios, P. Figueroa, C. y Rojas, M. (1987). El perfil cognitivo conductual del paciente con dolor de cabeza crónico. Trabajo presentado en el IX Congreso de la S.M.A.C. Puebla, Pue. Octubre.
54. Palacios, C.P. (1991). El perfil multimodal del paciente cefaléico. Tesis de Maestría en Psicología Clínica UNAM (En prensa).
55. Palacios, C.P. (1991b). Relación entre el nivel de escolaridad y comportamiento afirmativo. México (En prensa).
56. Pearce, B.A., y Morley, A.C. (1975). Exploratory observations of the use at an intensive autogenic biofeedback training procedure in a follow-up study of out-of-town patients having migraine and tension headaches. Preceding of the Biofeedback Research Society Sixth Annual Meeting, 53.
57. Philips, C. (1976). Headache and Personality. Journal of Psychosomatic Research, 2S, 535-532.
58. Philips, C. (1977). A Psychological analysis of tension headache. In. S. Rachman (Ed). Contributions to medical psychology (Vol. 1). Elmsford New York: Pergamon, (a).

66. Salter, A. (1969). The theory and practice of conditioned reflex therapy. A. Salter, J. Wolpe y L.J. Reyna (Dir) En the conditioning therapies: The Challenge in Psychoterapy. Nueva York: Holt, 1964.
67. Schavart, G.E. (1973). Biofeedback and essential hypertension: Current findings and theoretical concerus. Seminars in Psychiatry, 2, 493-503.
68. Schmidt, F.N. Caney, P., Tzsimone, G. (1986). An empirical assesment of the migraine personality type. Journal Psychosom, 30, 189-197.
69. Schultz, J.H. (1932). Autogenic Training, Vol. 1 New York, Grune and Statton. En Carrobbles, J.A. y Godoy, J. Biofeedback, principios y aplicaciones, México. Martínez Roca.
70. Seligman, M. (1975). Indefensión. En la depresión del desarrollo y la muerte. Madrid. Debate.
71. Siegel, S. (1986). Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta. México. Trillas.

72. Shapiro, D. y Crider, A. (1967)- Operant electrodermal conditioning under multiple schedules of reinforcement. Psychophysiology, 4, 168-175.
73. Skinner, B.F. (1953). Science and human behavior. Nueva York: Mcmillan.
74. Spence, J., Carson, R. Y Thibaut, J. (1976). Behavioral approaches to therapy. Estados Unidos. General Learning press.
75. Stevenson, I. (1959). Direct instigation of behavioral changes in psychoterapy. En Rimm, C.D. y Masters, C.J. Terapia de la conducta, técnicas y hallazgos empiricos México. Trillas.
76. Stevenson, I. y Wolpe, J. (1960). Recovery from sexual deviations through overcoming non-sexual neurotic response En Rimm, C.D. y Masters, C.J. Terapia de la conducta técnicas y hallazgos empiricos. México, Trillas.
77. Trowill, J.A. (1967) Instrumental conditioning of the heart rate in the curarized rat. Journal Comp. Physiol-Psychol 63, 7-11.

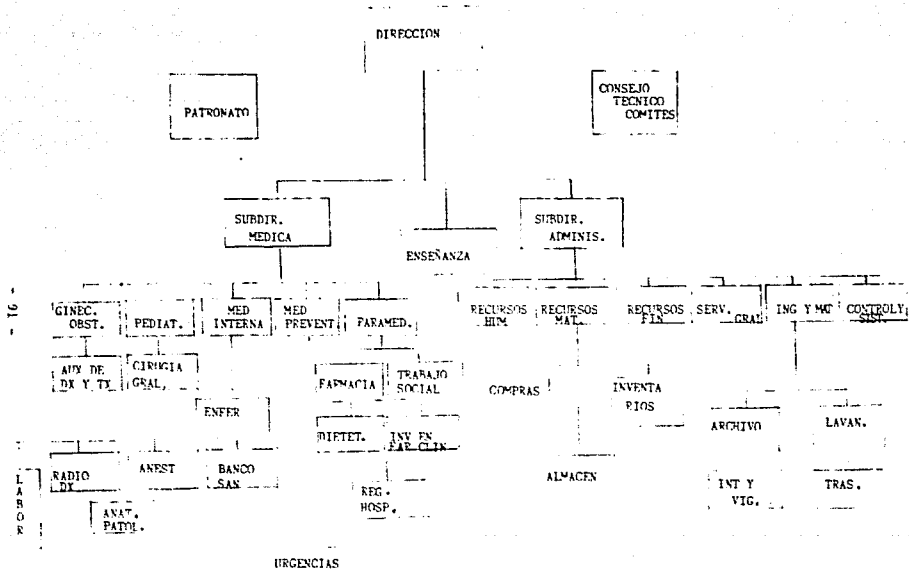
78. West, H.F. y Savage, W.F. (1978). Voluntary acceleration of the heart beat. En Carrobbles, J.A. y Godoy, J. Biofeedback, principios y aplicaciones México, Martínez Roca.
79. Williamson, D.A. (1981). Behavioral treatment of migraine and muscle-contraction headache: Outcome and theoretical explanations. Progress in Behavior Modification, (11). Orlando. Academic Press.
80. Wolpe, J. y Lang, p. (1969). Fear survey schedule educational and industrial testing service. En Alberti R.E. (1977). Assertiveness. Innovations, application, issues California. Impact Publishers, Inc.
81. Wolpe, J. y Lazarus, A. (1966). Behavior Therapy Techniques. En Alberti, R.E. (1977). Assertiveness. Innovations, application, issues. California Impact Publishers, Inc.
82. Zapata, C. (1985). Aprende a vivir sin dolor de cabeza México, Plaza y James Editores.
83. Zimmerman, E.H. (1983). Differential effects of token reinforcement in instruction-following behavior in retarded students instructed as a group. Journal of Applied Behavior Analysis, 2, 101-112.

ANEXO 1



La denominación del Municipio es Ecatepec de Morelos. El origen del vocábulo Ecatepec proviene del Náhuatl, como el de la inmensa mayoría de los poblados del Estado de México.

A Ecatepec le han asignado dos posibles interpretaciones la de Orozco y Herrera que dice: "En el Cerro del Dios del Aire o del Viento", y la de Don Antonio Peñafiel que indica "Lugar Consagrado al Dios del Viento".



ANEXO 2

91

LABOR

**TRATAMIENTO DEL DOLOR DE CABEZA MEDIANTE TÉCNICAS DE RELAJACION Y DE RETROALIMENTACION BIOLÓGICA**  
**REGISTRO INDIVIDUAL DE DATOS SEMANALES**

SEMANA	FREQ.	DURAC.	I.M.	INDICE	R' FIS.(1)	R' FIS.(2)	T.A.	PULSO
1 Del al								
2 Del al								
3 Del al								
4 Del al								
5 Del al								
6 Del al								
7 Del al								
8 Del al								
9 Del al								
10 Del al								
11 Del al								
12 Del al								

Grupo: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Dx: \_\_\_\_\_

Terap.: \_\_\_\_\_

Abreviaturas:

I.M. = Intensidad  
Máxima

T.A. = Tensión Arterial

Dx = Diagnóstico

R' FIS.(1) = Respuesta Fisiológica entrenada.

R' FIS.(2) = Respuesta Fisiológica de observación.

ANEXO 1

ATENCIÓN: 1) Hacer alguna nota que permita distinguir las semanas correspondientes al periodo de LB del de TRATAMIENTO; 2) En los datos de R' FIS. (1) y (2) anotar las unidades (mv o  $^{\circ}$ C $^{\circ}$ F); 3) En la sección correspondiente anotar cualquier comentario, observación o aclaración pertinente, indicando la fecha de la nota.



ANEXO 4

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Puntuación: \_\_\_\_\_

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK Y COLS.

A continuación encontrará usted una serie de cuadros con frases que nos indican diferentes grados de Depresión. Por favor, encierre en un círculo el número de la frase que describa mejor la forma en que usted se siente actualmente.

---

**A. ESTADO DE ANIMO**

0. No me siento triste.
  1. Me siento triste o melancólico.
  - 2a. Estoy triste o melancólico todo el tiempo y no puedo evitarlo.
  - 2b. Soy tan triste o desdichado que es muy doloroso.
  3. Soy tan triste o desdichado que no puedo tolerarlo.
- 

**B. PESIMISMO**

0. No estoy particularmente pesimista o desalentado con respecto al futuro.
  1. Me siento desalentado con respecto al futuro.
  - 2a. Siento que no tengo nada que perseguir en el futuro.
  - 2b. Siento que nunca podré salir de mis problemas.
  3. Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.
- 

**C. SENTIMIENTO DE FRACASO**

0. No me siento fracasado.
  1. Siento que he fracasado más que la persona promedio.
  - 2a. Siento que he logrado muy poco que valga la pena o que signifique algo.
  - 2b. Cuando me pongo a ver lo que ha sido mi vida, sólo encuentro una serie de fracasos.
  3. Siento que soy un completo fracaso como persona.
- 

**D. FALTA DE SATISFACCION**

0. No estoy particularmente insatisfecho.
  - 1a. Me siento aburrido la mayor parte del tiempo.
  - 1b. No disfruto de las cosas en la misma forma que antes.
  2. Nunca volveré a obtener satisfacción de nada.
  3. Estoy insatisfecho con todo.
- 

**E. SENTIMIENTO DE CULPA**

0. No me siento particularmente culpable.
  1. Me siento malo o indigno una buena parte del tiempo.
  - 2a. Me siento bastante culpable.
  - 2b. Me siento malo o indigno prácticamente todo el tiempo.
  3. Me siento como si fuera muy malo o despreciable.
- 

**F. SENTIMIENTO DE CASTIGO**

0. No siento que este siendo castigado.
1. Tengo el sentimiento de que algo malo puede sucederme.

2. Siento que estoy siendo castigado o que seré castigado.
  - 3a. Siento que merezco ser castigado.
  - 3b. Quiero ser castigado.
- 

#### G. ODIO A SI MISMO

0. No me siento desilusionado de mí mismo.
  - 1a. Me siento desilusionado de mí mismo.
  - 1b. No me gusta a mí mismo.
  2. Estoy disgustado conmigo mismo.
  3. Me odio a mí mismo.
- 

#### H. AUTOACUSACIONES

0. No siento que yo sea peor que las demás personas.
  1. Me critico mucho a mí mismo por mi debilidad o mis errores.
  - 2a. Me culpo a mí mismo por todo lo que sale mal.
  - 2b. Siento que tengo muchos defectos.
  3. Siento que no sirvo para nada.
- 

#### I. DESEOS AUTOPUNITIVOS

0. No tengo ninguna intención de dañarme.
  1. He pensado dañarme a mí mismo pero no lo llevaría a cabo.
  - 2a. Pienso que estaría mejor muerto.
  - 2b. Tengo planes definidos para cometer suicidio.
  - 2c. Pienso que mi familia estaría mejor si yo muriera.
  3. Me mataría a mí mismo si pudiera.
- 

#### J. BROTES DE LLANTO

0. No lloro más que lo usual
  1. Ahora lloro más de lo que acostumbraba.
  2. Ahora lloro todo el tiempo. No puedo detenerme.
  3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo hacerlo, aunque quiera.
- 

#### K. IRRITABILIDAD

0. No me irrito más ahora de lo que siempre lo he hecho.
  1. Ahora me molesto o me irrito más fácilmente que antes.
  2. Me siento irritado todo el tiempo.
  3. Las cosas que usualmente me irritan ya no consiguen hacerlo ahora.
- 

#### L. AISLAMIENTO SOCIAL

0. No he perdido interés en otras personas.
  1. Estoy menos interesado en otras personas de lo que era usual.
  2. He perdido mucho interés en la gente y se preocupa poco lo que le suceda.
  3. He perdido todo mi interés en la gente y no me preocupa nada de lo que les pase.
- 

#### M. INDECISION

0. Tomo decisiones tan bien como antes.
1. Estoy menos seguro de mí mismo ahora y trato de evitar tomar

2. Siento que estoy siendo castigado o que seré castigado.
- 3a. Siento que merezco ser castigado.
- 3b. Quiero ser castigado.

---

#### G. OUDIO A SI MISMO

0. No me siento desilusionado de mí mismo.
- 1a. Me siento desilusionado de mí mismo.
- 1b. No me gusta a mí mismo.
2. Estoy disgustado conmigo mismo.
3. Me odio a mí mismo.

---

#### H. AUTOACUSACIONES

0. No siento que yo sea peor que las demás personas.
1. Me critico mucho a mí mismo por mi debilidad o mis errores.
- 2a. Me culpo a mí mismo por todo lo que sale mal.
- 2b. Siento que tengo muchos defectos.
3. Siento que no sirvo para nada.

---

#### I. DESEOS AUTOPUNITIVOS

0. No tengo ninguna intención de dañarme.
1. He pensado dañarme a mí mismo pero no lo llevaría a cabo.
- 2a. Pienso que estaría mejor muerto.
- 2b. Tengo planes definidos para cometer suicidio.
3. Pienso que mi familia estaría mejor si yo muriera.
3. Me mataría a mí mismo si pudiera.

---

#### J. BROTES DE LLANTO

0. No lloro más que lo usual.
1. Ahora lloro más de lo que acostumbraba.
2. Ahora lloro todo el tiempo. No puedo detenerme.
3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo hacerlo, aunque quiera.

---

#### K. IRRITABILIDAD

0. No me irrito más ahora de lo que siempre lo he hecho.
1. Ahora me molesto o me irrito más fácilmente que antes.
2. Me siento irritado todo el tiempo.
3. Las cosas que usualmente me irritan ya no consiguen hacerlo ahora.

---

#### L. AISLAMIENTO SOCIAL

0. No he perdido interés en otras personas.
1. Estoy menos interesado en otras personas de lo que era usual.
2. He perdido todo interés en la gente y me preocupa poco lo que le sucede.
3. He perdido todo mi interés en la gente y no me preocupa nada de lo que les pase.

---

#### M. INDECISION

0. Tomo decisiones tan bien como antes.
1. Estoy menos seguro de mí mismo ahora y trato de evitar tomar

- decisiones.
2. Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda.
  3. En ningún caso puedo tomar ningún tipo de decisión.
- 

**N. IMAGEN CORPORAL**

0. No siento que me vea peor ahora que antes.
  1. Me preocupa el que yo parezca viejo o poco atractivo.
  2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia y ellos me hacen parecer poco atractivo.
  3. Siento que soy feo o repulsivo a la vista.
- 

**O. INHIBICION DEL TRABAJO**

0. Puedo trabajar tan bien como antes.
  - 1a. Ahora que esforzarme más para comenzar a hacer algo.
  - 1b. No trabajo tan bien como lo acostumbraba.
  2. Me cuesta muchísimo trabajo hacer algo.
  3. De plano no puedo hacer nada.
- 

**P. PERTURBACIONES DEL SUEÑO**

0. Puedo dormir tan bien como antes.
  1. Ahora despierto más cansado que antes.
  2. Despierto una o dos horas más temprano que antes y es muy difícil que me vuelva a dormir.
  3. No puedo dormir más que cinco horas y me despierto muy temprano diariamente.
- 

**Q. FATIGABILIDAD**

0. No me canso más que lo usual.
  1. Me canso más fácilmente que antes.
  2. Me cansa hacer algo.
  3. Estoy muy cansado como para hacer algo.
- 

**R. PERDIDA DE APETITO**

0. Mi apetito es peor que lo usual.
  1. Mi apetito no es tan bueno como antes.
  2. Mi apetito es mucho peor ahora.
  3. No tengo apetito de nada.
- 

**S. PERDIDA DE PESO**

0. No he perdido mucho peso o ninguno ultimamente.
  1. He perdido más de tres kilos.
  2. He perdido más de cinco kilos.
  3. He perdido más de siete kilos.
- 

**T. PREOCUPACION SOMATICA**

0. No estoy más interesado en mi salud que lo usual.
  1. Me preocupo por dolores o molestias estomacales o estreñimiento o algún otro sentimiento corporal desagradable.
  2. Estoy tan preocupado por como o que siento que no puedo hacer nada.
  3. Estoy completamente absorto en lo que siento.
- 

**U. PERDIDA DE LIBIDO**

0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1. Estoy menos interesado en el sexo ahora.
2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora.
3. He perdido el interés en el sexo por completo.

ANALISIS MULTIMODAL DEL INVENTARIO DE  
DEPRESION DE BECK.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

No. de Expediente: \_\_\_\_\_

Terapeuta: \_\_\_\_\_

REACTIVO	MODALIDAD	PUNTAJE	CONTENIDO
A. Edo. de Animo.	AFECTO		
B. Pesimismo.	COGNICION		
C. Sentimiento de fracaso.	COGNICION		
D. Falta de satisfacci3n.	AFECTO		
E. Sentimiento de culpa.	COGNICION		
F. Sentimiento de castigo.	COGNICION		
G. Odio a s3 mismo.	AFECTO		
H. Autoacusaciones	COGNICION		
I. Deseos autopunitivos.	COGNICION		
J. Brotes de llanto.	CONDUCTA		
K. Irritabilidad	AFECTO		
L. Aislamiento social.	RELAC. INTER.		
M. Inducisi3n	COGNICION		
N. Imagen corporal	COGNICION		
O. Inhibici3n del trabajo.	CONDUCTA		
P. Perturbaci3n del sue1o.	DROGAS		
Q. Fatigabilidad	SENSACIONES		
R. P3rdida de apetito.	DROGAS		
S. P3rdida de peso	DROGAS		
T. Preocupaci3n som3tica.	COGNICION		
U. P3rdida de Libido.	DROGAS		
P.T. _____			

ANÁLISIS MULTIMODAL DEL INVENTARIO DE  
DEPRESIÓN DE BECK.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

No. de Expediente: \_\_\_\_\_

Terapeuta: \_\_\_\_\_

REACTIVO	MODALIDAD	PUNTAJE	CONTENIDO
A. Edo. de Animo.	APECTO		
B. Permisismo.	COGNICION		
C. Sentimiento de fracaso.	COGNICION		
D. Falta de satisf. personal.	APECTO		
E. Sentimiento de culpa.	COGNICION		
F. Sentimiento de castigo.	COGNICION		
G. Odio a sí mismo.	APECTO		
H. Autoacusaciones.	COGNICION		
I. Deseos autopunitivos.	COGNICION		
J. Actos de llanto.	CONDUCTA		
K. Irritabilidad.	APECTO		
L. Aislamiento social.	RELAC. INTER.		
M. Indecisión.	COGNICION		
N. Imagen corporal.	COGNICION		
O. Inhibición del trabajo.	CONDUCTA		
P. Perturbación del sueño.	DRUGAS		
Q. Fatigabilidad.	SENSACIONES		
R. Pérdida de apetito.	DRUGAS		
S. Pérdida de peso.	DRUGAS		
T. Preocupación somática.	COGNICION		
U. Pérdida de libido.	DRUGAS		

P.T.



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
ZARAGOZA U.N.A.M.

## INVENTARIO DE TEMORES

## PROGRAMA DE CLINICA II



A continuación encontrará una serie de cosas y experiencias que pueden causar miedo y otras sensaciones desagradables. Imagínese frente a cada una de esas situaciones y coloque el número de cada reactivo en alguna de las 5 columnas de la derecha: LA QUE MEJOR DESCRIBA QUE TANTO LE PERTURBA DICHA SITUACION EN SU VIDA ACTUAL.

	1	2	3	4	5
1.- Ruido de aspiradoras.					
2.- Heridas abiertas.					
3.- Estar solo (a)					
4.- Estar en un lugar extraño.					
5.- Voces altas.					
6.- Personas muertas.					
7.- Hablar en público.					
8.- Cruzar las calles.					
9.- Gente que parece lo					
10.- Caer.					
11.- Automóviles.					
12.- Ser embromado o importunado.					
13.- Dentistas.					
14.- Truenos.					
15.- Escenas.					
16.- Fracaso.					
17.- Entrar en un lugar donde otros están sentados.					
18.- Lugares altos.					
19.- Mirar hacia abajo, desde edificios altos.					
20.- Gusanos.					
21.- Criaturas imaginarias.					

22.- Desconocidos.	12345
23.- Recibir inyecciones.	
24.- Murciélagos.	
25.- Viajes en tren.	
26.- Viajes en autobús.	
27.- Viajes en automóvil.	
28.- Sentir cólera o furia.	
29.- Gente con autoridad.	
30.- Insectos voladores.	
31.- Ver inyectar a otra persona.	
32.- Ruidos repentinos.	
33.- Tiempo nublado.	
34.- Multitudes.	
35.- Espacios largos y abiertos.	
36.- Gatos.	
37.- Una persona amenazando a otra.	
38.- Gente con apariencia de maleante.	
39.- Pájaros.	
40.- Ver aguas profundas.	
41.- Ser observado al trabajar.	
42.- Animales muertos.	
43.- Armas.	
44.- Suciedad.	
45.- Insectos que se arrastran.	
46.- Gente fea.	
47.- Ver pelear.	
48.- Fuego.	
49.- Gente enferma.	
50.- Perros.	
51.- Ser criticado.	
52.- Figuras extrañas.	
53.- Estar en un elevador.	
54.- Presenciar operaciones.	
55.- Gente enojada.	
56.- Ratones.	
57.- Sangre humana.	



23. - Recibir inyecciones.

12345

23. - Recibir inyecciones.					
24. - Murciélagos.					
25. - Viajes en tren.					
26. - Viajes en autobús.					
27. - Viajes en avión.					
28. - Sentir cólera o furia.					
29. - Gente con angustia.					
30. - Insectos voladores.					
31. - Ver inyectar a otra persona.					
32. - Ruidos de animales.					
33. - Tiempo nublado.					
34. - Multitudes.					
35. - Espacios largos y abiertos.					
36. - Gotas.					
37. - Una persona amenazando a otra.					
38. - Gente con apariencia de valiente.					
39. - Cofines.					
40. - Aguas profundas.					
41. - Ser observado al trabajar.					
42. - Animales muertos.					
43. - Armas.					
44. - Soledad.					
45. - Insectos que se arrastran.					
46. - Gente loca.					
47. - Ser golpeado.					
48. - Sueño.					
49. - Gente enferma.					
50. - Ferros.					
51. - Ser criticado.					
52. - Figuras extrañas.					
53. - Estar en un ascensor.					
54. - Gente que se pelean.					
55. - Gente espeluznada.					
56. - Personas.					
57. - Sonrisas humanas.					

	1	2	3	4	5
58.- Sangre de animales.					
59.- Partida de amigos.					
60.- Lugares cerrados.					
61.- Perspectiva de ser operado.					
62.- Sentirse rechazado por otros.					
63.- Aviones.					
64.- Olores a medicina.					
65.- Sentirse desaprobado.					
66.- Serpientes inofensivas.					
67.- Cementerios.					
68.- Ser ignorado.					
69.- Oscuridad.					
70.- Perderse el ritmo cardíaco.					
71.- Hombre desnudo.					
72.- Mujer desnuda.					
73.- Relámpago.					
74.- Médicos.					
75.- Personas deformes.					
76.- Cometer errores.					
77.- Pasar por bobo.					
78.- Tener náuseas.					
79.- Perder el control.					
80.- Desmayarse.					
81.- Arañas.					
82.- Ser responsabilizado para tomar decisiones.					
83.- Vista de cuchillos y objetos cortantes.					
84.- Convertirse en enfermo mental.					
85.- Estar con un hombre.					
86.- Estar con una mujer.					
87.- Presentar exámenes escritos.					
88.- Ser tocado por otros.					
89.- Sentirse diferente a otros.					
90.- Silencios en la conversación.					

CALIFICACION

/90        

Relevantes Manifiestos    T             

Relevantes Detectados    T             

Categorías: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CALIFICACION

/90 1 \_\_\_\_\_

Relevantes Manifiestos T \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_

Relevantes Detectados T \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_

Categorías: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ANEXO 6

INVENTARIO DE AFIRMATIVIDAD  
DE GAMBHILL Y HICKEY.

Muchas gentes tiene dificultad para manejar situaciones en las que la conducta asertiva es necesaria por ejemplo, cuando alguien tiene que rechazar una petición, hacer a otro un cumplido, expresar aprobación o desaprobarción, etc.

Por favor, indique su grado de incomodidad o ansiedad en el espacio que hay ANTES de cada situación, utilizando la siguiente escala.

- 1= NINGUNA INCOMODIDAD
- 2= UN POCO DE INCOMODIDAD
- 3= REGULAR INCOMODIDAD
- 4= MUCHA INCOMODIDAD
- 5= EXCESIVA INCOMODIDAD

Muy bien. Ahora que ha terminado esta primera parte, lea la lista de situaciones por segunda vez y, DESPUES de cada situación, indique la probabilidad de que ejecute la conducta si llegara a presentarse realmente en su vida la oportunidad, así como la probabilidad con que ha respondido en tales situaciones ya - han ocurrido o no. Si en una vez se excusa cuando se equivoca, debe marcar un "cuatro" (4) después de esa situación - (columna de la derecha). Utilice la escala siguiente:

- 1= Significa "Siempre lo hago"
- 2= Significa "Usualmente lo hago"
- 3= Significa "Lo hago la mitad de las veces"
- 4= Significa "De vez en cuando lo hago"
- 5= Significa "Nunca lo hago"

INVENTARIO DE AFIRMATIVIDAD  
DE GARDNER Y BUCKLEY.

Grado de inconocidad.		Situación.	Probable respuesta.	
C	E		C	E
_____	_____	1R.-Rechazar la petición de prestar su automóvil (suponiendo que lo tuviera).	_____	_____
_____	_____	2A.-Elogiar a un amigo.	_____	_____
_____	_____	3R.-Decir <u>no</u> a un vencedor insistente.	_____	_____
_____	_____	4A.-Pedir un favor a alguien.	_____	_____
_____	_____	5R.-Rechazar una invitación a una reu- nión.	_____	_____
_____	_____	6A.-Disculparse cuando se está en un - error.	_____	_____
_____	_____	7R.-Pedir comprensión cuando se tiene miedo.	_____	_____
_____	_____	8R.-Decirle a un conocido íntimo que ha dicho algo que a Ud. le molesta.	_____	_____
_____	_____	9A.-Preguntar al tener una duda.	_____	_____
_____	_____	10A.-Admitir la carencia en alguna área.	_____	_____
_____	_____	11R.-Rechazar una petición por prestar dinero (suponiendo que lo tuviera).	_____	_____
_____	_____	12A.-Preguntar cosas íntimas.	_____	_____
_____	_____	13R.-Gestionar a un amigo hablador.	_____	_____
_____	_____	14A.-Pedir una crítica constructiva.	_____	_____
_____	_____	15A.-Iniciar una conversación con ex- tranjeros.	_____	_____
_____	_____	16A.-Elogiar a una persona que a Ud. le molestan personalmente.	_____	_____
_____	_____	17A.-Pedir una reunión o una cita con alguien.	_____	_____
_____	_____	18A.-Ser una petición inicial cuya es- trategia es volverle a pedir.	_____	_____

Grado de Inconformidad.		Situación.	Probable respuesta.	
<u>C</u>	<u>E</u>		<u>C</u>	<u>E</u>
___	___	194.-Aceptar y pedir la explicación se- gún el caso que se le presente.	___	___
___	___	201.-Solicitar un empleo.	___	___
___	___	214.-Preguntar si ha estado en el auto.	___	___
___	___	227.-Responde a una pregunta de que el asesor de él.	___	___
___	___	238.-Pedir el permiso para ir a un lugar de trabajo.	___	___
___	___	248.-Disentir abiertamente las críticas que le hacen a su conducta.	___	___
___	___	258.-Rechazar todas defensas en - tusiasmo, etc.	___	___
___	___	264.-Expresar su desacuerdo con quien no habla.	___	___
___	___	274.-Rechazar cualquier incidente personal cuando no ha sido interesado (a).	___	___
___	___	284.-Responde a una pregunta lo justo que le pide.	___	___
___	___	294.-Aceptar una oferta.	___	___
___	___	304.-Dar a alguien buenas noticias sobre él.	___	___
___	___	318.-Responder la insistencia para saber.	___	___
___	___	328.-Responde a una pregunta de que se está en un momento de crisis.	___	___
___	___	337.-Aceptar un trabajo.	___	___
___	___	348.-Responde la insistencia para saber sobre el asunto.	___	___

Grado de Incomodidad.		S i t u a c i ó n.	Probable respuesta.	
C	E		C	E
___	___	19A.-Aceptar y pedir la información co- municada cuando se ha controlado.	___	___
___	___	20A.-Solicitar un empleo.	___	___
___	___	21A.-Preguntar si ha ofrecido a alguien.	___	___
___	___	22A.-Solicitar un empleo si uno necesita el dinero.	___	___
___	___	23A.-Aceptar el trabajo si se ha controlado el pago.	___	___
___	___	24A.-Responder abiertamente las críticas sobre la ley o su conducta.	___	___
___	___	25A.-Rechazar como defectuosos en- tornos, etc.	___	___
___	___	26A.-Expresar su preocupación con quien se habla.	___	___
___	___	27A.-Rechazar las sugerencias dadas cuando no ha sido interesado (o).	___	___
___	___	28A.-Decirle a una persona la respuesta que ha sido.	___	___
___	___	29A.-Aceptar una oferta.	___	___
___	___	30A.-Dar a alguien buenas noticias sobre USA.	___	___
___	___	31A.-Responder la información por la ley.	___	___
___	___	32A.-Responder una petición inusual de información sobre USA, etc.	___	___
___	___	33A.-Seguir un trabajo.	___	___
___	___	34A.-Responder la información por comu- nicación telefónica.	___	___



Grado de Inconciencia.		Situación.	Probable resultado.	
<u>C</u>	<u>E</u>		<u>C</u>	<u>E</u>
___	___	104.-Aceptar y pedir la selección de un amigo que no ha entendido.	___	___
___	___	105.-Solicitar un empleo.	___	___
___	___	114.-Preguntar si ha ofendido a alguien.	___	___
___	___	124.-Escuchar a una persona lo que dice. Respondo de ello.	___	___
___	___	133.-Pedir el servicio que presta una foto no iloga.	___	___
___	___	143.-Dirigirse abiertamente las críticas que le llegan a su conducta.	___	___
___	___	153.-Reclamar cosas defectuosas en tiendas, etc.	___	___
___	___	164.-Expresar un momento con quien no habla.	___	___
___	___	173.-Rechazar las acciones que se le ofrecen cuando no ha sido interesado (a).	___	___
___	___	183.-Decirse a una persona lo injusto que le ha sido.	___	___
___	___	194.-Aceptar una vida.	___	___
___	___	204.-Dar a alguien buenas noticias sobre él.	___	___
___	___	213.-Rechazar la invitación para bailar.	___	___
___	___	223.-Rechazar una invitación para bailar, cuando se está en el exterior.	___	___
___	___	233.-Negar un trabajo.	___	___
___	___	243.-Rechazar la invitación para bailar en un momento.	___	___

Grado de incoriedad.	S i t u a c i ó n .	Probable respuesta.
<u>    </u> <u>    </u>	35R.-Discutir francamente las críticas que le hacen a su trabajo.	<u>    </u> <u>    </u>
<u>    </u> <u>    </u>	36A.-Solicitar el préstamo de cosas que prestó.	<u>    </u> <u>    </u>
<u>    </u> <u>    </u>	37A.-Aceptar cumplidos y elogios.	<u>    </u> <u>    </u>
<u>    </u> <u>    </u>	38R.-Continuar conversando con alguien con quien no estamos de acuerdo.	<u>    </u> <u>    </u>
<u>    </u> <u>    </u>	39R.-Decir a un amigo o compañero de trabajo que ha hecho o dicho algo que a Ud. le molestó.	<u>    </u> <u>    </u>
<u>    </u> <u>    </u>	40A.-Decir a una persona que le molesta en una situación pública, que deje de hacerlo.	<u>    </u> <u>    </u>

## ANEXO 7

		Aproximación Social Respuestas de: o Peticiones.								Respuestas de Rechazo o protectoras							
Extraños y relaciones situacionales		4	6	10	14	15	17	18	3	5	7	11	23	24	25	27	
		19	20	21	22	26	29	36	28	31	33	34	35	38	40		
		17	9														
		/18							/25								
		—%	i — r —						—%	i — r —							
Amigos o Relaciones íntimas		7	8	9	10	12	14	16	1	3	5	7	8	11	13	14	17
		18	19	20	21	22	26	28	31	32	33	34	35	36			
		18	20														
		/18	i — r —						/18	i — r —							
		+ —	—						+ —	—							

Interacción entre Respuestas Asertivas y diversos niveles de Relación.

/40= i —%

/40= r —%

i —%

i= /68 —%

r= /68 —%

ANEXO 8

INVENTARIO DE IDEAS IRRACIONALES

Este inventario pretende investigar la manera en que Ud. piensa y siente acerca de varias cosas. Encontrará una serie de afirmaciones con las cuales Ud. puede estar de acuerdo o en desacuerdo. A la derecha de cada afirmación hallará los números del 1 al 5. Deberá tachar aquel número que mejor describa su reacción ante cada una de las afirmaciones. La equivalencia de los números con respecto a cada aseveración es la siguiente:

1. Significa COMPLETAMENTE EN DESACUERDO
2. Significa MODERADAMENTE EN DESACUERDO
3. Significa NI ACUERDO NI DESACUERDO
4. Significa MODERADAMENTE DE ACUERDO
5. Significa TOTALMENTE DE ACUERDO.

No es necesario pensar mucho sobre cada reactivo. Marque su contestación rápidamente y siga hacia la siguiente afirmación. Asegúrese de marcar como **DEFINITIVAMENTE SIENTA** acerca de la afirmación y no como Ud. cree que **DEBERIA SENTIR**. Trate de evitar las respuestas con número 3, o neutrales, lo más que le sea posible.

- |  |           |
|--|-----------|
| 1. Es importante para mí que otros me aprueben   | 1 2 3 4 5 |
| 2. Puedo fracasar en algo  | 1 2 3 4 5 |
| 3. La gente que comete errores merece lo que le pasa   | 1 2 3 4 5 |
| 4. Usualmente acepto filosóficamente lo que sucede   | 1 2 3 4 5 |
| 5. Si alguien quiere, puede ser feliz bajo casi cualquier circunstancias                               | 1 2 3 4 5 |
| 6. Tengo miedo de algunas cosas que a menudo me molestan   | 1 2 3 4 5 |
| 7. Con frecuencia voy retrasando decisiones importantes  | 1 2 3 4 5 |
| 8. Todos necesitan depender de alguien para pedirle ayuda y consejo                                    | 1 2 3 4 5 |
| 9. " El que nace para raceta, del corredor no pasa"  | 1 2 3 4 5 |
| 10. Siempre hay una forma correcta para hacer cualquier cosa   | 1 2 3 4 5 |
| 11. Me gusta que me respeten, pero no me es necesario  | 1 2 3 4 5 |
| 12. Evito cosas que no puedo hacer bien  | 1 2 3 4 5 |
| 13. Muchas personas salvadas escapan del castigo que merecen   | 1 2 3 4 5 |
| 14. Las frustraciones no me molestan   | 1 2 3 4 5 |
| 15. Las personas no se perturban por las situaciones, sino por lo que piensan de ellas                 | 1 2 3 4 5 |
| 16. Siento muy poca ansiedad por "lo que pudiera ocurrir" de peligroso o frustrado                     | 1 2 3 4 5 |
| 17. Siempre trato de salir adelante y dejar terminadas las tareas desagradables cuando se me presentan | 1 2 3 4 5 |

18. Trato de consultar con un experto antes de tomar decisio <u>nes importantes</u>	1 2 3 4 5
19. Es casi imposible vencer las influencias del pasado	1 2 3 4 5
20. No hay soluci3n perfecta para algo	1 2 3 4 5
21. Quiero que todos me estimen.	1 2 3 4 5
22. No pretendo comportar en actividades donde otros son me <u>jores que yo</u>	1 2 3 4 5
23. Los que se equivocan merecen ser censurados	1 2 3 4 5
24. Las cosas deberian ser mejores de como son	1 2 3 4 5
25. Yo cause mis propios estados de 3nimo	1 2 3 4 5
26. No puedo olvidarme de mis preocupaciones	1 2 3 4 5
27. Evito enfrentar mis problemas	1 2 3 4 5
28. La mente necesita una fuente de poder fuera de ella misma	1 2 3 4 5
29. Si algo afect3 fuertemente tu vida alguna vez, no signifi <u>ca que tengas que seguir haciéndolo en el futuro</u>	1 2 3 4 5
30. Para vez hay una soluci3n f3cil a las dificultades de la vida	1 2 3 4 5
31. Puedo estar en paz contigo mismo aunque otros no lo est3n	1 2 3 4 5
32. Me gusta triunfar en algo pero no siento que esto sea necesario	1 2 3 4 5
33. La imporalidad debe ser fuertemente castigada	1 2 3 4 5
34. Frecuentemente me molesto por situaciones que no me agradan	1 2 3 4 5
35. Las gentes miserables se han hecho miserables a s <u>í mismas</u>	1 2 3 4 5
36. Si no puedo impedir que algo suceda no me preocupo por eso	1 2 3 4 5
37. Usualmente tomo decisiones lo m3s r3pidamente que puedo	1 2 3 4 5
38. Hay ciertas personas de las cuales dependo mucho	1 2 3 4 5
39. La gente sobrevive a la influencia del pasado	1 2 3 4 5
40. Llevo a menudo algunos problemas	1 2 3 4 5
41. Si le caigo mal a alguien, el problema es suyo no mío	1 2 3 4 5
42. Es importante para mí tener 3xito en todo lo que hago	1 2 3 4 5
43. Rara vez culpo a la gente por sus errores	1 2 3 4 5
44. Usualmente acepto las cosas como son, aunque no me gusten	1 2 3 4 5
45. Una persona no est3 triste o enojada por mucho tiempo a menos que 3l mismo se haga permanecer as <u>í</u>	1 2 3 4 5

13. Trato de consultar con un experto antes de tomar decisio nes importantes	1 2 3 4 5
14. Se está imposible vencer las influencias del pasado	1 2 3 4 5
15. No hay solución perfecta para algo	1 2 3 4 5
16. Todos que todos no estinen	1 2 3 4 5
17. No se puede competir en actividades donde otros son me jores que yo	1 2 3 4 5
18. Los que se equivocan merecen ser castigados	1 2 3 4 5
19. Las cosas deberían ser mejores de como son	1 2 3 4 5
20. No busco mis propios estados de ánimo	1 2 3 4 5
21. No sé cómo librarme de mis preocupaciones	1 2 3 4 5
22. Siento enfrentar mis problemas	1 2 3 4 5
23. La gente necesita una fuente de poder fuera de ella misma	1 2 3 4 5
24. Si algo afectó fuertemente tu vida alguna vez, no signifi ca que tengas que seguir haciéndolo en el futuro	1 2 3 4 5
25. Para nada hay una solución fácil a las dificultades de la vida	1 2 3 4 5
26. Puedo estar en paz contigo mismo aunque otros no lo estén	1 2 3 4 5
27. Me gusta triunfar en algo pero no siento que esto sea necesario	1 2 3 4 5
28. La inocencia debe ser fuertemente castigada	1 2 3 4 5
29. Frecuentemente me molesto por situaciones que no me agradan	1 2 3 4 5
30. Las gentes miserables se han hecho miserables a sí mismas	1 2 3 4 5
31. Si no puedo impedir que algo suceda no me preocupo por eso	1 2 3 4 5
32. Usualmente tomo decisiones lo más rápidamente que puedo	1 2 3 4 5
33. Hay ciertas personas de las cuales depende mucho	1 2 3 4 5
34. La gente sobrevalora la influencia del pasado	1 2 3 4 5
35. La gente resuelve algunos problemas	1 2 3 4 5
36. Si le digo tal a alguien, el problema es mío no mío	1 2 3 4 5
37. Es importante para mí tener éxito en todo lo que hago	1 2 3 4 5
38. Me molesto a la gente por sus errores	1 2 3 4 5
39. Desafortunadamente las cosas como son, aunque no me gusten	1 2 3 4 5
40. Una persona no está triste o enojada por mucho tiempo a menos que él mismo se haga permanecer así	1 2 3 4 5

46. No puedo tolerar el recibir fortuna	1 2 3 4 5
47. La vida es demasiado corta para gastarla en tareas poco placenteras	1 2 3 4 5
48. La vida es demasiado estereotipo en sus propios fines	1 2 3 4 5
49. Si hubiere tenido diferentes experiencias yo sería más como me hubiera gustado ser	1 2 3 4 5
50. Cada problema tiene una solución perfecta	1 2 3 4 5
51. Encuentro difícil estar en contra de lo otros piensan	1 2 3 4 5
52. Soy feliz en algunas actividades porque me gustan , sin importar si soy bueno en ellas	1 2 3 4 5
53. El miedo al castigo ayuda a la gente a ser buena	1 2 3 4 5
54. Si las cosas no están bien las ignoro	1 2 3 4 5
55. Mientras más problemas se tengan, menos feliz será uno	1 2 3 4 5
56. Rara vez me preocupo por el futuro	1 2 3 4 5
57. Rara vez abandono las cosas	1 2 3 4 5
58. Soy el único que puede realmente resolver mis problemas	1 2 3 4 5
59. Rara vez pienso que las experiencias pasadas me están afectando ahora	1 2 3 4 5
60. Vivimos en un mundo incierto y de probabilidad	1 2 3 4 5
61. Aunque la aprobación de los demás me gusta, no es una necesidad para mí	1 2 3 4 5
62. Me molesta que otros sean mejores que yo en algo	1 2 3 4 5
63. Todos son prácticamente buenos	1 2 3 4 5
64. Hago lo que puedo para conseguir lo que quiero , sin sentirme culpable por ello	1 2 3 4 5
65. Nada es en sí mismo molesto, la molestia depende de cómo se interprete el fenómeno	1 2 3 4 5
66. Me preocupa demasiado por las cosas futuras	1 2 3 4 5
67. No es difícil hacer tareas desagradables	1 2 3 4 5
68. Me desagrada que otros tomen decisiones por mí	1 2 3 4 5
69. Como esclavo de nuestra historia personal	1 2 3 4 5
70. Es raro hallar una solución perfecta para algo	1 2 3 4 5
71. A menudo me preocupo por qué tanto me sorprende o desaprueba la gente	1 2 3 4 5
72. Me molesta muchísimo cometer errores	1 2 3 4 5
73. Me injurto que " hacemos justos por pecadores"	1 2 3 4 5
74. Me gusta el camino fácil de la vida	1 2 3 4 5

75. La mayoría de la gente debería enfrentarse a los aspectos poco placenteros de la vida	1 2 3 4 5
76. Algunas veces no puedo eliminar mis temores	1 2 3 4 5
77. La vida fácil es muy rara vez recompensante	1 2 3 4 5
78. Es fácil buscar consejo	1 2 3 4 5
79. Si algo afectó tu vida alguna vez, siempre lo hará	1 2 3 4 5
80. Es mejor encontrar una solución práctica que una perfecta	1 2 3 4 5
81. Estoy muy interesado en los sentimientos de la gente hacia mí	1 2 3 4 5
82. Frecuentemente me irrito por pequeñeces	1 2 3 4 5
83. Con frecuencia voy a quien se equivoca una segunda oportunidad	1 2 3 4 5
84. Me disgusta la responsabilidad	1 2 3 4 5
85. Nunca hay razón para permanecer acongojado por mucho tiempo	1 2 3 4 5
86. Casi nunca pienso en las cosas como la muerte o la guerra atómica	1 2 3 4 5
87. Las personas son más felices cuando se enfrentan a desafíos o problemas a vencer	1 2 3 4 5
88. Me disgusta tener que depender de alguien	1 2 3 4 5
89. En el fondo, la gente nunca cambia	1 2 3 4 5
90. Siento que debería manejar las cosas en forma correcta	1 2 3 4 5
91. Es molesto ser criticado pero no es catastrófico	1 2 3 4 5
92. Tengo miedo a las cosas que no puedo hacer bien	1 2 3 4 5
93. Nadie es malo, aunque sus actos parezcan serlo	1 2 3 4 5
94. A veces me trastornan los errores de otros	1 2 3 4 5
95. El hombre hace su propio infierno dentro de sí mismo	1 2 3 4 5
96. Frecuentemente me descubro planeando lo que haré en ciertas situaciones de peligro	1 2 3 4 5
97. Si algo es necesario, lo hago, por muy poco placentero que resulte	1 2 3 4 5
98. He aprendido a no esperar que algún otro esté muy interesado en mi bienestar	1 2 3 4 5
99. Yo no miro al pasado con remordimientos	1 2 3 4 5
100. No hay nada mejor a un conjunto ideal de circunstancias	1 2 3 4 5



75. La mayoría de la gente debería enfrentarse a los aspectos poco placenteros de la vida	1 2 3 4 5
76. Algunas veces no puedo eliminar mis temores	1 2 3 4 5
77. La vida fácil es muy rara vez recompensante	1 2 3 4 5
78. Es fácil buscar consejo	1 2 3 4 5
79. Si algo afectó tu vida alguna vez, siempre lo hará	1 2 3 4 5
80. Es mejor encontrar una solución práctica que una perfecta	1 2 3 4 5
81. Estoy muy interesado en los sentimientos de la gente hacia mí	1 2 3 4 5
82. Frecuentemente me irrito por equivocaciones	1 2 3 4 5
83. Les felicito sólo a quien se equivoca una segunda oportunidad	1 2 3 4 5
84. Me disgusta la responsabilidad	1 2 3 4 5
85. Nunca hay razón para permanecer abogajado por mucho tiempo	1 2 3 4 5
86. Casi nunca pienso en las cosas como la muerte o la guerra atómica	1 2 3 4 5
87. Las personas son más felices cuando se enfrentan a desafíos o problemas a vencer	1 2 3 4 5
88. Me disgusta tener que depender de alguien	1 2 3 4 5
89. En el fondo, la gente nunca cambia	1 2 3 4 5
90. Siento que debería manejar las cosas en forma correcta	1 2 3 4 5
91. Me molesto ser criticado pero no es catastrófico	1 2 3 4 5
92. Tengo miedo a las cosas que no puedo hacer bien	1 2 3 4 5
93. Me he olvidado, aunque sus actos parezcan serlo	1 2 3 4 5
94. Aun vez se trastornan los errores de otros	1 2 3 4 5
95. El hombre hace su propio infierno dentro de sí mismo	1 2 3 4 5
96. Frecuentemente me descubro planeando lo que haré en ciertas situaciones de peligro	1 2 3 4 5
97. Si algo es necesario, lo hago, por muy poco placentero que resulte	1 2 3 4 5
98. Me sorprende a no esperar que algún otro esté muy interesado en mi bienestar	1 2 3 4 5
99. Me no miro al pasado con remordimientos	1 2 3 4 5
100. No hay nada mejor a un conjunto ideal de circunstancias	1 2 3 4 5

## ANEXO 10

Puntajes del grupo de RAB

S	Indice de mejoría %	Depresión	Temores
1	0.25	2	2
2	0.87	4	4
3	10.52	7	5
4	29.09	7	5
5	30.05	8	6
6	75	9	7
7	80	10	7
8	80	17	12
9	80	19	30
10	100	22	42
<b>Md=</b>	<b>52.5</b>	<b>8.5</b>	<b>6.5</b>

S	Asertividad %	Ideas Irracionales									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	50	20	20	20	20	10	20	20	10	10	30
2	50	20	40	30	30	10	40	40	20	20	30
3	52.5	30	50	30	40	10	50	40	20	20	50
4	60	30	60	40	40	20	50	50	30	40	50
5	67.5	30	60	40	50	20	60	50	30	50	50
6	67.5	40	70	50	50	20	60	50	30	50	60
7	85	50	70	50	50	30	60	50	30	50	60
8	85	60	70	60	60	40	70	60	40	60	70
9	87.5	60	70	60	60	40	90	60	40	60	70
10	97.5	60	90	70	80	40	100	60	50	80	90
<b>Md=</b>	<b>66.2</b>	<b>35</b>	<b>65</b>	<b>45</b>	<b>50</b>	<b>20</b>	<b>60</b>	<b>50</b>	<b>30</b>	<b>45</b>	<b>55</b>

## ANEXO 10

MMPT													
S	L	P	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	2	5	17	25	19	18	18	10	21	20	14	30
2	4	5	7	18	25	21	19	24	10	28	22	15	32
3	5	6	8	19	26	23	21	28	10	29	30	15	33
4	5	8	9	19	26	24	21	31	11	30	33	20	34
5	6	9	10	24	27	30	21	32	11	30	34	20	34
6	6	10	13	25	28	30	26	32	11	30	36	21	38
7	7	13	14	25	28	33	27	34	11	31	39	23	39
8	7	14	14	26	31	34	31	36	16	36	42	24	40
9	8	16	17	28	43	34	32	36	18	45	46	26	45
10	8	19	18	31	45	38	32	36	20	47	49	33	53
Md=	6	9.5	11.5	24.5	27.5	30	23.5	32	11	30	35	20.5	36

## ANEXO 11

Puntajes del grupo de EA

S	Índice de mejoría %	Depresión	Tiempos
1	-4.9	4	2
2	-5.6	8	2
3	-16.0	12	5
4	-39.28	13	14
5	-48.49	16	16
6	42.62	20	19
7	49.04	20	20
8	63.02	21	28
9	75	22	37
10	98.12	25	47
<b>Md-</b>	<b>-45.5</b>	<b>18</b>	<b>17.5</b>

S	Asertividad %	Ítems Irracionales									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	45	10	20	20	30	20	40	20	20	20	30
2	57.5	20	40	30	30	20	50	30	20	20	40
3	75	20	50	40	40	30	50	30	30	20	40
4	75	40	50	40	40	30	60	40	30	40	50
5	87.5	50	60	40	40	30	60	40	30	40	60
6	87.5	50	60	50	40	40	70	50	30	50	60
7	92.5	50	70	50	50	40	70	50	40	50	60
8	95	60	70	60	50	40	70	50	40	50	70
9	95.1	60	70	60	50	40	80	50	50	60	70
10	97.5	60	80	60	70	40	80	60	60	60	70
<b>Md-</b>	<b>87.5</b>	<b>50</b>	<b>60</b>	<b>45</b>	<b>40</b>	<b>35</b>	<b>65</b>	<b>45</b>	<b>30</b>	<b>45</b>	<b>60</b>

## ANEXO 11

MMPI													
S	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	1	6	6	14	21	18	18	26	6	22	27	17	28
2	3	6	6	16	25	23	21	28	10	28	30	19	33
3	3	7	9	19	28	23	23	30	10	30	30	20	34
4	4	7	9	20	30	25	25	31	12	34	37	20	36
5	4	10	11	21	36	25	27	31	12	37	38	20	37
6	4	13	11	24	36	28	28	33	14	40	39	21	39
7	6	13	13	24	36	30	28	34	14	42	41	22	42
8	6	14	15	27	38	31	29	34	15	42	45	23	42
9	8	16	15	27	38	34	32	36	20	43	52	24	45
10	9	22	18	30	39	38	37	36	22	51	57	25	53
Mad	4	115	11	225	36	265	275	32	13	385	385	205	38

Tabla 1.- DATOS DEMOGRAFICOS N=20

EDAD	SEXO	f	%	ESCOLARIDAD	f	%	EST.CIVIL	f	%
$\bar{x}$ : 33 años	Femenino:	18	90	Primaria:	12	60	Soltero:	3	15
$\sigma$ : 22 - 41	Masculino:	2	10	Secundaria:	2	10	Casado:	13	65
				Preparatoria:	3	15	Unión libre:	1	20
				Licenciatura:	3	15			

OCCUPACION	f	%	RELIGION	f	%	Etn	f	%	P. Evolución
Regar:	10	50	Católica:	20	100	C. Tensional:	5	25	$\bar{x}$ = 17 años
Obrero:	7	35			Migraña:	5	25	$\sigma$ = 5 - 65	
Estudiante:	1	5			C. Mixta:	10	50		
Comerciante:	1	5							
Profesionista:	1	5							

TABLA 2: RESULTADOS DEL ANALISIS ESTADISTICO

SUBGRUPO EA-FRACASO

Indice depresivo { Coeficiente de correlación: -0.0899997  
Est. T asociada: -3.5762317  
Prob. asociada: 0.03556361

Indice Temores { Coeficiente de correlación: -0.899997  
Est. T asociada: -3.5226317  
Prob. asociada: 0.0316631

SUBGRUPO EA-EXITO

Escala L (MMPI) { Coeficiente de correlación: -0.899997  
Est. T asociada: -3.5762317  
Prob. asociada: 0.0356360

Escala K (MMPI) { Coeficiente de correlación: 0.9638297  
Est. T asociada: 7.7567177  
Prob. asociada: 0.0026367

SUBGRUPO RAB-FRACASO

Déficit asertivo { Coeficiente de correlación: -0.899997  
Est. T asociada: -0.5447048  
Prob. asociada: 0.0246220

Escala 1 (MMPI) { Coeficiente de correlación: -0.3000000  
Est. T asociada: -0.5404784  
Prob. asociada: 0.0346261

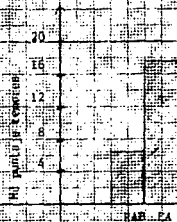
W de puntos de estrés

RAB EA

GRAFICA 1. M<sub>d</sub> por grupo tratamiento

- M<sub>d</sub> = Mediana
- RAB = Reconstrucción Biológica
- EA = Entrenamiento Activo



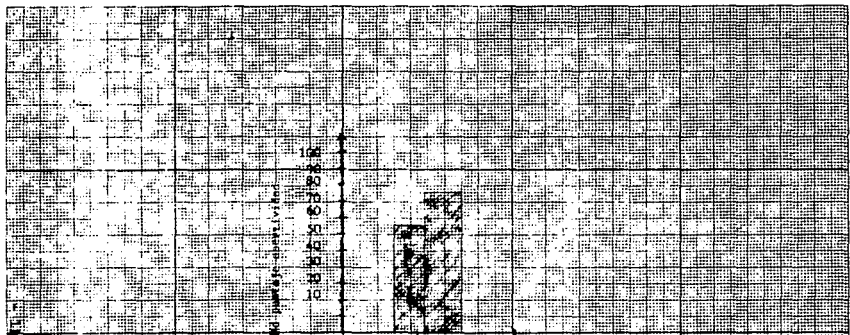


Gráfica 234- Md por grupo de tratamiento

Md= mediana

HAB= Hembra Inmigrante Biológica

PA= Tratamiento Atertivo



RAB EL

Gráfica 3.- Md por grupo de tratamiento

Md medicina

RAB= Retroalimentación Biológica

EA= Entrenamiento Asertivo

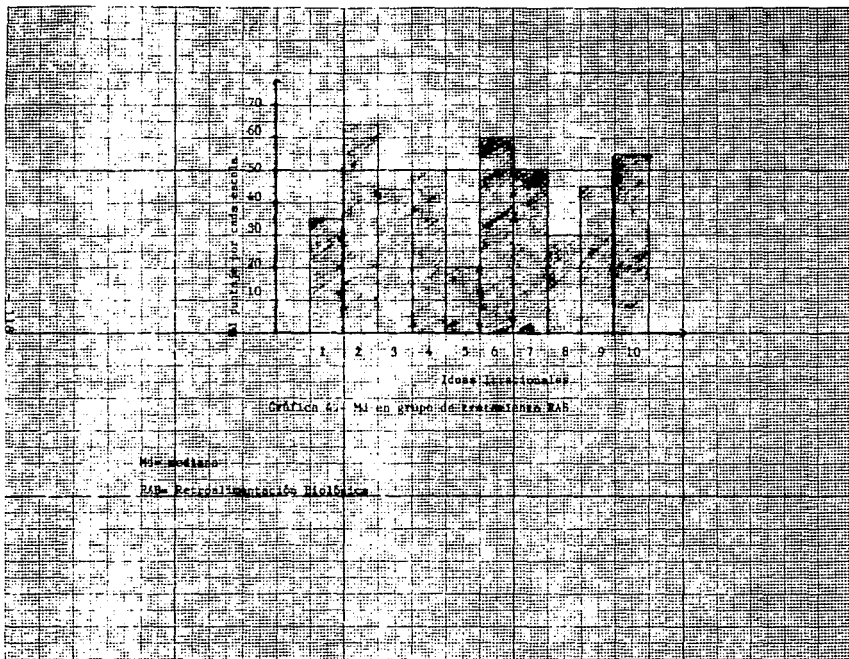
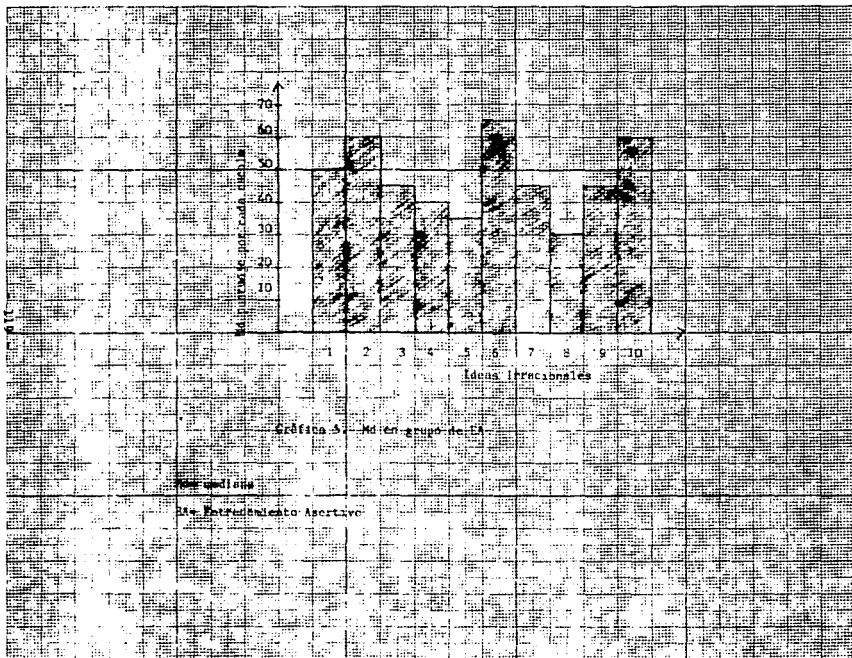
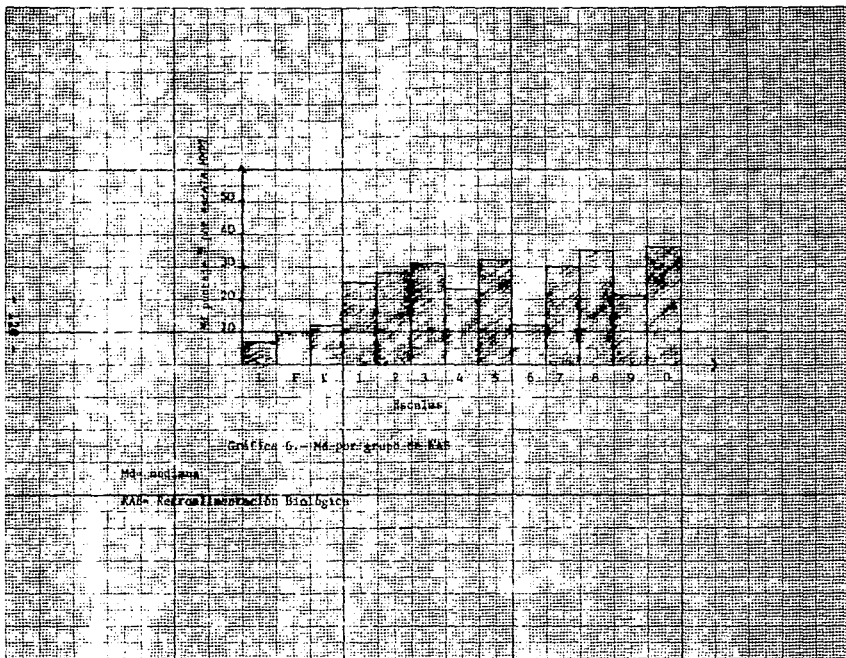


Gráfico 4. - Mi en grupo de tratamiento RA5

Mi modelo

RA5 - Recopilación Biológica





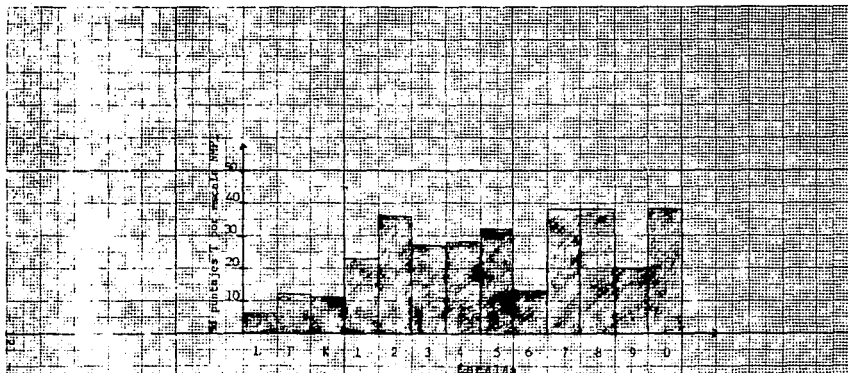


Gráfico 7. No. por grupo de EA

M= masculino

EA= Entrenamiento deportivo