



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"**

**DEPRESION E IDEAS IRRACIONALES EN CEFALICOS**

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A :  
JOSE LUIS RODRIGUEZ DE SAN MIGUEL GUERRERO

México, D. F.    Noviembre de 1992



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.

## I N D I C E

### INTRODUCCION

#### CAPITULO I : DOLOR DE CABEZA CRONICO

1.1 DATOS EPIDEMIOLOGICOS DEL DOLOR DE CABEZA.	1
1.2 DEFINICION Y CLASIFICACION DE LA CEFALEA CRONICA	2
1.3 DOLOR DE CABEZA Y EVALUACION PSICCLOGICA	5
1.4 TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO DE LA CEFALEA CRONICA	7

#### CAPITULO II : DEPRESION

2.1 DEFINICIONES DE DEPRESION	11
2.2 CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS	13
2.3 ESCALAS PARA MEDIR LA SEVERIDAD DE LA DEPRESION	16
2.4 DEPRESION Y DOLOR CRONICO	19
2.4.1 PRESENCIA DE DOLOR CRONICO EN PACIENTES DEPRESIVOS	20
2.4.2 PREVALENCIA DE DEPRESION EN SUJETOS CON DOLOR CRONICO	21
2.4.3 DEPRESION COMO CONSECUENCIA DEL DOLOR CRONICO	25
2.4.4 DOLOR COMO CONSECUENCIA DE UNA DEPRESION SUBYACENTE	25
2.4.5 DEPRESION Y DOLOR, CONSIDERACIONES FINALES	29
2.5 TEORIAS DE LA DEPRESION	32
2.5.1 TEORIAS BIOQUIMICAS	32
2.5.2 TEORIA PSICODINAMICA	34
2.5.3 TEORIAS CONDUCTUALES	34
2.5.4 TEORIAS COGNITIVAS	35

### CAPITULO III : PENSAMIENTO IRRACIONAL.

3.1 ¿ QUE ES LA EMOCION ?	39
3.2 PENSAMIENTO IRRACIONAL	41
3.2.1 IDEA 1, APROBACION SOCIAL	44
3.2.2 IDEA 2, PERFECCIONISMO	45
3.2.3 IDEA 3, CULPABILIDAD	46
3.2.4 IDEA 4, REACTIVIDAD A LA FRUSTRACION	48
3.2.5 IDEA 5, LOCUS DE CONTROL EXTERNO	48
3.2.6 IDEA 6, PREOCUPACION	49
3.2.7 IDEA 7, EVITACION DE RESPONSABILIDADES	50
3.2.8 IDEA 8, DEPENDENCIA	51
3.2.9 IDEA 9, DETERMINISMO DEL PASADO	51
3.2.10IDEA 10, SOLUCIONES IDEALES	52
3.3 FUNDAMENTOS EMPIRICOS DEL MODELO	53

### CAPITULO IV : INVESTIGACION EXPERIMENTAL.

PLANTEAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE INVESTIGACION	61
OBJETIVOS	63
VARIABLES	64
DEFINICION DE VARIABLES	65
METODO	68
I. SUJETOS	68
II. MATERIALES	69

III. ESCENARIO	69
IV. DISEÑO	69
V. PROCEDIMIENTO	69
RESULTADOS	72
I. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y CLINICAS DE LA MUESTRA	72
II. CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DE LOS GRUPOS	74
A. INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK (IDB)	74
B. INVENTARIO DE IDEAS IRRACIONALES	78
DISCUSION Y CONCLUSIONES	87
1. NIVEL DE DEPRESION Y GRUPO DIAGNOSTICO	87
2. RELACION ENTRE LA DEPRESION Y LOS PARAMETROS DEL DOLOR	90
3. RELACION ENTRE LA DEPRESION Y LAS IDEAS IRRACIONALES	96
4. CONSIDERACIONES FINALES	101
REFERENCIAS	106
TABLAS	114
ANEXOS	117

## INTRODUCCION

La cefalea o dolor de cabeza crónico constituye hoy en día un problema de salud muy difundido (Blanchard y Andrasik, 1990). El dolor crónico es un padecimiento que produce o está asociado a un deterioro físico y psicológico, y en este sentido no es raro encontrar niveles muy variables de malestar emocional y depresión en este tipo de pacientes.

Para autores como Bakal (1982), la cefalea crónica en sí misma es un estresor capaz de generar depresión, y señala que el hecho de que el número de ataques de dolor experimentados esté relacionado al grado de deterioro psicológico, puede dar apoyo a esta posición.

Por otro lado, existe otra postura que enfatiza que el dolor crónico es consecuencia de una depresión subyacente, y que el acento debe ser puesto en las alteraciones afectivas, más que en los componentes somáticos (Ayuso y Saiz, 1981; Massana, 1983).

Esta polaridad de opiniones ha hecho evidente la necesidad de superar los enfoques estrechos y considerar la relación entre la cefalea crónica y la depresión, como un problema multifactorial. En este contexto, la irracionalidad, como un patrón de conducta cognitiva es un factor que lleva al cefaléico a desarrollar o mantener una depresión. El modelo de la mediación cognitiva de la depresión a través de ideas irracionales, se ha comprobado en diversas investigaciones (Cook y Peterson, 1986; Nelson, 1977; Vestre, 1984), no obstante no se ha aplicado para explicar la depresión del paciente con cefalea crónica, y justamente es lo que pretende esta investigación.

Por otro lado, también se trata de determinar la relación entre - los parámetros del dolor (frecuencia, duración, intensidad e índice) - y el nivel de depresión en los diferentes grupos de la cefalea (migraña, tensional y mixta). Por último, tomando en cuenta la hipótesis que señala que el deterioro psicológico varía según el tipo de cefalea - (Blanchard y Andrasik, 1990), el presente trabajo compara el nivel y - la severidad de la depresión en los distintos grupos diagnósticos.

En el primer capítulo del trabajo se revisan los aspectos relacionados con el dolor de cabeza crónico; en el segundo se hace un análisis de la depresión y en particular de la relación entre el dolor crónico y la depresión. En el tercer capítulo se presenta lo que es el pensamiento irracional y cada una de las diez ideas irracionales, y finalmente en el capítulo cuarto se presentan los problemas de investigación, el método, los resultados, la discusión y las conclusiones.

## C A P I T U L O I

### 1.1 DATOS EPIDEMIOLOGICOS DEL DOLOR DE CABEZA.

Determinar la distribución real de la cefalea en la población general es un asunto complicado, ya que muchas veces las muestras empleadas no son representativas o los criterios para definir la severidad y frecuencia del dolor son muy variables. Markush (1975) recopila información en una muestra no clínica de 451 mujeres de 15-44 años de edad en doce ciudades de los Estados Unidos; 23 % de ellas habían experimentado migrañas durante el año que precedió a la entrevista. Otros datos (Dupuy, 1977) revelaron que el 13 % de los hombres y el 27 % de las mujeres presentaban dolor de cabeza "de vez en cuando", o cefaleas que les preocupaban un poco.

En población universitaria Andrasik et al (1979) encontraron que el 31 % de los varones y el 25 % de las mujeres padecían como mínimo tres o cuatro cefaleas por semana. Además, el 13 % de los varones y el 15 % de las mujeres calificaban sus cefaleas de "muy dolorosas".

La incidencia de este trastorno como motivo de consulta médica también se ha tratado de determinar, por ejemplo Philips (1977) reporta que el 12 % de los hombres y el 19 % de las mujeres que asistieron a una consulta de medicina general, manifestaron haber padecido de una cefalea grave de tipo migrañoso en los seis meses anteriores.

En México, los pocos datos que se han reportado señalan que los desórdenes psicofisiológicos (incluye las cefaleas crónicas) ocupan uno de los nueve problemas prioritarios de salud mental en el país (De la Fuente, Pucheu y Medina, 1985). Por su parte Campuzano (1987) -

reporta que el dolor crónico acompaña de un 75 % a un 80 % de los pacientes que acuden a consulta médica general.

Por otro lado, en un estudio estadístico de 100 casos realizado en el Instituto Nacional de Neurología de México, se reportó que el 51. % de los casos de dolor de cabeza crónico correspondían a la cefalea tensional y el 42 % a la migraña (Zermeño y Otero, 1974).

En general, parece ser que la cefalea crónica constituye un problema de importancia que afecta a un número considerable de personas, y se hace necesario realizar un mayor número de investigaciones que indaguen sobre la prevalencia de este trastorno sobre todo en nuestro país.

## 1.2 DEFINICION Y CLASIFICACION DE LA CEFALEA CRONICA.

Se define a la cefalea crónica como un dolor de cabeza de evolución mayor a seis meses y de intensidad variable, que no es producto o síntoma de un trastorno o enfermedad física subyacente y cuya etiología incluye elementos de naturaleza psicológica, entendidos éstos como la interacción del individuo con su medio ambiente (Palacios y Rojas, 1986).

El esquema diagnóstico normalizado más comúnmente usado para distinguir a los diversos tipos de dolor de cabeza, está basado en los criterios elaborados por el Ad Hoc Committee (1962) que distingue 15 categorías distintas de cefalea; incluye las resultantes de causas orgánicas (traumatismos, desórdenes metabólicos, neuralgias craneales, etc) y las cefaleas crónicas, y entre estas últimas destacan tres:

1. Cefalea vascular de tipo migrañoso, caracterizada por la ocurren

cia de al menos un episodio de dolor por mes, y la presencia de tres o más de los siguientes elementos:

- El inicio del dolor usualmente es unilateral.
- El dolor usualmente es acompañado de náuseas o de vómito.
- El dolor es de tipo pulsátil o palpitante.
- Fotofobia durante el episodio doloroso.
- El dolor usualmente es precedido o asociado a trastornos visuales, sensitivos o motores (homiparestesias y pródromos).
- Antecedentes familiares migrañosos en uno o más parientes de primer grado.

2. Cefalea por contracción muscular o tensional, caracterizada por dolor o sensación de tensión en ocasiones de duración prolongada; el diagnóstico se hace con base a la presencia de tres o más de los siguientes elementos:

- La frecuencia del dolor es de al menos tres episodios semanales.
- Dolor bilateral que se inicia en la región occipital, suboccipital o detrás del cuello.
- El dolor es descrito usualmente como una tirantez o presión externa sobre la cabeza.

- Dolor sordo y continuo.

3. Cefalea combinada o mixta, caracterizada por la coexistencia de los tipos de cefalea anteriormente descritos, es decir, la sintomatología del dolor se ajusta a los criterios tanto de migraña como de cefalea tensional.

En un estudio llevado a cabo por Arena, Elanchar, Andrasik y Dudek

(1982) se reporta que los resultados de un análisis factorial aplicado al Cuestionario de los Síntomas del Dolor de Cabeza, apoya la existencia de las dos categorías de la cefalea crónica más comunes: vascular-migrañosa y por contracción muscular; se encontró también que la cefalea mixta se relaciona más con la migraña que con la cefalea tensional. Estos resultados se replican en una investigación realizada por Mindell y Andrasik (1987), sin embargo, Takeshima y Takahashi (1988) a través de un análisis multivariado también reporta la existencia de esos dos factores (tensional y migrañoso), pero señalan que sus resultados no ofrecen evidencia suficiente para afirmar que la cefalea por contracción muscular y la migrañosa, constituyen entidades separadas. Los autores se inclinan más bien a sostener la idea de que la cefalea es un continuo ya que la mayoría de los pacientes cefaléicos pueden tener ambos factores en proporciones variables.

Debido a este tipo de hallazgos surge otro punto de vista que va contra la clasificación y que postula la existencia de un continuo en la cefalea, en el que la diversidad de síntomas constituyen condiciones progresivas (enfoco de severidad): Apoyado en varias investigaciones este enfoque (Bakal, 1982) enfatiza que no hay diferencias de localización y sintomatología asociada al dolor en sujetos con diagnóstico de cefalea tensional y cefalea migrañosa ya que en ambas entidades se da un solapamiento de síntomas.

Ahora bien, la propuesta de clasificación de la cefalea crónica elaborada por el Ad Hoc Committee (1962) se ha usado frecuentemente en este campo debido a su utilidad clínica, ya que por ejemplo Blanchard -

y Andrasik (1990) señalan que la tasa de éxito observada en ciertos - tratamientos y el deterioro psicológico varía según el grupo diagnós - tico de la cefalea.

### 1.3 DOLOR DE CABEZA Y EVALUACION PSICOLOGICA.

Son diversas las investigaciones que centran su atención en el pa - pel desempeñado por los factores psicológicos en la aparición y/o man - tenimiento de la cefalea crónica. De este modo, se ha encontrado la - presencia de niveles elevados de neuroticismo en sujetos con migraña - (Brandt, Celentano, Steward y Linet, 1990) y en sujetos con cefalea - tensional (Hlasczczynaki, 1984) al compararlos con un grupo control, a - través del Eysenck Personality Questionnaire.

Henryk-Gutt y Rees (1973) por medio del MMPI encuentran que los - sujetos con migraña califican alto en las escalas de ansiedad y somati - zación. Blanchard y Appelbaum (1989) reportan algo parecido en pacien - tes con cefalea diaria y de alta intensidad, ya que demuestran una ten - dencia a ser más ansiosos, histéricos y a padecer de quejas psicósomá - ticas de manera frecuente; estos rasgos los detectan por medio del uso del State-Trait Anxiety Inventory y del Psychosomatic Symptom Checklist

La evaluación de múltiples dimensiones psicológicas es importante dado que permite identificar áreas potencialmente problemáticas para - el paciente, que son predisponentes o concomitantes al dolor crónico. Lamentablemente los resultados han sido poco esclarecedores debido a la presencia de toda una serie de problemas metodológicos, ya que por ejem - plo, para medir o diagnosticar tan solo a la depresión, se emplean una

gran diversidad de métodos e instrumentos, o bien, las muestras de los diversos estudios son muy heterogéneas, y todo esto hace que las investigaciones no sean comparables entre sí (Ramos, 1989; Romano y Turner, 1985).

Sin embargo, existen investigaciones como el proyecto SUNYA (Blanchard y Andrasik, 1990) y el de Evaluación integral y tratamiento no farmacológico del dolor de cabeza crónico (Palacios y Rojas, 1986) que abordan a la cefalea desde un enfoque multifactorial., por lo que se aplican una Historia Clínica y un conjunto de pruebas psicológicas de manera regular y consistente a cada paciente antes y después del tratamiento. De esta forma, se considera que la queja del dolor crónico no está al margen de los factores biológicos, psicológicos y sociales de la vida del paciente, sino inmersa en ellos.

Por otro lado, uno de los factores psicológicos que frecuentemente se ha relacionado con el dolor de cabeza crónico es la depresión. La medición del estado depresivo se ha llevado a cabo incluso en población infantil (Andrasik, Kabola, Quinn, et al, 1988), y se ha encontrado que los niños con migraña muestran niveles de depresión significativamente mayores en comparación con sujetos control. Merikangas (1990) reporta una fuerte asociación entre migraña y depresión en población adulta.

Existen también estudios encaminados a aclarar la relación entre grupo diagnóstico de la cefalea y deterioro psicológico, y se ha observado que los sujetos migrañosos presentan menos trastornos psicológicos que los sujetos que padecen de cefalea mixta, los cuales a su vez, están menos deteriorados que los sujetos con cefalea tensional.

Esta progresión parece guardar relación con lo que se ha llamado "densidad del dolor", es decir, cuanto mayor es el número de días por semana que el sujeto padece de dolor de cabeza, más trastornos psicológicos manifiesta (Andrasik, Blanchard, Arena y Teders, 1982; Blanchard y Andrasik, 1990; Blanchard, Radnitz, Evans et al, 1986).

#### 1.4 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LA CEFALEA CRÓNICA.

Son diversos los tratamientos no farmacológicos que se han desarrollado para lograr la mejoría del dolor de cabeza crónico, entre estos se destacan la retroalimentación biológica, el entrenamiento en relajación y la terapia cognitiva entre otros. Estos tratamientos han sido aplicados de manera distinta para cada uno de los grupos diagnósticos de la cefalea crónica.

Para el caso de la cefalea tensional se parte de la hipótesis de que el dolor es causado por la contracción sostenida de los músculos del cuello, cara y nuca y que a través de la relajación o la retroalimentación de la electromiografía frontal, el paciente aprende a disminuir esa tensión muscular y por lo tanto su dolor. Hay evidencia empírica que apoya el uso de ambos tipos de tratamiento en la cefalea tensional (Blanchard, Andrasik, Ahles et al, 1980; Budzynski et al, 1973; Murphy, Lehrer y Jurish, 1990).

Por su parte, para la cefalea migrañosa existe la hipótesis de que la distensión y la constricción arterial craneal participan de forma importante en la aparición del dolor, por lo que en el tratamiento con -

retroalimentación se enseña al paciente a dilatar arteriolas y capilares para permitir que aumente el flujo de sangre circulante y por lo tanto la oxigenación cerebral. Esto puede lograrse de dos formas: por medio de la retroalimentación de la respuesta vasomotora cefálica, o de la retroalimentación de la temperatura de la yema de uno de los dedos de la mano; ambos tratamientos producen una mejoría significativa del dolor (Blanchard, Appelbaum, Radnitz et al, 1990; Holroyd, Holm, - Hursey et al, 1988).

El entrenamiento en relajación para la migraña se cree que produce la dilatación de los vasos sanguíneos periféricos gracias a un descenso en la actividad del sistema nervioso simpático, y su eficacia ha sido demostrada en diversas investigaciones (Blanchard, Andrasik, Ahles et al, 1980). Para el grupo diagnóstico de cefalea mixta, Blanchard y Andrasik (1990) recomiendan la combinación de entrenamiento en relajación con la retroalimentación de la temperatura.

Por otro lado, se ha criticado a esta clase de tratamientos debido a que únicamente se centran en ciertas respuestas fisiológicas del cuerpo, y no inciden directamente en los componentes afectivos o cognitivos del dolor, muchos de los cuales son estresores antecedentes de tipo ambiental y psicológico decisivos en la producción de la cefalea crónica.

Debido a lo anterior surge la terapia cognitiva como una alternativa de tratamiento, y cuyo objetivo es enseñar a los cefaléicos a identificar y posteriormente afrontar las respuestas cognitivas generadoras de ansiedad, depresión y estrés mediadoras en la aparición de la cefalea al activar el mecanismo vascular propio de la migraña, o el muscular

de la cefalea tensional (Blanchard y Andrasik, 1990).

Entre las fuentes de estrés para pacientes con cefalea crónica - pueden mencionarse la falta de habilidades asertivas (Jones y Page, - 1986), un pensamiento perfeccionista y aprehensivo (Palacios, Rojas y Figueroa, 1987) y el propio dolor de cabeza (Bakal, 1982). De esta forma, la terapia cognitiva intenta modificar indirectamente los síntomas alterando la manera como responde el sujeto ante el estrés, y por eso las intervenciones pueden ser muy variadas.

El entrenamiento asertivo en cefaléicos crónicos enseña al sujeto las habilidades para ser capaz de solicitar ayuda, expresar afecto, sentimientos, opiniones y molestias, rehusar una petición, etc de forma honesta y no agresiva (Palacios y Rojas, 1986).

La Terapia Racional Emotiva (Wallez, Di Giuseppe y Wessler, 1980) hace ver a sus pacientes que su pensamiento está influenciado por una serie de ideas irracionales, y que éstas pueden producir diversos trastornos emocionales, por lo que se les enseña el modo de cuestionar y - modificar estas ideas en los terrenos lógicos y empíricos. La base de este tipo de terapia es la reestructuración cognitiva o la discusión, y aunque este tipo de terapia no se ha aplicado directamente a pacientes con cefalea crónica, ha demostrado que es más efectiva que la terapia centrada en el cliente para pacientes introvertidos; más eficiente que la desensibilización sistemática para tratar ansiedad generalizada, y bastante eficaz para combatir a la depresión (Ellis y Whiteley, 1979)

La inoculación del estrés es una técnica basada en las habilidades de afrontamiento para el manejo de los problemas relacionados con el -

estrés, que se ha aplicado exitosamente en el control del dolor que sufren los pacientes con quemaduras graves (Wernick, 1987). Este autor reporta que las estrategias físicas de afrontamiento que se enseñaron a este tipo de pacientes incluían la relajación, la respiración profunda y el entrenamiento autógeno, y entre las estrategias cognitivas estaban la reorientación de la atención (distracción) y la reinterpretación cognitiva.

La terapia cognitiva aplicada a los pacientes con cefalea crónica es muy heterogénea en sus técnicas y procedimientos, muchos de los cuales se ajustan a los anteriormente descritos. En general, este tipo de intervenciones han demostrado su efectividad para controlar o reducir no sólo el dolor de cabeza, sino además el malestar o deterioro psicológico que frecuentemente acompaña al paciente con cefalea crónica - (Holroyd y Andrasik, 1982; Holroyd, Andrasik y Westbrook, 1977; Murphy, Lehrer y Jurish, 1990).

## C A P I T U L O II

### DEPRESION

#### 2.1 DEFINICIONES DE DEPRESION.

La palabra depresión proviene de un verbo latino que significa "hundir", "presionar hacia abajo", y es una palabra que se emplea en el sentido de un decaimiento en el estado de ánimo. También se aplicó en medicina para denotar una disminución en las funciones vitales, o bien para expresar la condición de ánimo abatido (Bar Din, 1989).

Davidoff (1984) afirma que la depresión es un estado más intenso y persistente que la tristeza, en el que las personas amadas, la comida, el sexo, las diversiones y el trabajo pierden su atractivo, tal vez por que la persona se vuelve incapaz de experimentar gusto y placer. Sus conversaciones parecen indicar que se critican mucho y están agobiadas por la culpa, suelen sobrevenirles pensamientos de muerte y suicidio.

Para Calderón (1984) la depresión es un trastorno que produce un efecto bloqueador en las necesidades biológicas (apetito, sueño, sexo) y en los instintos básicos (el gregario, el de conservación), que genera una devalorización en la persona y un efecto negativo en las relaciones familiares.

Dentro de la teoría cognitiva autores como Hollon y Beck (1979) señalan que la depresión es un síndrome en el que interactúan diversas modalidades: bioquímica, somática, afectiva, conductual y cognitiva. Sin embargo, se considera que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa primaria del desorden, a

partir de la cual se desatan los restantes componentes.

Definir a la depresión es tomar en cuenta la variedad de síntomas que presenta, y que desde el enfoque cognitivo Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) los han clasificado de la siguiente manera:

A. Síntomas afectivos: ánimo abatido, pérdida de gratificación, - pérdida emocional, episodios de llanto, tristeza, irritabilidad.

B. Síntomas motivacionales: falta de satisfacción, sentimiento de fracaso, pérdida del interés, deseos suicidas.

C. Síntomas cognitivos: devaluación, expectativas negativas, auto culpa, autocrítica, indecisión, pesimismo.

D. Síntomas somáticos: preocupación corporal, pérdida del apetito, peso y del deseo sexual, fatiga, disminución del sueño, dolor de cabeza.

Cabe aclarar que en las llamadas depresiones atípicas (Arieti y - Bemporad, 1990) los síntomas físicos difieren en cuanto que se da un - aumento considerable del apetito y del peso corporal, en lugar de una - disminución, o bien el sujeto duerme más de lo habitual en vez de padecer insomnio. Debido a estas consideraciones, autores como Polaino-Lo - rente (1985) señalan que la tipificación de las diferentes funciones - psicológicas alteradas en la depresión, es algo relativo y por consi - guiente abierto a muchas excepciones, a ausencias y presencias sintoma - tológicas de índole muy distinta.

## 2.2 CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS.

Tradicionalmente la depresión se ha dividido en endógena y exógena; la depresión endógena está causada probablemente por factores internos del propio organismo (bioquímicos), mientras que la depresión exógena - o reactiva es desencadenada por acontecimientos externos o ambientales (pérdidas de personas significativas, problemas de relación, etc) (Mendels, 1970).

Una de las clasificaciones psicopatológicas más recientes es la - que se concretizó en el DSM III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), y que en relación a los trastornos afectivos señala que pueden ser subdivididos en:

1. Episodio maniaco, caracterizado por un estado de ánimo expansivo e irritable, aumento de la actividad o inquietud, fuga de ideas, aumento de la autoestima (grandiosidad), disminución del sueño, etc.

2. Episodio depresivo mayor, caracterizado por un estado de ánimo triste o melancólico, pérdida del interés o del placer en casi todas - las actividades habituales, sentimientos de culpa, fatiga, insomnio, etc.

3. Trastorno bipolar (maniaco-depresivo), en donde el cuadro sintomatológico incluye elementos depresivos y maníacos entremezclados o alternando a lo largo de los días.

Por otro lado, existe una categoría de la depresión que se ha mencionado con cierta consistencia en la literatura clínica y que corresponde a la depresión encubierta, oculta o enmascarada (Mendels, 1970; López Ibor, 1972). La característica distintiva de esta entidad es la-

presencia de síntomas y quejas somáticas frecuentes, asociados a la ausencia de sentimientos subjetivos de tristeza. En muchas ocasiones al colocar al paciente sus padecimientos físicos en un primer plano, enmascara u oculta la depresión de fondo (Mac Kinnon y Michels, 1973).

Prácticamente las depresiones pueden mostrar cualquier ropaje clínico, aunque en una investigación llevada a cabo por Ayuso y Saiz (1981) se reporta que los trastornos gastrointestinales y las alurias son muy frecuentes, pero son las cefaleas las que habitualmente se asocian a los estados depresivos. Además del dolor crónico otras quejas físicas incluyen disfunciones en el sueño, fatiga, pérdida del apetito y del deseo sexual.

Luego de revisar algunas clasificaciones, queda por determinar la que corresponde a los pacientes con cefalea crónica. Parece ser que es la depresión enmascarada la que mejor se ajusta a este propósito, ya que características tales como presencia de dolor de cabeza, alteraciones en el sueño, fatigabilidad, inhibición del trabajo y falta de satisfacción son comunes en este tipo de pacientes y constituyen síntomas de depresión (Palacios, 1992; Ramos, 1989). La tristeza como síntoma básico en ocasiones no se manifiesta, y el paciente verbaliza su malestar emocional como aburrimiento, apatía o indiferencia, y se trata más bien de una incapacidad para experimentar sentimientos (Ayuso y Saiz, 1981).

Rojas (1981) afirma que muchas depresiones tienden a convertirse en crónicas mediante la neurotización del enfermo y por la sucesiva aparición de síntomas somáticos de diversa índole. Alonso-Fernández (1978) coincide en este punto al señalar que muchas depresiones al volverse -

crónicas se complican con actitudes hipocondriacas. De esta forma, se considera que la depresión del paciente cefaléico es no sólo enmascarada, como ya se vió anteriormente, sino que también es una depresión crónica, y justamente para que la depresión pueda persistir a través de los años sin producir un sufrimiento emocional intenso, ésta se oculta o enmascara, y se manifiesta sobre todo en la esfera corporal de la persona, y por eso se habla también de depresiones somatizadas (Ayuso y Saiz, 1981).

La cronicidad de la depresión viene dada también por una historia de pérdidas, separaciones y conflictos de relación familiar que se producen frecuentemente en este tipo de pacientes, como puede verse reflejado en sus historias clínicas. Además, la depresión crónica del paciente cefaléico puede acentuarse en determinado momento por la presencia de acontecimientos estresantes (conflictos de pareja o con los hijos, problemas económicos, etc), y este tipo de situaciones ponen de manifiesto que la depresión puede ser a la vez crónica y reactiva (Palacios, 1980).

Por otro lado, en determinados momentos la depresión del paciente cefaléico puede ser también endógena, es decir, se dan en él cambios a nivel bioquímico como la disminución en el líquido cefalorraquídeo del MEPPG, principal metabolito de la noradrenalina (Jarman, Fernández, Davias y Glover, 1990).

Como se ve, las diversas categorías de la depresión no tienen por que ser excluyentes, sino que son de mayor utilidad para el clínico si se ven como complementarias o sobrepuestas.

## 2.3 ESCALAS PARA MEDIR LA SEVERIDAD DE LA DEPRESION.

De los diversos instrumentos que existen para la evaluación de la depresión, Pehn (1976) cita entre los principales a los siguientes:

1. La escala para la autoevaluación de la depresión de Zung, que es una escala de autoaplicación breve y sencilla que cuantifica síntomas depresivos como las alteraciones del afecto, los equivalentes fisiológicos y los trastornos ideacionales.

El inventario se probó en una muestra de 152 pacientes psiquiátricos, y de acuerdo a Pehn (1976) no se reportan datos sobre confiabilidad o consistencia interna. La forma en la que se reportó su validez - fué por medio de la correlación con un diagnóstico de depresión psiconeurótica, cuyo puntaje fué de 0.64

A este instrumento psicométricamente se le considera poco sofisticado y por consiguiente se cuestiona su utilidad en la práctica e investigación conductual (Pehn, 1976).

2. Escala de valoración psiquiátrica de Hamilton para la depresión consta de 17 variables que se responden en una escala de 3 a 5 puntos, - y el contenido incluye síntomas cognitivos, conductuales, somáticos y - algunos menos comunes como la despersonalización, sentimientos paranoias y obsesiones.

Pehn (1976) reporta una confiabilidad de 0.84 para este inventario y comenta que no se reportan datos de validez, además lo considera muy dependiente de la experiencia y objetividad de la persona que califica la prueba, pues la puntuación es otorgada por el examinador y no por -

el propio sujeto, lo cual lo convierte en un instrumento de dudosa confiabilidad.

Se sabe que la aplicación de este instrumento es frecuente encontrarla en la evaluación farmacológica de antidepresivos (Calderón, 1984)

3. Escala de depresión del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), la cual es parte de un inventario de personalidad y es sensible a los cambios de la situación afectiva de un individuo. Está constituida por 60 reactivos falso o verdadero, y de acuerdo a Dahlstrom y Welsh (1960) la escala presenta una confiabilidad test retest moderada, en tanto la confiabilidad obtenida a través de una - prueba de pares iguales es de 0.70

Una de las principales desventajas de éste tipo de escalas es que tan sólo indican la magnitud de la depresión, y dejan de lado la forma particular en la que se manifiesta, sobre todo si se toma en consideración la gran heterogeneidad de los reactivos componentes. Además, la - sola elevación de esta escala no es criterio suficiente para concluir sobre la existencia de depresión, ya que hay que tomar en cuenta otras escalas del resto del inventario de personalidad (Rivera, 1987).

4. Inventario de Depresión de Beck (IDB) , el cual comprende 21 categorías de síntomas y cada uno es una manifestación de depresión, y valores numéricos del 0-3 cuantifican esta posibilidad.

Luego de leer las declaraciones que corresponden a cada reactivo, se pide al paciente que indique cuál de ellas define mejor cómo se siente en ese instante. El puntaje de depresión es la suma de las respuestas

de las 21 categorías, y ya obtenido puede ubicarse en un determinado nivel de severidad de acuerdo a los criterios de Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh (1961) que son los siguientes:

0-8 depresión nula	16-22 depresión moderada
9-15 depresión leve	23 ó + depresión severa

A través de relaciones significativas entre cada reactivo y el puntaje total, se obtuvo la consistencia interna del instrumento que fué de 0.86; también se reporta una correlación test-retest de 0.75 después de un mes de aplicación (Beck et al, 1961).

Pehn (1976) considera que las propiedades psicométricas de este inventario son buenas, y reporta datos de validez concurrente entre el IDB y otras mediciones clínicas, sin especificar cuáles.

En población mexicana, Palacios (1992) reporta validez de construcción para este inventario a un nivel estadísticamente significativo ( $p < 0.01$ ) con la escala F del MMPI. Por su parte, Rojas, Baltrán, Vargas, Ramos y Figueroa (1991) encuentran que el IDB es capaz de diferenciar a tres poblaciones: sujetos control, sujetos con cefalea crónica y sujetos que demandan atención psicológica.

Por su gran utilidad, Miller y Seligman (1975) consideran al IDB el más adecuado para poblaciones clínicas, Beck et al (1979) lo emplean como un indicio del avance del tratamiento para la depresión, y finalmente Blanchard y Andrasik (1990) lo usan como índice predictor para el tratamiento de la cefalea crónica. En resumen, parece ser que además de sus cualidades psicométricas, el IDB goza de un buen estatus por su utilidad clínica.

## 2.4 DEPRESION Y DOLOR CRONICO.

Tradicionalmente las personas que padecen de algún tipo de dolor crónico, han recurrido al médico para su diagnóstico y tratamiento, pero lamentablemente es común que el médico subestime los aspectos psicológicos que están detrás de esa queja de dolor y fije su atención en las alteraciones somáticas.

Calderón (1984) señala que en muchos cuadros de interrelación entre factores psicológicos y trastornos somáticos, se puede identificar una depresión como factor determinante o desencadenante del cuadro. Para Massana (1983) una gran cantidad de alteraciones aparentemente somáticas, no son otra cosa que formas externas de un cuadro de naturaleza depresiva, puesto que la terapéutica antidepressiva los alivia.

Por supuesto no se puede afirmar de manera contundente que todo trastorno doloroso sin causa orgánica definida sea debido a alteraciones depresivas, ya que no se puede atribuir causalidad a partir de un tratamiento antidepressivo exitoso. Lo mejor en todo caso es rescatar la asociación entre la depresión y el dolor crónico, y averiguar la manera en la que ambas entidades se encuentran relacionadas (Romano y Turner, 1985).

Son diversas las investigaciones que reportan la existencia de depresión en pacientes que acuden a clínicas para el tratamiento del dolor crónico, así como también se ha detectado dolor crónico en pacientes deprimidos. Se mencionarán a continuación una serie de estudios que ofrecen evidencia de ambas posiciones.

#### 2.4.1 PRESENCIA DE DOLOR CRONICO EN PACIENTES DEPRESIVOS.

Lindsay y Wyckoff (1981) y Von Knorring, Ferris, Eiseemann et al (1983) reportan la presencia de dolor en el 59 % y 57 % de pacientes psiquiátricos diagnosticados como depresivos, en muestras de 196 y 161 sujetos respectivamente. En el primer estudio la queja de dolor se remota a los últimos tres meses, y en el segundo el dolor se define como severo u ocasional.

Por su parte Delaplaine e Ifabumuji (1978) encontraron que 10 de 19 pacientes psiquiátricos (58 %) con depresión neurótica presentaban queja de dolor. Ward, Bloom y Friedel (1979) en cambio, trabajan con sujetos no clínicos que muestran un nivel de depresión moderado o severo, detectados a través de la escala de depresión de Hamilton, y reportan que el 100 % (N=16) dan queja de dolor persistente por espacio mayor a seis meses.

Mathew, Weinman y Mirabi (1981) reportan que el dolor de cabeza es significativamente mayor en pacientes clínicos deprimidos ( 76 % vs 39 % ) que en sujetos control no deprimidos apareados en edad y sexo (N=51 sujetos para cada grupo). Marchesi, De Ferri, Petrolini et al (1989) llegan a igual conclusión, sólo que con pacientes psiquiátricos diagnosticados como depresivos por medio del DSM III, y como control la población de una comunidad encuestada. Cabe mencionar que en este último estudio se reporta que el 51.9 % (N=160) de los pacientes psiquiátricos que participaron padecen de cefalea tensional o migrañosa.

Garvey, Tollefson y Schaffer (1984) reportan que la prevalencia -

de migraña durante el último año en una muestra de 116 sujetos, es significativamente mayor en población psiquiátrica masculina diagnosticada con desorden mayor depresivo por medio del Research Diagnoses Criteria (RDC), en comparación con la prevalencia de migraña en una comunidad encuestada; para el grupo de mujeres psiquiátricas depresivas no se dió esta diferencia.

#### 2.4.2 PREVALENCIA DE DEPRESION EN SUJETOS CON DOLOR CRONICO.

Hay estudios en los que se reporta depresión en el 25 % (N=100) - de pacientes con dolor crónico (Kramlinger, Swanson y Haruta, 1983), - otros en cambio encuentran depresión en el 87 % de una muestra de 300 sujetos (Lindsay y Wyckoff, 1981). En ambos estudios se usó el RDC para detectar depresión.

Otras investigaciones dan a conocer un nivel de depresión media - para sujetos con dolor crónico, detectados por medio del Levine-Pilowsky Depression Questionnaire (LPDQ) en muestras de 400 y 114 pacientes respectivamente (Chapman, Sola y Bonica, 1979; Pilowsky y Spence, 1976)

Watson (1982) encuentra con la escala 2 del MMPI un nivel promedio de depresión ya significativo (T 69.9) para 144 pacientes con dolor crónico. Por su parte, Andrasik, Blanchard, Arena y Teders (1982) reportan que los sujetos con dolor de cabeza crónico (N=99) obtienen puntajes de depresión significativamente mayores en la escala 2 del MMPI, en relación a sujetos control.

Investigaciones llevadas a cabo en población mexicana, reportan -

que no hay diferencias en el nivel de depresión medido a través del Inventario de Depresión de Beck (IDB) entre sujetos con cefalea crónica y sujetos control (Palacios, 1991). En cambio, Ramos (1989) usando el mismo inventario encontró un nivel de depresión leve en pacientes con cefalea crónica (13.35), mientras que en el grupo control la depresión es nula (7.75). Cabe mencionar que los resultados de Palacios (1991) - con el IDB son de 13 puntos como mediana (depresión leve) para el grupo de cefalálicos, y de 11 puntos como mediana (depresión leve) en sujetos control.

Por su parte, Rojas et al (1990) reportan diferencias significativas en el grado de depresión medido con el IDB en tres grupos con estatus clínico diferente, apareados en edad y estado civil. El grupo de cefalea crónica muestra un nivel de depresión leve (15.4), el grupo de pacientes clínicos una depresión moderada (21.7) y el grupo control una ausencia de depresión (8.9).

Las investigaciones ya citadas hablan en general de una posible relación entre la depresión y el dolor crónico, pero una variedad de problemas metodológicos dificultan establecer el tipo de relación que guardan estas entidades (Ramos, 1989; Romano y Turner, 1985; Thomas y Matas, 1984). En primer lugar, son diversos los inventarios y escalas que se emplean para diagnosticar o definir el nivel de depresión; el tamaño de las muestras y las poblaciones empleadas (clínicas, psiquiátricas, consulta particular, etc) son también fuente de variabilidad, y por último, en la evaluación del dolor no se considera la cronicidad y severidad del mismo de forma consistente.

Para valorar en su justa dimensión los estudios mencionados, hay que considerar los problemas metodológicos que entrañan y que impiden aclarar la relación depresión-dolor. No obstante estas limitaciones, parece que existe evidencia abundante para afirmar la existencia de esta relación, y el problema se torna más agudo cuando se trata de definir la naturaleza o el tipo de esta relación.

Una alternativa que ha salvado la cuestión y que ha esclarecido el panorama, es la de considerar que dentro de los pacientes con dolor crónico existen dos subgrupos distintos. En uno de ellos la depresión es consecuencia del dolor, y en el otro, el dolor es un síntoma del cuadro depresivo (Barolin, 1986; Calderón, 1984; Romano y Turner, 1985)

#### 2.4.3 DEPRESION COMO CONSECUENCIA DEL DOLOR CRONICO.

Para Bakal (1982) la investigación encaminada a establecer la significancia de los rasgos de personalidad patológicos en la génesis de la cefalea, no ha producido relaciones empíricas fuertes, por lo que el modelo que propone trata de identificar las variables psicológicas que son producto del mismo dolor. Es probable que la depresión de un paciente con cefalea crónica sea debida a la percepción o evaluación que hace éste paciente acerca de la severidad de su dolor, ya que las cogniciones influyen a los síntomas, y éstos a su vez a las cogniciones (Bakal, 1982).

Para este autor, el hecho de que el número de ataques de dolor de cabeza experimentados está estrechamente relacionado al grado de dete-

riero psicológico, puede dar apoyo a esta posición. Por ejemplo, Philips y Jahanshahi (1985) encuentran que los individuos con cefalea más frecuente son significativamente más deprimidos; Philips y Hunter (1982) reportan correlaciones significativas entre la depresión y la frecuencia y severidad de la cefalea. Sin embargo, Cox y Thomas (1981) y Ramos (1989) no encuentran correlaciones significativas entre la depresión y el dolor de cabeza, entre sus grupos cefaléicos de estudio.

En relación al periodo de evolución de la cefalea y el grado de depresión de un sujeto, es de esperarse que la depresión sea mayor conforme el dolor tenga más tiempo, pero esto no se ha confirmado (Benitez, 1992; Philips y Jahanshahi, 1985), por lo que el papel del dolor como intensificante o generador de la depresión todavía no es claro.

Por otro lado, hay una serie de investigaciones que miden el nivel de depresión de un sujeto antes y después de un tratamiento cognitivo o conductual centrado en la cefalea. Es probable que si el dolor genera depresión, una vez aliviado o reducido el dolor, ocurrirán cambios paralelos en las variables psicológicas. Cox y Thomas (1981) y Grazzi, Frediani, Zappacosta et al (1988) confirman esto en relación a la depresión, no obstante, el tamaño de las muestras es reducido para obtener conclusiones definitivas (14 y 20 sujetos respectivamente). Además los resultados están condicionados al tipo de inventario que se use para medir a la depresión, ya que por ejemplo Grazzi et al (1988) reporta una reducción significativa en la frecuencia de la cefalea y en el nivel de depresión medido con el inventario de Zung, pero no se dan cambios semejantes en la escala de depresión del MMPI.

En resumen, la evidencia empírica que existe para apoyar la idea de que la depresión puede ser secundaria a la cefalea crónica, se basa en el hecho de que la severidad o la frecuencia del dolor se correlacionan de forma significativa con el grado de depresión. Sin embargo, de estos análisis estadísticos de correlación no es posible determinar si la cefalea causa depresión, o si esta última produce el dolor, sino que solamente se puede decir que ambas entidades varían de manera concomitante y que están relacionadas. Además, la reducción del estado depresivo después de la aplicación de un tratamiento exitoso centrado en la cefalea, está sujeto a controversia según el inventario o escala que se utilice para medir el nivel de depresión.

Blanchard y Andrasik (1990) comentan que el tratamiento de la cefalea crónica mediante la retroalimentación biológica o la relajación, produce mejorías tanto en el dolor como en el grado de depresión en algunos sujetos, pero no en todos. Consideran que estos fracasos pueden atribuirse a que el tratamiento se centra únicamente en las respuestas fisiológicas del organismo, y deja de lado aspectos psicológicos como la depresión, que no siempre es producto de la cefalea.

#### 2.4.4 DOLOR COMO CONSECUENCIA DE UNA DEPRESION SUBYACENTE.

Para Diamond (1983) el dolor de cabeza crónico como dato diagnóstico, puede indicar la presencia de una depresión subyacente una vez que han sido descartadas las causas orgánicas para el mismo. Massana (1983) se adhiere a este punto de vista, y señala que en especial la -

cefalea tensional es uno de los síntomas somáticos claves de la depresión. Por su parte López Ibor (1972) ha puesto de manifiesto la existencia de trastornos psicósomáticos en la depresión, y habla de un posible continuo que va desde el paciente que presenta sólo síntomas somáticos (depresión enmascarada), hasta el que muestra únicamente síntomas psicológicos.

Sternbach (1978) menciona que los pacientes con dolor crónico reportan disturbios en el sueño, cambios de apetito, decremento en el impulso sexual, irritabilidad y pérdida del interés, además de que las pruebas psicológicas generalmente muestran que estos pacientes padecen un tipo de depresión conformada por las características mencionadas, - la inexistencia de un estado de humor depresivo y la focalización de su atención en síntomas somáticos. Esta preocupación hipocondríaca también es detectada por Pilowsky y Spence (1976), y comentan que es común que los pacientes dolorosos se nieguen a comentar y reconocer la existencia de problemas psicológicos en sus vidas, y si se describen tristes o ansiosos atribuyen este estado al dolor.

Elmer y Heilbronn (1982) comparan a dos grupos de sujetos con dolor, uno de ellos es de pacientes con artritis reumatoide, y que por lo tanto su dolor es debido a una enfermedad crónica bien definida. El otro grupo lo constituyen pacientes con dolor crónico pero sin base orgánica conocida. En sus resultados reportan que los sujetos de este segundo grupo presentan las siguientes características, que los diferencian de forma significativa del otro grupo: 1) su queja de dolor es de naturaleza continua y sostienen la idea de que el dolor es su único

problema; 2) presentan una historia de trabajo excesivo desde edad temprana; 3) muestran signos de un estado depresivo como el empeoramiento del sueño y la incapacidad para disfrutar de la vida social, los pasatiempos y el sexo; 4) tienen una preponderancia de historia personal o familiar de episodios depresivos.

Debido a los hallazgos mencionados se ha afirmado que los pacientes propensos al dolor crónico que no presentan un desorden somático discernible, pueden considerarse que padecen una variante de enfermedad depresiva (Blumer y Heilbronn, 1982; Shaffer, Donlon y Hittle, 1980)

Se considera que frecuentemente el problema de dolor crónico del paciente cefalálgico como motivo de consulta médica, hace que el especialista recoja literalmente las quejas físicas del paciente, sin caer en la cuenta de que estos síntomas pueden ser la expresión de un desorden afectivo, y por consiguiente somete al enfermo a exploraciones innecesarias y a tratamientos inadecuados que no consiguen aliviar su malestar. Este procedimiento afecta severamente al enfermo deprimido, que no conforme con lo anterior va de médico en médico bajo un estado de tensión y desesperanza, con el riesgo de caer en el abuso de fármacos y en la instauración definitiva del trastorno (Calderón, 1984).

En resumen, se puede decir que se hace evidente una relación entre la depresión y el dolor crónico, y que parecería que los pacientes no sólo expresan su sufrimiento a través de alteraciones psicológicas, sino también físicas. El hecho de atribuir a la depresión un papel causal en la génesis del dolor, obedece a que en muchos casos no se encuentran en los pacientes alteraciones orgánicas que den cuenta del

dolor, y en cambio sí existen rasgos depresivos como la fatiga, la anhedonia (incapacidad para experimentar placer), el insomnio, la anorexia y una marcada preocupación somática.

Como ya se mencionó anteriormente, es frecuente que en muchos pacientes con dolor crónico no se encuentre un estado de humor triste o depresivo, y el sujeto no reconozca la existencia de problemas psicológicos o en sus relaciones interpersonales, y esto constituye la primera razón por la que la depresión como tal es difícil de definir o detectar. Rojas (1981) al respecto comenta lo siguiente: "Vemos cada vez con más frecuencia como las depresiones se cargan de vivencias hipocóndriacas, y en ocasiones desplaza incluso el acento de los síntomas que tradicionalmente se consideraban como primordiales; las depresiones enmascaradas son un ejemplo de este cambio" (p. 98).

Blumer y Heilbronn (1982) mencionan un análisis realizado por ellos de 76 perfiles del MMPI de pacientes con dolor crónico, en donde se observa una reducción global en el puntaje de la escala 2 (depresión), acompañada de una elevación pronunciada en las escalas 1 (Hipocondriasis) y 3 (histeria). Esto indica que los pacientes se defienden contra la manifestación de la depresión por medio de rasgos somáticos e histéricos. Es así como el dolor en ocasiones ofrece al paciente la oportunidad de centrar su atención en los aspectos somáticos, más que en los psicológicos, como una forma de defensa contra la depresión.

Posiblemente el hecho de no revelar la depresión como tal o de ocultarla, se deba entre muchas cosas al malestar emocional que puede generar, a la creencia errónea de que la depresión es un síntoma de -

debilidad de carácter o incluso una forma de locura (Marmorstein, 1983) En cambio, al paciente que padece de una enfermedad orgánica o síndrome doloroso, se le considera y se le cuida porque su deterioro es debido a algo ajeno o externo que no puede controlar.

Por otro lado, aún cuando un paciente no tenga conciencia de tristeza, frecuentemente se ha visto que utiliza otros términos para indicar grados variables de malestar psicológico como pueden ser: el aburrimiento, la pérdida de entusiasmo o del sentido del humor, el pesimismo, la insatisfacción, la desilusión, la infelicidad, la inutilidad y la desesperación. Por ello, se hace conveniente indagar a fondo en la personalidad del paciente con queja de dolor crónico, para ver si su estado de ánimo está impregnado de cualquiera de estas ideas que orienten hacia el diagnóstico de un posible cuadro depresivo (Marmorstein, 1983).

#### 2.4.5 DEPRESION Y DOLOR, CONSIDERACIONES FINALES.

Una vez hecha esta revisión de artículos, se puede concluir que definir la sintomatología depresiva de los pacientes con dolor crónico constituye un reto, ya que la depresión puede manifestarse de forma muy sutil o ser más evidente, pero en diversas ocasiones negada por el propio paciente. Es común encontrar ciertos rasgos depresivos como la insatisfacción, la inhibición del trabajo, la fatiga, la anhedonia, los trastornos en el sueño, la cefalea crónica y la preocupación somática en grados sumamente variables.

Romano y Turner (1985) hablan de la existencia de un solapamiento de síntomas entre la depresión y el dolor crónico, por lo que se hace necesario que el diagnóstico de depresión se realice con sumo cuidado y con base en criterios rigurosos. Thomas y Matas (1984) recomiendan usar una definición operacional para detectar depresión clínica en pacientes con dolor crónico, tal y como se aplica en el DSM III, ya que los criterios que allí se usan abordan diversas dimensiones del síndrome y se supera de esta forma la unidimensionalidad de los inventarios y escalas para medir la depresión, haciendo el diagnóstico más válido.

Ahora bien, los cuadros depresivos enmascarados y crónicos son los que plantean las mayores dificultades diagnósticas, ya que a nivel sintomatológico las quejas son de naturaleza somática y a nivel instrumental no hay inventarios que se centren en este aspecto. Además, los inventarios y escalas miden el nivel de depresión que en ese momento manifiesta el sujeto, sin hacer ninguna referencia a la historia personal que indague más a fondo sobre la naturaleza, duración o cronicidad de las disfunciones.

El tema de las depresiones enmascaradas es bastante controvertido y requiere de mucha investigación (Arieti y Bemporad, 1990), pero no cabe duda que debido al riesgo de cronicidad que presentan las depresiones que se acompañan de diversas quejas somáticas (Alonso-Fernández, 1978; Rojas, 1981), es necesario que se diagnostiquen oportunamente para evitar que el cuadro se complique y los síntomas se acentúen. Sin embargo, es un error considerar a todo paciente con dolor crónico como deprimido, o a todo paciente deprimido con queja de dolor, ya que sólo

mente una evaluación completa permitirá valorar el papel de los factores biológicos, psicológicos y sociales en el origen y desarrollo del trastorno. En este sentido, toda queja de dolor crónico debe considerarse en relación con la personalidad y rasgos psicológicos del paciente, tomando en cuenta su situación laboral, familiar y social (Calderón, 1984)

Por otro lado, Merskey (1982) señala que es un error enfatizar solamente la relación entre la depresión y el dolor, ya que existen otras entidades psicopatológicas que pueden relacionarse también con el dolor. De esta forma, en la investigación de Large (1980) se menciona que la depresión tratable da cuenta del 30 % de los pacientes con dolor clínico referidos a consulta psiquiátrica, ya que los otros diagnósticos más comunes fueron desórdenes de personalidad, neurosis traumáticas, histerias y dependencia hacia las drogas.

Para Rosenbaum (1982) son varios los factores posibles que pueden dar cuenta o son parte del síndrome de dolor crónico, y entre ellos se encuentran los siguientes:

1. Ganancia de atención y apoyo familiar.
2. Solución de conflictos inconscientes.
3. Compensaciones financieras e incapacidad laboral.
4. Reacciones de conversión.
5. Síndrome de depresión clínica.
6. Dolor psicogénico.
7. Adicción de narcóticos.

De nueva cuenta se hace indispensable una evaluación multidisciplinaria para valorar al paciente con dolor crónico de manera integral

y poder detectar así la riqueza y diversidad de factores que hay detrás de la sintomatología dolorosa.

En algunos pacientes el dolor de cabezacrónico no constituye el problema principal, sino la depresión, por lo que el tratamiento para la cefalea no es suficiente. El papel de los procesos cognitivos y conductuales como mediadores de la depresión merece atención en vista de la evidencia empírica que apoya este tipo de modelos, y del uso de aproximaciones cognitivo-conductuales para tratar a la depresión, sin olvidar por supuesto las intervenciones farmacológicas o bioquímicas, que luego son complementarias (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

## 2.5 TEORIAS DE LA DEPRESION.

### 2.5.1 TEORIAS BIOQUIMICAS.

Generalmente este tipo de teorías sostienen que la depresión es debida a ciertos desequilibrios en las aminas biogénicas tales como la norepinefrina y la serotonina. Ambas sustancias sirven como neurotransmisores en el cerebro conduciendo impulsos de un nervio a otro a través de las uniones sinápticas, y dichas sustancias se encuentran concentradas en el sistema límbico, el cual constituye un conjunto de estructuras que median los procesos de varios centros motivacionales cerebrales (Calderón, 1984).

La formulación de la hipótesis amina sugiere que las concentraciones bajas en la norepinefrina y la serotonina están asociadas a la depresión, mientras que los excesos se relacionan con la manía. Los

modelos subsecuentes han llegado a ser cada vez más complejos, pero -  
conservan esta forma general (Hollon y Beck, 1979).

Por otro lado, también se ha reportado que en las cefaleas migra-  
fiosas la serotonina actúa como un mediador-inhibidor del dolor en el -  
Sistema Nervioso Central, y como un vasoconstrictor. Por lo tanto, los  
antidepresivos tricíclicos por sus efectos sobre la serotonina, pueden  
no solamente mejorar la depresión, sino también mejorar directamente -  
el dolor (Ward, Bloom y Friedel, 1979). En este sentido, existen inves-  
tigaciones que reportan que la depresión que acompaña a las cefaleas -  
crónicas puede ser de tipo químico o endógeno (Jarman, Fernández, Da -  
vies y Glover, 1990), y gracias a la existencia de fármacos antidepre-  
sivos han mejorado diversos cuadros de dolor de cabeza (Goodkin y Gu -  
llion, 1989; Saper, 1990).

La depresión es un padecimiento complejo que afecta la esfera so-  
mática, bioquímica y psicológica de la persona, una alteración en cual-  
quiera de estas áreas es probable que cause cambios en las otras, y por  
eso la depresión endógena puede acentuar los síntomas psicológicos, o -  
éstos al intensificarse producir correlatos a nivel químico. Debido a  
esto hay autores de la teoría cognitiva como Beck et al (1979) que su-  
gieren un tratamiento combinado de terapia cognitiva y farmacológica-  
para combatir algunas depresiones. Se considera así que los elementos  
bioquímicos y psicológicos en las alteraciones depresivas, no son ex-  
cluyentes, sino que se da una interacción entre ambos (Calderón, 1984).

### 2.5.2 TEORÍA PSICODINÁMICA.

Las teorías dinámicas de la depresión se han enfocado sobre el papel de la furia reprimida vuelta contra uno mismo, precipitada por una pérdida real o simbólica, o por situaciones de rechazo o dolorosas.

Debido a la pérdida, la libido liberada se utiliza para establecer una identificación del ego con el objeto perdido mediante la introyección, de esta forma el ego puede censurarse a sí mismo como a un objeto. Al sustituir la identificación por el amor al objeto, el sujeto deprimido regresa a la fase oral de la libido, donde el niño era incapaz de distinguirse a sí mismo de su ambiente, y la mayoría de las relaciones objetales eran ambivalentes. A causa de esta ambivalencia algo de la libido liberada de la catexia del objeto abandonado, se aprovisiona de un sadismo dirigido hacia el ego (Calderón, 1984).

El principal inconveniente de este tipo de teorías es que la comprobación empírica de todos sus postulados constituye un objetivo inaccesible debido a que muchos de ellos están formulados a un nivel teórico, por lo que la especulación rebasa en mucho a lo observable

### 2.5.3 TEORÍAS CONDUCTUALES.

Dentro de este enfoque resaltan las investigaciones de Libet y Lewinsohn (1973), que se centran en el papel de las bajas tasas de respuestas contingentes al reforzamiento como un factor crítico en la depresión. Los sujetos que la padecen, probablemente carecen de las habi-

lidades sociales necesarias para obtener gratificación de los demás, - por lo que se vuelven vulnerables a pequeñas fluctuaciones en los re - forzadores externos.

Pese a la evidencia que apoya el modelo, existen investigaciones que reportan que los sujetos deprimidos son tan hábiles en situaciones de interacción, como los que no están deprimidos (Schrader, 1978). Tam - bién hay estudios que niegan una mejoría en el humor depresivo luego - de un incremento del reforzamiento (Hammen y Glass, 1975). Como se ve, aún no hay nada claro al respecto, aunque lo más probable es que los - déficits observados en habilidades sociales sean componentes, más que - la causa de la depresión.

Otro modelo que destaca es el de Rehm (1977), que explica la de - presión mediante fallas en el autocontrol. En relación al automonitoreo señala que los deprimidos atienden de forma selectiva a los eventos ne - gativos. La evaluación hecha sobre su propia conducta no es adaptativa, ya que comete errores al hacer atribuciones internas de causalidad y - muestra criterios excesivamente rigurosos. Además, presentan tasas ba - jas de conducta autoreforzante, y altas tasas de conducta punitiva.

La atención selectiva hacia los eventos negativos y la conside - ración de los procesos de autoevaluación que se enfatizan en este mode - lo, parecen ser compatibles con una aproximación cognitiva de la depre - sión.

#### 2.5.4 TEORIAS COGNITIVAS.

Del campo experimental surge el modelo de indefensión aprendida, -

que postula que la depresión surge cuando el individuo cree haber perdido todo control sobre las respuestas de los otros, es decir, no ve relación alguna entre sus respuestas y el apoyo que recibe del ambiente. Debido a su indefensión el individuo se considera incapaz de modificar su situación negativa, y cae entonces en un estado de pasividad, miseria y desesperanza (Miller y Seligman, 1975).

En la reformulación de este modelo en términos cognitivos, se afirma que en la depresión se da una tendencia a atribuir resultados negativos a factores globales, estables e internos (evaluación distorsionada), que llevan al sujeto a creer que no tiene control sobre las situaciones de su medio ambiente (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978).

La falta de control que se resalta en este modelo, es probable que sea una maniobra del sujeto para forzar al ambiente a satisfacer sus necesidades de apoyo, y parece que su vulnerabilidad no se debe a que ignora cómo encontrar el apoyo, sino a que cree requerir o necesitar mucho de ese apoyo. Esta creencia se encuentra contemplada y desarrollada en el enfoque cognitivo de Ellis (1962), ya que muchos sujetos deprimidos se creen incapaces de controlar las respuestas ambientales, pero esta situación es sólo una parte del cuadro depresivo, ya que existen otras creencias o ideas irracionales que son mediadoras de la depresión.

Otro enfoque cognitivo de importancia es el de Beck et al (1979), el cual sostiene que en los individuos deprimidos está presente la triada cognitiva, es decir, un punto de vista negativo y distorsionado en relación a sí mismos, a su medio ambiente y a su futuro. Debido a esto se da en ellos una tendencia a desvalorarse y a matizar sus interacciones de pesimismo y privación.

Se llama también la atención sobre la existencia de patrones cognitivos estables que explican cierta regularidad en la interpretación del mundo que hace el deprimido. Estos patrones constituyen un conjunto de reglas y creencias que integran y dan significado y valor a todo el conjunto de datos y hechos que conforman la experiencia humana. En el deprimido dan forma a los pensamientos automáticos distorsionados, y se diferencian de suposiciones adaptativas porque son reglas rígidas y absolutas que contribuyen a mantener la validez de las ideas negativas del deprimido, a pesar de la evidencia ambiental contradictoria (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

En resumen, los sujetos deprimidos sostienen la triada cognitiva, patrones cognitivos disfuncionales y una serie de errores en el procesamiento de la información que los llevan a desarrollar el humor depresivo, la pasividad conductual y toda la serie de síntomas que configuran a la depresión. Este modelo tiene evidencia empírica que lo apoya no sólo con sujetos deprimidos (Ellis y Grieger, 1977), sino también en sujetos con dolor, aunque este tipo de investigaciones son escasas, Lefebvre (1981) reporta que los sujetos que padecen tanto de depresión como de dolor de espalda crónico, muestran una mayor distorsión cognitiva que los sujetos deprimidos pero sin dolor.

El modelo de depresión de Beck et al (1979) tiene elementos en común con el modelo para la adquisición de disturbios psicológicos que postula Ellis (1987), ya que ambos autores sostienen que la reacción afectiva está mediada por la evaluación cognitiva de la experiencia, sólo que en el enfoque de Ellis, en lugar de hablar de patrones cogni-

tivos estables, se postula la existencia de ideas irracionales. Estos constructos cognitivos, dan lugar a juicios y opiniones rígidas y absolutas que no se ajustan plenamente a la realidad, y que se activan en áreas críticas para la persona como son: aceptación-rechazo, éxito-fra caso, felicidad-infelicidad. Beck et al (1979) al respecto comentan lo siguiente: "La certidumbre o seguridad con la cual estas creencias negativas son sostenidas, es probable que varíen con la intensidad de la depresión" (p.246).

El siguiente capítulo del presente trabajo desarrolla el modelo de adquisición de disturbios psicológicos que Ellis (Ellis y Whiteley, 1979) postula, y ofrece evidencia empírica que da apoyo al enfoque.

## C A P I T U L O   I I I

### PENSAMIENTO IRRACIONAL

#### 3.1 ¿ QUE ES LA EMOCION ?

La conducta, la emoción y el pensamiento no constituyen entidades separadas, sino que todas ellas se relacionan entre sí afectando una a las otras. De manera que el ser humano funciona como un solo organismo ya que actúa, piensa y se emociona simultánea y entrelazadamente. Cuando la gente cambia en una de estas tres modalidades, se generan cambios concomitantes en las dos restantes (Ellis y Harper, 1961; Ellis y Grieger, 1977).

El pensamiento y la emoción suelen acompañarse el uno al otro y actuar en una relación circular causa-efecto, por lo que el pensamiento de una persona llega a convertirse en su emoción, y ésta llega a convertirse en su pensamiento. Esto no quiere decir que la emoción no puede existir sin el pensamiento, es posible, pero tiende a existir momentáneamente. Por ejemplo, si un individuo le pisa a otro al pie en un camión aglomerado de gente, es posible que el sujeto afectado de modo espontáneo se enfade. Suponiendo que desde el primer instante la persona en cuestión no tenga ningún pensamiento acompañando su emoción (enfado) parece difícil sostener esa emoción sin reforzarla mediante ideas del tipo: "Qué fastidio, la clase de gente que tiene uno que soportar", o bien, "El que me pisó es un verdadero idiota". Gracias a este tipo de ideas y a su repetición continua, el sujeto es capaz de mantener su emo

ción (enfado) mucho tiempo después de haber sido pisado.

Gran parte de lo que se llama emoción es una cierta clase de pensamiento con parcialidad o prejuicio. En cambio, lo que normalmente se designa como pensamiento es una estimación o percepción organizada de una situación dada. El pensamiento es más tranquilo, imparcial y reflexivo, menos involucrado somáticamente y con una manera de discriminar menos dirigida a la actividad que la emoción (Ellis, 1962).

"Así, una persona que piensa puede observar que en un trozo de pan una parte está enmohecida, y recordar que el comer esa parte la enfermó en otra ocasión y, por lo tanto arrancará la parte mala y comerá el resto. Un individuo emotivo tenderá a observar el mismo trozo de pan y a recordar tan violentamente la experiencia previa con el pan mohoso, que tirará el pan entero y se quedará con hambre" (Ellis y Harper, 1961, p28)

La persona emotiva está pensando mucho más que el otro sujeto, pero con una clase diferente de pensamiento, tan predispuesto por una experiencia anterior desagradable, que ahora resulta limitado, excesivamente generalizado e ineficaz. En cambio, la persona que piensa usa al máximo la información, es decir, que el pan enmohecido es inadecuado para comer, pero que la parte de pan no mohosa es buena.

Dentro de los fundamentos teóricos y prácticos de la Terapia Racional Emotiva (Ellis y Whiteley, 1979), se plantea la hipótesis de que la gente se habla a sí misma, y que la clase de cosas que se dicen afectan de forma significativa su conducta y emociones, y algunas veces los conduce a presentar ciertos disturbios emocionales. Harrel, Chambless y Calhoun (1981) investigan esta cuestión y en sus resultados reportan

que auto-afirmaciones negativas correlacionan altamente con sus correspondientes emociones. Thorpe, Barnes, Hunter y Hines (1983) extienden estos hallazgos a población clínica al reportar claras relaciones entre ideas y sentimientos.

Por su parte, la investigación que emplea variables fisiológicas como indicadores de activación emocional, reportan relaciones entre el contenido de las cogniciones y esta activación. Tasas altas de respuesta cardíaca o respiratoria se encuentran en sujetos que recuerdan o se dicen a sí mismos palabras o hechos estresantes (May y Johnson, 1973).

Dentro de este enfoque existe también la hipótesis de que la gente observa y piensa acerca de su conducta, y que al hacerlo afecta su conducta (Ellis y Whiteley, 1979). Si por ejemplo, se sienten deprimidos, se dan cuenta y piensan frases como: "Qué malo es estar así, no debería sentirme deprimido, los demás se preocupan si me ven en este estado", produciendo así más malestar y depresión.

### 3.2 PENSAMIENTO IRRACIONAL.

Si los estados de emoción permanentes por lo general son la consecuencia del pensamiento, se puede concluir que es raro que un individuo se vea afectado emocionalmente por los acontecimientos externos, sino que más bien lo será por sus percepciones, evaluaciones o frases interiorizadas sobre las situaciones de su medio. Por ejemplo, uno se siente deprimido porque se convence de que es terrible que las cosas no salgan como uno desea, o porque se crea un fracasado si falla en una tarea.

La Terapia Racional Emotiva (T.R.E.) parte de la hipótesis de que las consecuencias o reacciones emocionales (punto C), proceden principalmente de ideas, creencias, evaluaciones e interpretaciones (punto B) de los hechos y acontecimientos cotidianos (punto A); esto constituye el sistema A-B-C de la Terapia Racional Emotiva (Ellis y Abrahms, - 1980). Estas consideraciones tienen consecuencias importantes en relación al origen y mantenimiento de estados de trastorno emocional o neurosis. Para Ellis (1979) la neurosis se caracteriza por una emoción intensificada e incontrolada producto de un pensamiento no realista, irracional e inflexible. Cuando un individuo se adhiere firmemente a ciertas ideas y creencias irracionales, tenderá a hacerse inhibido, hostil, defensivo, ansioso o deprimido, porque se autoconviene que las cosas son como él las vé.

Wallen, Di Guiseppe y Wesaler (1980) señalan que las ideas irracionales que sostienen los individuos, se caracterizan por:

1. Son suposiciones o afirmaciones que no parten de la realidad, y en este sentido no hay evidencia empírica que las apoye. Frecuentemente representan una sobregeneralización, y por lo tanto tienden a ser evaluaciones extremas y exageradas de los hechos; por ejemplo: "Sería fatal que cometiera un error, sería imperdonable y todos lo verían mal"

2. Son ideas que encierran una filosofía absoluta o rígida, en lugar de ver las cosas desde una perspectiva relativa. Se expresan a través de demandas, deberes y necesidades, en lugar de deseos y preferencias. Para Ellis (1979) entre los "deberías" más comunes destacan estos:

- Yo debá: hacer todo bien, obtener aprobación.

- Tú debes: tratarme bien, amarme.

- El mundo debe: darme lo que yo necesito.

Si una persona cree que destacar en su trabajo es necesario para su felicidad, y esto no lo alcanza, su sufrimiento emocional será mayor en comparación con la persona que piensa que el destacar es algo -deseable, mas no necesario para vivir feliz.

3. Son creencias que conducen a disturbios emocionales e impiden a la persona alcanzar sus metas y su felicidad, ya que continuamente - las personas viven situaciones que contradicen o no confirman estas ideas, y es justamente todo lo que se dice el sujeto sobre esto, lo que los produce. Por ejemplo, se tiene la siguiente idea: "Laura tiene que hablarme, no sabe lo mal que me siento si no me saluda", y a partir de esta evaluación el sujeto al no ser correspondido, puede derivar frases como "Soy un inepto, un don nadie, no soy capaz de hacer que se fije en mí", o bien, "Si hubiera sido más alto y fornido, seguro que me hablaría", y otras más, que muy probablemente lo llevarían a autodevaluarse y a desarrollar un estado de humor depresivo. Como puede verse, el pensamiento irracional continuamente mantiene el malestar emocional.

Los seres humanos a lo largo de su vida tienden a caer víctimas de varias ideas en su mayor parte erróneas, y a readoctrinarse una y otra vez en estas ideas de una manera irreflexiva y autosugestiva. La mayoría de las ideas irracionales son transmitidas por los propios padres durante la infancia, y quedan internalizadas antes de que el sujeto desarrolle modos de pensar más racionales. La misma sociedad y la cultura se encargan también de transmitir y reforzar este tipo de ideas (Bustos

y Thomain, 1987).

En general, las ideas irracionales hacen referencia a la no aceptación de las cosas tal cual son, al reproche por los errores propios o ajenos y a una filosofía de autodevaluación. Albert Ellis a partir de su experiencia terapéutica ha identificado y agrupado en varias categorías a las ideas irracionales, cabe aclarar que esta clasificación no es exhaustiva, ya que el propio Ellis en sus primeros trabajos (Ellis y Harper, 1961; Ellis, 1962) identifica un conjunto de diez ideas, y posteriormente va agrupando más (Wallen et al, 1980). Las diez ideas irracionales originales son las siguientes:

### 3.2.1 IDEA 1, APROBACION SOCIAL.

"El ser humano tiene una necesidad imperiosa de ser amado, estimado o aprobado por cada persona significativa de su comunidad". La idea es irracional por las siguientes razones:

- Constituye un objetivo inalcanzable el ser estimados por todos, ya que es inevitable que la gente no guste de alguna de las personas - por sus propios prejuicios o porque le son indiferentes.

- Una vez que se ha preocupado uno por ser amado, empezará a preguntarse en qué medida y por cuánto tiempo, y con esta clase de pensamientos la angustia producida no tendrá límites.

- Esforzarse incesantemente por ser estimado significa vivir por lo que los otros piensan y quieren que uno haga, y no por los propios objetivos.

- Generalmente quienes piden de los demás un afecto intenso y sostenido, no se dedican al desarrollo y conocimiento de las personas que son objeto de sus demandas afectivas, ya que las abruman con sus deseos de aprobación. De esta forma se descuida la relación, con lo que la persona se hace menos deseable.

- En su desesperada búsqueda de amor un individuo frecuentemente encubre sentimientos de indignidad, y no hace nada para combatirlos, es decir, para demostrarse que puede bastarse por sí mismo.

- Decir que uno no necesita ser amado no es lo mismo que decir que no le interesa para nada el amor. Prácticamente todos los seres humanos desean y prefieren la estimación y el amor de la gente importante para ellos, y obtienen satisfacción al conseguirlo; pero deseos y preferencias no es lo mismo que necesidad o demandar. (Ellis y Harper, 1961).

### 3.2.2 IDEA 2, PERFECCIONISMO.

"Los individuos deben ser por entero competentes, aptos y eficaces en todos los aspectos posibles de sus vidas". La idea es ilógica por:

- Constituye una demanda absoluta y exagerada, ya que nadie puede poseer perfecta competencia en la mayoría de los aspectos; aferrarse a esto lleva a la persona a sufrir graves decepciones y malestar.

- Detrás de esta idea se encuentra la convicción errónea de que el valor de un ser humano depende de sus realizaciones, y por eso hay un tremendo temor a fracasar en una tarea o actividad.

- La frenética lucha por el triunfo generalmente refleja la nece-

sidad de superar a los otros, de demostrar que se es tan bueno o mejor que los demás, pero uno no es los otros, y la persona nunca será lo que quiere ser realmente si continúa en esta competencia.

- Los que están obsesionados por la realización, habitualmente se esfuerzan más allá de sus límites de resistencia, ya que toleran o provocan condiciones dolorosas de exigencia que evitarían si no estuviesen tan decididos a triunfar.

- Al insistir en la competencia y eficacia es probable que se cometan errores por la propia presión que la persona se impone, o bien, puede suceder que la persona se niegue a emprender nuevos proyectos o actividades por el miedo a equivocarse. Un elevado nivel de aspiraciones predispone al sujeto no solamente al fracaso, sino al temor al fracaso (Ellis y Abrahams, 1980).

- Todas estas consideraciones no quieren decir que no sea nunca deseable o positivo que las cosas se hagan bien. Frecuentemente lo es, puesto que haciéndolas así se obtienen ciertos privilegios y satisfacción. Pero la idea causa malestar cuando la competencia y la eficacia se eleva a la categoría de necesidad, ya que es más racional buscar el gozo y la satisfacción en la actividad que se realiza, y no la perfección.

### 3.2.3 IDEA 3, CULPABILIDAD.

"Ciertas personas son malas, villanas o malvadas y deberían ser severamente acusadas o castigadas por sus faltas". La idea es cuestionable por las siguientes razones:

- Acusar a un individuo significa confundir sus actos malos con su ser pecador, y todo hombre tiene el derecho de equivocarse, aún cuando

do sea indeseable para él cometer faltas.

- En cuanto se califica a un individuo como pecador o malvado, no tablemente se contribuye a su convicción de que lo es irremediamente y que en el futuro no podrá evitar las malas acciones.

- El reproche o los sentimientos de culpabilidad en lugar de enmen dar la mala conducta a menudo conduce a la devaluación, a la hipocrecía o a la evasión de la responsabilidad. Esto es, el individuo tiende a - considerarse indigno e inepto, en vez de simplemente equivocado. O bien antes de desvalorarse, el sujeto se negará a reconocer que estuvo equi- vocado, o incluso negará que cometió la acción reprochable.

- El condenar a la gente por sus malas acciones conduce a una eva sión de la moral sana, ya que se es moral porque en última instancia - la persona se daña al no respetar ciertas reglas de convivencia, y no porque si esto no se hace se es un inmoral, malo o despreciable.

- Acusar a otra persona significa creer que no debía hacer lo que hizo, cuando en realidad no existen razones para que los demás actuen de la forma en la que uno considera es lo conveniente. Aún cuando uno tenga la razón con referencia a la maldad o inmoralidad de los actos - de una persona, la creencia de que "no debería actuar así", y la sub - siguiente cólera, difícilmente servirá para impedir que el sujeto vuel va a obrar mal, ya que esto sólo genera malestar y enfrentamiento.

- Cualquier persona que acusa a otro ser humano por lo que consi- dera como mal comportamiento, inevitablemente tenderá a volver contra- sí mismo sus normas acusadoras y terminará detestándose. La falta de - perdón para los otros, engendra la falta de autoperdón ante las propias faltas (Ellis, 1962).

#### 3.2.4 IDEA 4, REACTIVIDAD A LA FRUSTRACION.

"Es tremendo y catastrófico que las cosas no vayan por el camino- que a uno le gustaría que fuesen". La idea es irracional por esto:

- A veces sería agradable que determinadas situaciones o gentes - fueran de otra forma, o que uno tuviera lo que espera de la vida en lu- gar de lo que en realidad tiene. Pero el hecho de que sería agradable que fuera así, no lo transforma ni da razones suficientes para que la persona se frustre o se deprima cuando no es así.

- El estar permanentemente abatido por una serie de circunstancias dadas no ayudará a mejorarlas. Cuando es imposible cambiarlas, lo más - recomendable es aceptar las cosas como son, ya que frecuentemente las situaciones y las personas no se ajustan a las expectativas y deseos - de la gente (Ellis y Grieger, 1979).

- El que unas determinadas condiciones o ciertas gentes no gusten, es razonable, pero el llegar a estar seriamente perturbado porque las cosas son como son, es absurdo.

#### 3.2.5 IDEA 5, LOCUS DE CONTROL EXTERNO.

"La desgracia humana se origina por causas externas, y la gente - por tanto tiene nulo o poco control sobre sus penas y perturbaciones". Esta idea es discutible por lo siguiente:

- Mucha gente cree que lo que les hace desgraciados es el resto de la gente y lo que sucede en su medio ambiente, y que si estas fuerzas externas fueran diferentes no se sentirían deprimidos. No obstante, no consideran que la mayoría de las agresiones no son físicas, sino psico

lógicas, es decir, mediante ataques verbales, actitudes o gestos, y - que su capacidad para hacer daño es mínima, a no ser que la persona se deje dañar o se perjudique a sí misma con lo que se dice acerca de esas actitudes o gestos (evaluación cognitiva).

- Los acontecimientos afectan si uno califica lo que pasa como algo horrendo o terrible, en vez de verlo simplemente como algo molesto o desagradable. Las cosas llegan a ser terribles porque la persona las está haciendo ser así a través de la evaluación que hace del evento.

- Para mucha gente es difícil cambiar o controlar sus emociones - en gran parte porque rara vez lo intentan. Si las personas vieran sus emociones como algo que está compuesto por evaluaciones, creencias y frases interiorizadas, encontrarían posible el trabajar para cambiarlas gracias al cuestionamiento racional de las mismas; esta es la esencia de la Terapia Racional Emotiva (Wallen, Di Giuseppe y Wessler, 1980).

### 3.2.6 PRECUPACION, IDEA 6.

"Si algo es o puede ser peligroso o temible, uno se deberá sentir inquieto por ello, y deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra". La idea resulta cuestionable por:

- Aunque es razonable prever la posibilidad de un peligro, planear evitarlo y si éste ocurre, afrontarlo, lo que generalmente se denomina aprehensión, ansiedad, preocupación o temor intenso, no es de naturalidad preventiva o constructiva, ya que produce mayor malestar que lo que resuelve.

- Si se está muy preocupado o alterado por una situación amenazante, la excitación y el nerviosismo puede ser tal que resulte imposible o se dificulte llevar a cabo una evaluación objetiva del evento, para ver si el riesgo es real o está exagerado (Ellis y Whiteley, 1979).

- La ansiedad o preocupación constante ante la posibilidad de que una situación amenazante o una desgracia se presente, no sólo no evita que suceda, sino que a menudo contribuye a su aparición, o bien, impide afrontarla con eficacia cuando realmente se presente.

### 3.2.7 IDEA 7, EVITACION DE RESPONSABILIDADES.

"Es más fácil evitar que afrontar las responsabilidades y dificultades de la vida". La idea es ilógica por las siguientes razones:

- La confianza en uno mismo surge de hacer las cosas, y no de evitarlas, ya que el desarrollo personal tiende a la actividad, a la experiencia y a la creatividad. Los seres humanos no conocen ciertos tipos de satisfacción cuando se centran en evitar responsabilidades y los aspectos difíciles de la vida.

- No parece que las personas sean felices cuando se comportan de forma pasiva, parece que les va mejor cuando tienen un objetivo, en el sentido de estar comprometidos en una actividad y trabajan en eso de forma regular y tranquila.

- El esfuerzo invertido en inventar argumentos y pretextos para evitar las responsabilidades es arduo, largo y contradictorio. El malestar que esto crea, parece ser mayor que el que la persona se imagina que puede existir si afronta sus responsabilidades (Ellis, 1962).

### 3.2.8 IDEA 3, DEPENDENCIA.

"Se debe depender de los demás y se necesita de alguien más fuerte en quien confiar". La idea es discutible por estos motivos:

- Aunque es verdad que en esta sociedad la gente depende de los demás en algún grado, no hay razón para que esta dependencia crezca en exceso. Cuanto más se confie o dependa de los demás, es probable que se dejen de hacer las cosas y actividades que a la persona le agradan, y se elija ajustándose a los intereses de los otros.

- Cuanto más se confie en que sean los demás quienes le guíen a uno y le ayuden a hacer las cosas, la persona menos tenderá a hacerlas por sí misma. Si alguien depende de los demás para sentirse seguro, más que ganar pierde seguridad, ya que la única seguridad real que se puede tener es la de saber que a pesar de los errores la persona aprende y crece con ellos.

- Depender y apoyarse en los demás es algo positivo, pero en exceso conduce a disminuir la confianza y aumentar la ansiedad, ya que uno se pone a merced de fuerzas y personas externas que por lo general no se pueden controlar (Ellis, 1979).

### 3.2.9 IDEA 9, DETERMINISMO DEL PASADO.

"La historia pasada es un factor determinante decisivo de la conducta actual y que algo que ocurrió alguna vez y le conmocionó a uno, debe seguir afectándole indefinidamente". La idea es irracional por:

- Si alguien se permite una influencia excesiva de su historia pasada, da por hecho que cuando una cosa o situación fué válida en su momento, es válida en todas las circunstancias pese a que las condiciones han cambiado, lo cual constituye un error de sobregeneralización.

- Si se está bajo una fuerte influencia de los hechos pasados, es casi seguro que se está descuidando el presente, que es precisamente el tiempo en el que las circunstancias pueden ser diferentes y mejores, si la persona se esfuerza y trabaja por hacerlo.

- Las llamadas influencias del pasado pueden ser utilizadas como una poderosa excusa para evitar un cambio en el presente. Ahora bien, no se niega que cambiar ciertas actitudes y conductas que ya tienen cierto arraigo en la persona, sea difícil, pero esto no es lo mismo que imposible (Ellis y Harper, 1961).

### 3.2.10 IDEA 10, SOLUCIONES IDEALES.

"Invariabilmente existe una solución adecuada, precisa y correcta para los problemas humanos, y si esta solución no se encuentra, sobreviene la catástrofe". La idea es discutible por lo siguiente:

- Se vive en un mundo incierto, de probabilidad y no de certidumbre, por lo que la persona razonable no puede basar su seguridad en fuerzas o sucesos externos que no está en sus manos controlar.

- La búsqueda de seguridad y de control o manipulación sobre los demás para que se porten de acuerdo a las propias expectativas y deseos, sólo produce falsas expectativas y malestar, por lo que la única cosa -

sana que se puede hacer es aceptar la realidad.

- Los desastres que la gente imagina que vendrán si es que no encuentran y aplican una solución correcta a sus problemas, o si no logran controlar el mundo externo, no tienen una existencia objetiva, sino que son desastres porque la gente así lo piensa. Además, al exigirse la persona un control absoluto sobre las situaciones de la vida diaria, limita las posibles soluciones a los problemas, ya que se demanda mucho de sí.

### 3.3 FUNDAMENTOS EMPIRICOS DEL MODELO.

Los fundamentos teóricos y empíricos del modelo de adquisición de disturbios psicológicos que Albert Ellis postula, parten de una serie de hipótesis comunes a los modelos cognitivos-conductuales (Ellis y Whiteley, 1979). De estas hipótesis algunas se relacionan directamente o esbozan ya lo que Ellis después agrupa bajo el nombre de ideas irracionales, por ejemplo los constructos de conformidad, locus de control, baja tolerancia a la frustración y la anticipación de las amenazas.

El constructo hipotético de "tendencia a la conformidad" por ejemplo, se caracteriza por un ajuste a las demandas de la demás gente, y la consecuente renuncia a los propios deseos, y esto en términos de la Terapia Racional Emotiva conforma la necesidad de aprobación como un tipo de idea irracional.

Son diversos los estudios que demuestran que el conjunto de ideas irracionales postuladas por Ellis (1962) existen en distintas poblacio

nes y muestran relaciones con diferentes tipos de disturbios psicológicos. Goldfried y Sobocinski (1975) encuentran que los sujetos que so tienen la idea irracional sobre aprobación social, reportan gran activación emocional después de imaginar una escena de rechazo.

Schwartz y Gottman (1976) comentan que muchos de los sujetos con dificultades para ser asertivos, muestran una excesiva preocupación por las evaluaciones que la demás gente pueda hacer sobre su conducta. Estos resultados encuentran apoyo adicional en las investigaciones que reportan una asociación entre déficit asertivo y adherencia a ideas irracionales (Lohr y Bonge, 1982). Por otro lado, existen estudios en los que se reportan relaciones entre irracionalidad y elevados niveles de ansiedad (Sutton-Simon y Goldfried, 1979; Himle, Thyer y Papsdorf, 1982).

En cuanto a la depresión, que es el tema del presente trabajo, también existen investigaciones que reportan que los sujetos deprimidos muestran un mayor número de ideas irracionales en relación a sujetos control no deprimidos (La Pointe, 1980; Cook y Peterson, 1986). Por su parte, Vestre (1984) trabaja con estudiantes y encuentra que niveles elevados de pensamiento irracional está asociado con una alta intensidad y con la variabilidad del humor depresivo. Nelson (1977) reporta correlaciones significativas entre ideas irracionales y humor depresivo.

Investigaciones de este tipo se han extendido también a ambientes clínicos, ya que en el estudio de Lewinsohn (1982) se pudo apreciar que los factores que discriminan a sujetos depresivos de sujetos control son estos: 1)predeterminación para ser infeliz, 2)autoculpa por -

fallas cometidas, 3) ser juzgado y valorado con base en los éxitos alcanzados, 4) reacciones emocionales a la frustración. Como se ve, estos factores esbozan el contenido de algunas ideas irracionales.

Watkins y Rush (1983) realizan un estudio para evaluar el tipo de cogniciones que un individuo genera ante situaciones conflictivas, esto se hizo en diferentes grupos de pacientes psiquiátricos y en sujetos control. Las cogniciones se consideraron irracionales si contenían una o más de las siguientes características: 1) si era una afirmación demandante (debo) hacia otros o hacia uno mismo, 2) si se toma una posición absoluta que no puede probarse (siempre, nunca, jamás), 3) si la respuesta revela que el sujeto cree no tener control sobre su ambiente. Los resultados muestran que son justamente las respuestas de la categoría irracional depresiva, las que mejor discriminan a los grupos, con el mayor número de este tipo de respuestas en el grupo de pacientes psiquiátricos depresivos. Además, este grupo obtuvo el menor número de respuestas racionales.

La evaluación de ideas irracionales en sujetos con dolor de cabeza crónico, no se ha hecho de forma consistente ni bajo esos términos o constructos. Sin embargo, los trabajos iniciales sobre cefalea que realizó Wolff, consideraban ciertos rasgos de personalidad fuertemente asociados al dolor crónico. Se cita a continuación un fragmento de estos estudios:

"Los sujetos con migraña son particularmente ambiciosos, preocupados por el éxito y el reconocimiento. En las entrevistas hechas casi siempre hicieron hincapié en su perfeccionismo y eficiencia, por lo que

la frustración les resulta insoportable. En el trabajo intelectual y creativo realizaban grandes esfuerzos para obtener resultados perfectos, y en los menos sofisticados se observó la actitud de que cada cosa en su lugar" (cit. por Dalessio, 1984, p.234).

Como puede verse, se enumeran ciertos rasgos como la preocupación por el éxito, el perfeccionismo, la baja tolerancia a la frustración, los cuales quedan contenidos en las ideas irracionales que Ellis (1962) postula. Posteriores investigaciones confirman la idea de que los sujetos cefalíacos (cefalea tensional y migraña) presentan altos niveles de rigidez y de motivación para el éxito, una considerable preocupación por los resultados de su ejecución y un marcado miedo al fracaso, en comparación con sujetos control sin cefalea crónica (Passchier, Helm - Hylkema y Orleke, 1984).

Forman, Tosi y Rudy (1987) señalan que los pacientes que padecen ciertos desórdenes psicósomáticos (se incluye migraña), presentan un mayor número de ideas irracionales en relación a sujetos control, particularmente en perfeccionismo, autodevaluación y culpabilidad.

En población mexicana Palacios, Rojas y Figueroa (1987) reportan que la estructura cognitiva de los pacientes con dolor de cabeza crónico, se caracterizó por pensamiento perfeccionista, aprehensión hacia el futuro, indecisión-dependencia y actitud enjuiciadora hacia el comportamiento ajeno. Por su parte, Benitez (1992) reporta que las ideas irracionales de aprobación social y locus de control externo, son las que diferencian a dos grupos de cefalíacos crónicos con diferente periodo de evolución del dolor.

Cabe mencionar que en las investigaciones mencionadas llevadas a cabo en población cefaléica mexicana, la evaluación de las ideas irracionales se realizó por medio del Inventario de Ideas Irracionales de Jones (1968). El inventario está compuesto por afirmaciones derivadas del original sistema de ideas irracionales propuesto por Ellis (1962), y el sujeto al contestar el inventario, señala el grado de acuerdo o desacuerdo en relación a la afirmación.

El inventario se compone de cien reactivos que miden las diez ideas en subescalas separadas, y cuantitativamente esto permite conocer el grado en que un sujeto sostiene o se adhiere a cierta idea. De esta forma, se obtiene un puntaje que va del cero al diez para cada idea; a mayor puntaje, la propiedad en cuestión, es decir, determinada idea irracional, está más acentuada.

En la elaboración del inventario, Jones (1968) reportó una replicación satisfactoria de la estructura factorial del mismo en una segunda muestra diferente de la original. También reporta una adecuada confiabilidad y estabilidad test-retest.

Para establecer la validez del instrumento, el autor (Jones, 1968) administró el inventario, el cuestionario de los 16 factores de personalidad de Catell y un inventario de síntomas psiquiátricos a una muestra de personas normales. Se encontraron correlaciones significativas entre ocho de las subescalas del Inventario de Ideas Irracionales, y los seis factores de personalidad más comunes a todos los grupos clínicos. Además, estas ocho subescalas correlacionaron altamente con los puntajes del inventario de síntomas psiquiátricos.

Investigaciones más recientes dan un apoyo considerable al Inventario de Ideas Irracionales de Jones (1968), ya que por ejemplo Lohr y Bonge (1982) replican la estructura factorial original, con la excepción de un solo factor, la idea referente a reactividad a la frustración, en una muestra de 897 sujetos de población no clínica.

En México, Heman (1987) lleva a cabo un análisis factorial del inventario, y encuentra que son 26 reactivos, agrupados en cinco factores, los que dan cuenta del 70 % de la varianza. Sin embargo, los resultados de este estudio han de tomarse con reservas, ya que la población a la que se aplicó el inventario (100 estudiantes universitarios de la carrera de Psicología) es muy homogénea, y sus resultados no pueden generalizarse a otras poblaciones.

Palacios (1992) reporta validez de constructo para el Inventario de Jones (1968) al correlacionar las ideas irracionales con las diversas escalas del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) en población mexicana con dolor de cabeza crónico. Las correlaciones significativas fueron las siguientes:

1. Correlación negativa entre la idea sobre perfeccionismo y la escala L del MMPI.
2. Correlación negativa entre la idea sobre soluciones ideales y la escala 8 del MMPI.
3. Correlación negativa entre la idea de culpabilidad y la escala 6 del MMPI.
4. Correlación negativa entre la idea sobre reactividad a la frustración y la escala 3 del MMPI.

5. Correlación negativa entre la idea sobre locus de control externo y la escala 2 del MMPI.

6. Correlación negativa entre la idea sobre locus de control externo y la escala 0 del MMPI.

7. Correlación negativa entre la idea sobre reactividad a la frustración y la escala 4 del MMPI.

8. Correlación positiva entre la idea sobre dependencia y la escala 3 del MMPI.

9. Correlación negativa entre la idea sobre perfeccionismo y la escala K del MMPI.

Los hallazgos de Palacios (1992) además de aportar validez al Inventario de Jones (1968), ofrecen evidencia empírica al modelo cognitivo de Ellis, ya que muestran como las ideas irracionales se relacionan con diversas escalas de psicopatología que contiene el MMPI.

Por la diversidad de investigaciones citadas parece sensato afirmar que las ideas irracionales son importantes mediadoras en los disturbios psicológicos, debido a que el contenido del pensamiento de un individuo o la forma de evaluar sus experiencias, va a jugar un papel fundamental en la producción o mantenimiento de diversos tipos de malestar emocional.

C A P I T U L O I V

I N V E S T I G A C I O N

E X P E R I M E N T A L

## PLANTEAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE INVESTIGACION.

De la revisión hecha en los capítulos anteriores se desprende que uno de los factores psicológicos que con mayor frecuencia se ha relacionado al dolor crónico, es la depresión. Son diversos los trabajos que han intentado esclarecer la relación que existe entre estas dos entidades, y así Bakal (1982) enfatiza que la cefalea crónica constituye en sí misma un estresor capaz de producir depresión, y apoya esta hipótesis en el hecho de que el número de ataques de dolor de cabeza experimentados está relacionado al grado de depresión (Philips y Hunter, 1982); no obstante, también hay estudios que no encuentran correlaciones significativas entre la depresión y el dolor. Esta divergencia de resultados hace evidente la necesidad de realizar más investigaciones para aclarar esta cuestión, y justamente esto constituye uno de los objetivos del presente trabajo.

Por otro lado, se ha reportado que los sujetos con cefalea crónica de tipo migrañoso, muestran menos trastornos psicológicos que los sujetos con cefalea mixta, los cuales a su vez muestran menos trastornos que los sujetos con cefalea tensional (Andraçik, Blanchard, Arena y Teders, 1982). En relación a la depresión esta hipótesis se ha confirmado a través del uso de la escala 2 del MMPI, pero no se han detectado tales diferencias con el Inventario de Depresión de Beck (IDB). La presente investigación pretende indagar en este punto al comprobar si existen diferencias en el nivel de depresión medido con el IDB en los tres grupos diagnósticos de la cefalea.

Existe otra línea de investigación que considera a la cefalea crónica como un síntoma de una depresión enmascarada (Blumer y Heilbronn, 1982), debido a que frecuentemente en estos casos no se encuentran alteraciones orgánicas que den cuenta del dolor crónico, y en cambio sí se detectan algunos síntomas depresivos centrados sobre todo en la esfera corporal como la perturbación del sueño, la fatiga, la preocupación somática y cierto malestar emocional (Massana, 1983).

Esta polaridad de opiniones ha hecho indispensable considerar la relación entre el dolor de cabeza crónico y la depresión como un problema multifactorial, es decir, como un problema en el que intervienen diversos tipos de variables. No se niega que la severidad del dolor crónico sea un factor generador de malestar y depresión, pero parece que la irracionalidad, como un patrón de conducta cognitiva, es otro factor que lleva a un sujeto con dolor crónico a desarrollar o mantener una depresión; comprobar esta hipótesis es la finalidad del presente trabajo.

Para el enfoque cognitivo, las consecuencias o reacciones emocionales de una persona proceden principalmente de ideas, creencias e interpretaciones de los hechos y acontecimientos cotidianos (Ellis y Grieger, 1977). De esta forma, Ellis (1962) identifica un conjunto de diez ideas irracionales que conducen a las personas a desarrollar diferentes disturbios emocionales, entre ellos la depresión. El modelo de mediación cognitiva de la depresión se ha comprobado empíricamente (Cook y Peterson, 1986; Nelson, 1977; Vestre, 1984), no obstante no se ha aplicado para explicar la depresión del paciente con cefalea crónica.

En resumen, los problemas de investigación a resolver en el presente trabajo son los siguientes:

1. ¿ Existe una relación entre los índices de depresión y los parámetros del dolor (frecuencia, duración, intensidad máxima e índice)- en los distintos grupos diagnósticos de la cefalea crónica?

2. ¿ Existen diferencias en el nivel de severidad de la depresión en los distintos grupos diagnósticos de la cefalea crónica ( tensional mixta y migrañosa) ?

3. ¿ Existe una relación entre los índices de depresión y el puntaje de cada una de las ideas irracionales en los distintos grupos - diagnósticos de la cefalea crónica ?

#### O B J E T I V O S

1. Determinar las correlaciones significativas entre la depresión y los parámetros del dolor de cabeza en los grupos de cefalea migrañosa, tensional y mixta.

2. Contrastar a los grupos de cefalea migrañosa, tensional y mixta en lo referente a los índices de depresión.

3. Determinar las correlaciones significativas entre la depresión y las ideas irracionales en los grupos diagnósticos de la cefalea.

## V A R I A B L E S

1. Depresión.

2. Parámetros del dolor de cabeza: frecuencia, duración, intensidad máxima e índice.

3. Ideas Irracionales: aprobación (1), perfeccionismo (2), culpabilidad (3), reactividad a la frustración (4), locus de control externo (5), preocupación (6), evitación de las responsabilidades (7), dependencia (8), determinismo del pasado (9) y soluciones ideales (10).

4. Grupos diagnósticos de la cefalea: cefalea migrañosa, tensional y mixta.

La depresión, los parámetros del dolor de cabeza y las ideas irracionales son variables atributivas, ya que son atributos que un sujeto posee en un determinado momento; además, son variables no activas, ya que no se manipulan sus manifestaciones, sólo se miden (Kerlinger, 1975).

Por su parte, el grupo diagnóstico ya sea cefalea migrañosa, tensional o mixta constituyen variables categóricas, ya que los sujetos son clasificados de acuerdo a la posesión de una o varias características que definen a cualquier grupo.

## DEFINICION DE VARIABLES

1. Depresión.- es la presencia de un grupo de síntomas diversos - que pueden afectar distintas modalidades del funcionamiento psicológico de una persona y que se caracteriza por una falta de satisfacción, auto crítica, preocupación somática, pesimismo, entre otros elementos.

Parámetros del dolor de cabeza:

1. Frecuencia.- número de episodios de dolor en determinado lapso de tiempo, en donde un episodio se define como aquel limitado por intensidades de cero.

2. Duración.- número total de horas en determinado lapso de tiempo en las que se presenta dolor.

3. Intensidad máxima.- el grado mayor de dolor reportado por el - sujeto en determinado lapso de tiempo.

4. Índice de la cefalea.- es un número que agrupa a los anteriores parámetros, se calcula para cada día de acuerdo a la fórmula:

$$\text{Índice} = \frac{1 (\text{no.h}) + 2 (\text{no.h}) + 3 (\text{no.h}) + 4 (\text{no.h}) + 5 (\text{no.h})}{24}$$

24

1 - 5 = Valores de intensidad de la escala de dolor.

no.h = Número de horas que el sujeto marca en la intensidad correspondiente.

24 = Las 24 horas del día.

Habitualmente se calculan los parámetros del dolor para cada semana; el índice semanal de la cefalea se calcula a través de un promedio de los índices de los siete días.

## IDEAS IRRACIONALES.

1. Aprobación.- necesidad de estimación y aprobación que demanda un sujeto de cada persona significativa de su medio.
2. Perfeccionismo.- creer que es necesario alcanzar altos niveles de competencia y eficacia en casi todo lo que se emprende.
3. Culpabilidad.- culpar y condenar a la gente por sus faltas y defectos.
4. Reactividad a la frustración.- considerar que es desastroso el que las cosas no se desarrollen de la forma en que se desean.
5. Locus de control externo.- atribuir los problemas y las frustraciones a causas externas y creer que se tiene escaso control sobre esto.
6. Preocupación.- pensar constantemente en la posibilidad de que un evento aversivo o temible ocurra.
7. Evitación de las responsabilidades.- creer que la gente es feliz cuando no afronta o huye de las responsabilidades de la vida.
8. Dependencia.- creer que se necesita de una persona más fuerte en quien confiar y de quien depender para obtener seguridad.
9. Determinismo del pasado.- considerar que la conducta presente está influida en gran medida por la historia personal, y que nada puede hacerse para cambiar las cosas.
10. Soluciones ideales.- pensar que siempre hay una solución correcta para cada uno de los problemas y que si no se encuentra sobreviene el caos.

## GRUPOS DIAGNOSTICOS DE LA CEFALEA CRONICA.

1. Cefalea migrañosa.- dolor de cabeza de tipo pulsátil y de localización unilateral, usualmente asociado a trastornos visuales, sensitivos o motores, acompañado de náuseas y/o vómito.

2. Cefalea tensional.- dolor bilateral que se inicia en la región occipital, suboccipital o detrás del cuello que produce una sensación de tensión en ocasiones de duración prolongada.

3. Cefalea mixta.- dolor de cabeza en el que la sintomatología dolorosa se ajusta a los criterios tanto de cefalea migrañosa como tensional.

## M E T O D O .

### I. SUJETOS.

Participaron 50 pacientes femeninos con dolor de cabeza crónico - que acudieron al servicio de la Clínica del Dolor del Hospital General de Ecatepec "José Ma. Rodríguez". Los criterios de inclusión para participar en la investigación fueron los siguientes:

- Periodo de evolución de la cefalea de por lo menos seis meses.
- Ausencia de cualquier patología orgánica que pudiera estar asociada a la cefalea (traumatismos craneoencefálicos, neuralgias, enfermedades cerebro vasculares, tumores, etc.)
- Que el dolor fuera el motivo básico de consulta.
- Ausencia de desórdenes psiquiátricos en los pacientes.
- Edad comprendida entre los 15 y los 60 años, con capacidad para leer y escribir.

Cada uno de los sujetos se asignó a un grupo diagnóstico de la cefalea de acuerdo al tipo de dolor de cabeza padecido (tensional, mixto o migrañoso). De esta forma, se integraron 3 grupos de pacientes, distribuidos de la siguiente manera:

- 20 sujetos con diagnóstico de cefalea migrañosa;
- 19 sujetos con diagnóstico de cefalea mixta;
- 11 sujetos con diagnóstico de cefalea tensional.

## II. MATERIALES.

-Hoja de automonitoreo del dolor de cabeza (Budzynski, SŁoyva, - Adler y Mullaney, 1973). q.v. anexo 1

-Hoja de registro semanal de la cefalea (Palacios y Rojas, 1986). q.v. anexo 2

-Inventario de Depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock, - Erbaugh, 1961). q.v. anexo 3

-Inventario de Ideas Irracionales (Jones, 1968). q.v. anexo 4

## III. ESCENARIO.

La recepción de los sujetos y la evaluación médica y psicológica se llevó a cabo en los cubículos de la Clínica del Dolor del Hospital General de Ecatepec "José Ma. Rodríguez", que son espacios de aproximadamente  $4 \text{ m}^2$  con silla, mesa y luz artificial adecuada.

## IV. DISEÑO.

Se utilizó un diseño descriptivo ex post facto (Kerlinger, 1975).

## V. PROCEDIMIENTO.

Los 50 pacientes que participaron en la presente investigación fueron extraídos de la muestra original de un proyecto general titulado "Evaluación Integral y Tratamiento no Farmacológico del Dolor de -

Cabeza Crónico" (Palacios y Rojas, 1986) que se aplica actualmente en la Clínica del Dolor del Hospital General de Ecatepec "José Ma. Rodríguez". El programa general de atención está conformado por tres etapas que son: evaluación, tratamiento y seguimiento.

Para llevar a cabo la selección de los pacientes que participaron en la investigación conforme se indicó en el apartado de sujetos, el médico del grupo de investigación realizó una valoración de cada sujeto que incluyó la elaboración de la Historia Clínica Médica y una exploración física que se complementó con los estudios clínicos de laboratorio o gabinete necesarios (radiografías de craneo, estudios de fondo de ojo y biometría hemática).

Por otro lado, se enseñó a cada paciente a registrar diariamente el dolor de cabeza en la hoja de automonitoreo de la cefalea (Eudzynski et al, 1973), y se les aplicó una historia clínica multimodal (Lazarus, 1981) y una serie de pruebas psicológicas entre las que se encontraba el Inventario de Depresión de Beck (Beck et al, 1961) y el Inventario de Ideas Irracionales (Jones, 1968). Además, se llevaba a cabo una evaluación fisiológica que consistía en el registro de la actividad EEG frontal y de la temperatura de uno de los dedos de la mano, y una evaluación conductual que indagaba sobre los eventos precedentes y concomitantes a los cambios del dolor registrados en las hojas de automonitoreo. Todas estas actividades se realizaban en siete sesiones de 60 a 90 minutos cada una y conformaban la etapa de evaluación.

La siguiente etapa es la de tratamiento, y en ella se asignaba al sujeto a un tipo de tratamiento para mejorar o controlar la cefalea, ya

sea el entrenamiento en retroalimentación biológica del EMG frontal o de la temperatura de uno de los dedos de la mano, o bien, el entrenamiento asertivo. Una vez concluida esta etapa se aplicaba nuevamente al sujeto la batería de pruebas psicológicas de la etapa de evaluación y se le daba cita para la última etapa, es decir, la de seguimiento.

Es conveniente mencionar que el registro de la cefalea que hace el sujeto a través de las hojas de automonitoreo, se realiza a lo largo de todas las etapas, ya que son estos datos los que permiten conocer el grado de mejoría o deterioro que sufre el paciente en relación a la cefalea durante todo el proceso. El automonitoreo del dolor se hace en hojas especiales que el paciente llena cada hora y donde señala la intensidad de la cefalea (q.v. anexo 1), conforme las siguientes definiciones operacionales elaboradas por Budzynski et al. (1973) :

Intensidad 0: ausencia total de dolor.

Intensidad 1: Dolor muy leve que la persona siente sólo cuando se fija en él.

Intensidad 2: Dolor que por momentos se olvida.

Intensidad 3: Dolor con el cual se pueden hacer labores cotidianas

Intensidad 4: Dolor severo que dificulta a la persona concentrarse y hacer tareas difíciles, pero le permite hacer labores fáciles.

Intensidad 5: Dolor muy severo e incapacitante.

Dado que los pacientes del proyecto de investigación de Palacios y Rojas (1986) ya habían pasado por una evaluación médica y psicológica, en el presente trabajo sólo se retomaron los resultados de ambas evaluaciones correspondientes a: diagnóstico y automonitoreo de la cefalea durante tres semanas antes del tratamiento, calificación obtenida en el Inventario de Depresión de Beck y en el de Ideas Irracionales.

## R E S U L T A D O S

### I. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y CLINICAS DE LA MUESTRA.

En la tabla I se presentan las características demográficas de cada uno de los grupos diagnósticos de la cefalea. El promedio de edad fué de 30.6 años (17-40) para el grupo de migraña, de 31.6 años (23 - 41) para el grupo de cefalea mixta, y de 27.5 años (16-40) para el grupo de cefalea tensional. En cuanto al sexo, el 100 % fueron mujeres en cada uno de los grupos. En lo referente al estado civil, el 75 % de los migrañosos (15) reportó ser casado y el 15 % (3) soltero; en el grupo de cefalea mixta el 73.6 % (14) son casados y el 15.7% (3) son solteros; finalmente en el grupo de cefalea tensional el 72.7 % (8) son casados y el 18% (2) son solteros.

Respecto a la escolaridad, los porcentajes mayores se concentran en las categorías de primaria y secundaria con el 50 % y el 35 % respectivamente para el grupo de migraña; el 63 % y el 15.7 % para el grupo de cefalea mixta, y el 45.4 % y 36.3 % para el grupo de cefalea tensional. En cuanto a ocupación, la mayoría de los sujetos se dedican a las actividades domésticas o del hogar con el 65 % (13) en el grupo de migraña, el 63.15 % (12) en el grupo de cefalea mixta, y el 54.5 % (6) en el grupo de cefalea tensional.

En la tabla II se muestran las características clínicas de los diferentes grupos. Con respecto al diagnóstico el 40 % de los sujetos se le clasificó como sufridor de cefalea crónica de tipo migrañoso (20)

	CEFALEA MIGRAÑOSA (N=20)	CEFALEA MIXTA (N=19)	CEFALEA TENSIONAL (N=11)
SEXO	100 % femenino	100 % femenino	100 % femenino
EDAD PROMEDIO	30.6 años (17-40 años)	31.6 años (23-41 años)	27.5 años (16-40 años)
ESTADO CIVIL			
Soltero	15 % (3)	15.7 % (3)	18 % (2)
Casado	75 % (15)	73.6 % (14)	72.7 % (8)
Unión libre	10 % (2)	5.2 % (1)	9 % (1)
Divorciado	-	5.2 % (1)	-
ESCOLARIDAD			
Primaria	50 % (10)	63 % (12)	45.4 % (5)
Secundaria	35 % (7)	15.7 % (3)	36.3 % (4)
Bachillerato	10 % (2)	10.5 % (2)	9 % (1)
Licenciatura	5 % (1)	10.5 % (2)	9 % (1)
OCUPACION			
Hogar	65 % (13)	63 % (12)	54.5 % (6)
Servicios	25 % (5)	15.7 % (3)	18 % (2)
Comercio	5 % (1)	10.5 % (2)	18 % (2)
Estudiante	5 % (1)	5.26 % (1)	-
Profesionista	-	5.26 % (1)	9 % (1)

TABLE I. Características demográficas de los grupos diagnósticos de la cefalea.

al 38 % (19) se le diagnosticó cefalea mixta, y al 22 % (11) cefalea -  
tensional.

En la tabla II también se presentan los parámetros del dolor para  
cada grupo diagnóstico que se obtuvieron del automonitoreo de la cefa-  
lea llevado a cabo por los sujetos durante tres semanas. De esta forma,  
el grupo de cefalea migrañosa muestra una frecuencia promedio de 7.25  
episodios de dolor, con una duración de 55.9 horas, con un índice de -  
0.26 y con una intensidad máxima de 3.6 (3 corresponde a un dolor con  
el cual se pueden realizar labores cotidianas).

Por su parte, el grupo de cefalea mixta muestra una frecuencia -  
promedio de la cefalea de 23.63 episodios, con una duración de 239.47  
horas, con un índice de 1.14 y una intensidad máxima de 3.94 (4 correg  
ponde a un dolor severo que dificulta a la persona concentrarse y hacer  
tareas difíciles, pero le permite hacer labores fáciles).

El grupo de cefalea tensional presenta una frecuencia promedio de  
21.54 episodios de dolor, con una duración de 128.18 horas, con un ín-  
dice de 0.50 y con una intensidad máxima de 3.27 (3 corresponde a un -  
dolor con el cual se pueden realizar labores cotidianas).

## II. CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DE LOS GRUPOS.

### A. INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK (IDB).

En la tabla III se presentan los resultados del IDB de los tres -  
grupos diagnósticos de la cefalea y los niveles de severidad de la -

	CEFALEA MIGRAÑOSA	CEFALEA MIXTA	CEFALEA TENSIONAL
Tamaño de la muestra	20 (40 %)	19 (38 %)	11 (22 %)
Frecuencia	7.25	23.63	21.54
Duración	55.9	239.47	128.18
Intensidad máxima	3.6	3.94	3.27
Indice	0.26	1.14	0.50

TABLA II. Características clínicas y parámetros del dolor para cada grupo diagnóstico de la cefalea. Promedio de tres semanas de automonitoreo.

	CEFALEA MIGRAÑOSA	CEFALEA MIXTA	CEFALEA TENSIONAL
Indice de depresión	10.9	16.63	15.81
Severidad de la depresión	LEVE	MODERADA	ENTRE LEVE Y MODE- RADA

TABLA III. Promedios de los índices de depresión obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck y nivel de severidad correspondiente en los grupos diagnósticos de la cefalea.

depresión correspondientes propuestos por Beck et al (1961). Los sujetos con migraña presentan un puntaje promedio de depresión de 10.9 que se encuentra en un nivel de severidad correspondiente a depresión leve.

En lo que se refiere al grupo de cefalea mixta, obtiene un puntaje promedio en el IDB de 16.63, que se encuentra en un nivel de severidad correspondiente a depresión moderada. Por su parte, el grupo de cefalea tensional muestra un puntaje promedio de depresión de 15.81; este puntaje se encuentra en los límites de severidad que corresponden a la depresión leve con la depresión moderada.

En la tabla IV se presentan los resultados del IDB de los tres grupos en forma de porcentajes y frecuencias (número de sujetos que calificaron el reactivo). Los porcentajes fueron considerados como significativos si por lo menos el 60 % de los sujetos de los diferentes grupos diagnósticos de la cefalea hubieran señalado el reactivo. De esta forma, en el grupo de migraña los reactivos del IDB que destacaron fueron los siguientes: preocupación somática en un 70 % (14) y autoacusaciones en un 60 % (12).

Para el grupo de cefalea mixta destacan los reactivos de preocupación somática en un 89.4 % (17), fatigabilidad 78.9 % (15), inhibición del trabajo 78.9 % (15), autoacusaciones 78.9 % (15), falta de satisfacción 68.4 % (13), irritabilidad 68.4 % (13), perturbación del sueño 68.4 % (13) e indecisión 63.1 % (12).

Por su parte, en el grupo de cefalea tensional los reactivos que obtuvieron un mayor puntaje en el IDB fueron: preocupación somática en un 90.9 % (10), irritabilidad 81.8 % (9), perturbación del sueño 72.7%

REACTIVO	MIGRAÑA (N=20)	C.MIXTA (N=19)	C.TENSIONAL (N=11)
A. Estado de ánimo	45 % (9)	42.1 % (8)	63.6 % (7)
B. Pesimismo	30 % (6)	52.6 % (10)	54.5 % (6)
C. Sentimiento de fracaso	45 % (9)	57.8 % (11)	63.6 % (7)
D. Falta de satisfacción	50 % (10)	68.4 % (13)	63.6 % (7)
E. Sentimiento de culpa	25 % (5)	52.6 % (10)	36.3 % (4)
F. Sentimientos de castigo	30 % (6)	47.3 % (9)	54.5 % (6)
G. Odio a sí mismo	40 % (8)	57.8 % (11)	54.5 % (6)
H. Autoacusaciones	60 % (12)	78.9 % (15)	72.7 % (8)
I. Deseos autopunitivos	25 % (5)	21 % (4)	36.3 % (4)
J. Brotes de llanto	40 % (8)	57.8 % (11)	72.7 % (8)
K. Irritabilidad	45 % (9)	68.4 % (13)	81.8 % (9)
L. Aislamiento social	10 % (2)	42.1 % (8)	63.6 % (7)
M. Indecisión	25 % (5)	63.1 % (12)	45.4 % (5)
N. Imágen corporal	40 % (8)	57.8 % (11)	27.2 % (3)
O. Inhibición del trabajo	20 % (4)	78.9 % (15)	36.3 % (4)
P. Perturbaciones del sueño	50 % (10)	68.4 % (13)	72.7 % (8)
Q. Fatigabilidad	50 % (10)	78.9 % (15)	45.4 % (5)
R. Pérdida de apetito	25 % (5)	42.1 % (8)	45.4 % (5)
S. Pérdida de peso	10 % (2)	10.5 % (2)	9 % (1)
T. Preocupación somática	70 % (14)	89.4 % (17)	90.9 % (10)
U. Pérdida de la libido	25 % (5)	57.8 % (11)	36.3 % (4)

TABLA IV. Porcentajes y frecuencias de los reactivos del Inventario de Depresión de Beck (IDB) señalados por los diferentes grupos diagnósticos de la cefalea crónica.

(8), brotes de llanto 72.7 % (8), autoacusaciones 72.7 % (8), estado de ánimo (tristeza) 63.6 % (7), sentimiento de fracaso 63.6 % (7), falta de satisfacción 63.6 % (7) y aislamiento social 63.6 % (7).

La aplicación de un análisis de varianza no paramétrico (prueba de Kruskal Wallis) (v. Levin, 1979) reveló que no existen diferencias estadísticas significativas en los puntajes de depresión medidos con el IDB entre los tres grupos diagnósticos de la cefalea.

Al correlacionar los puntajes del IDB con los parámetros del dolor (i.e. frecuencia, duración, intensidad máxima e índice) por medio del coeficiente de correlación por rangos de Spearman (v. Siegel, 1970) en cada uno de los grupos diagnósticos de la cefalea, se encontraron relaciones significativas sólo en el grupo de migraña. Es decir, que para este grupo el nivel de depresión correlacionó significativamente con la frecuencia de la cefalea, con la duración y con el índice; no se encontró una correlación significativa entre la depresión y la intensidad máxima de la cefalea para el grupo de migraña.

Por su parte, para los grupos de cefalea tensional y cefalea mixta, no se encontraron correlaciones significativas entre la depresión y los diferentes parámetros del dolor; los resultados de estos análisis se presentan en su integridad en la tabla V.

#### B. INVENTARIO DE IDEAS IRRACIONALES.

En las gráficas 2, 3 y 4 se muestran las medianas obtenidas en cada una de las diez ideas irracionales en los distintos grupos diag-

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

		FREC	DUR	I.MAX	INDICE
MIGRAÑA	Coefficiente de correlación.	+ 0.47	+ 0.61	+ 0.33	+ 0.56
	Valor de t asociado.	2.30	3.30	1.51	2.88
	Probabilidad asociada.	$p < 0.05$	$p < 0.01$	N.S	$p < 0.01$
CEFALEA TENSIONAL	Coefficiente de correlación.	+ 0.35	+ 0.18	+ 0.08	+ 0.30
	Valor de t asociado.	1.13	0.55	0.24	0.94
	Probabilidad asociada.	N.S	N.S	N.S	N.S
CEFALEA MIXTA	Coefficiente de correlación.	- 0.05	+ 0.27	+ 0.19	+ 0.09
	Valor de t asociado.	0.21	1.20	0.57	0.39
	Probabilidad asociada.	N.S	N.S	N.S	N.S

TABLA V. Resultados de los análisis de correlación entre - los índices de depresión y los parámetros del - dolor para cada grupo diagnóstico de la cefalea. FREC: frecuencia; DUR: duración; I.MAX: intensidad máxima; INDICE: índice de la cefalea.

N.S. : Probabilidad no significativa.

nósticos . Para el grupo de migraña las ideas que destacan, es decir, - las que muestran medianas de 40 o mayores (limite de racionalidad es - establecido por Jones, 1968) son la idea 1 (aprobación), 2 (perfeccionismo), 3 (culpabilidad), 4 (reactividad a la frustración), 6 (preocupación), 7 (evitación de responsabilidades), 8 (dependencia) y 10 (soluciones ideales). Por su parte, para el grupo de cefalea tensional, las ideas irracionales que sobresalen en elevación también son las anteriormente mencionadas, pero se le agrega además la idea 9 (determinismo del pasado).

Para el grupo de cefalea mixta destacan las siguientes ideas: 1 - (aprobación), 2 (perfeccionismo), 3 (culpabilidad), 4 (reactividad a - la frustración), 6 (preocupación), 7 (evitación de respñsabilidades), 9 (determinismo del pasado) y 10 (soluciones ideales).

Por otro lado, al correlacionar los índices de depresión del IDB con los puntajes obtenidos en cada una de las ideas irracionales a través del coeficiente de correlación por rangos de Spearman (v. Siegel, - 1970) en los distintos grupos de la cefalea, se encontraron las siguientes relaciones significativas:

-En el grupo de migraña el índice de depresión correlaciona con - el puntaje de las ideas irracionales de aprobación (idea 1), perfeccionismo (idea 2), preocupación (idea 6) y soluciones ideales (idea 10).

-En el grupo de cefalea mixta los índices de depresión correlacionan con la idea irracional de determinismo del pasado (idea 9).

-En el grupo de cefalea tensional los índices de depresión correlacionan con la idea irracional sobre evitación de responsabilidades - (idea 7). Los resultados de estos análisis se encuentran en su integridad en la tabla VI.

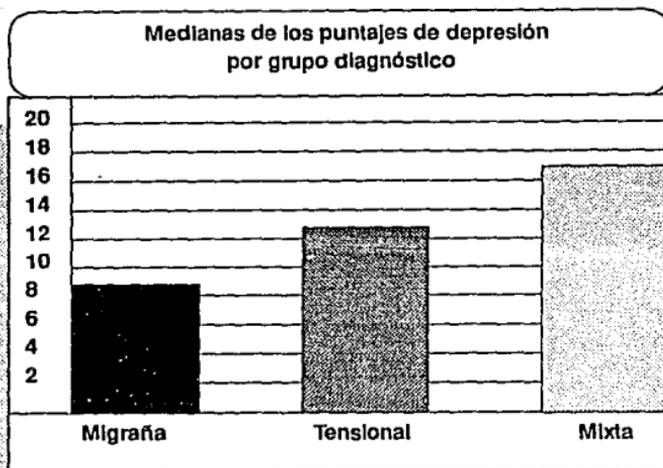
		C. MIGRANOSA	C. MIXTA	C. TENSIONAL
IDEA IRRACIONAL 1	Coefficiente.	+ 0.48	+ 0.37	+ 0.01
	t asociada.	2.33	1.19	0.04
	Probabilidad.	$p < 0.05$	N.S	N.S
IDEA IRRACIONAL 2	Coefficiente.	+ 0.48	+ 0.18	+ 0.25
	t asociada.	2.33	0.78	0.77
	Probabilidad.	$p < 0.05$	N.S	N.S

TABLA VI. Resultados de los análisis de correlación -  
 entre los índices de depresión y las ideas  
 irracionales para cada grupo diagnóstico de  
 la cefalea.

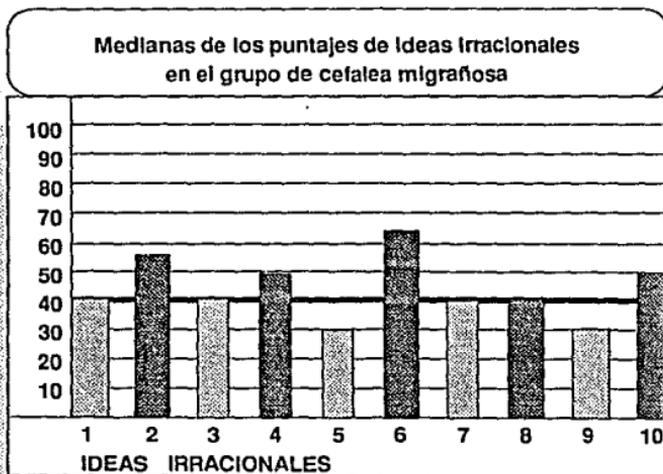
		C. MIGRANOSA	C. MIXTA	C. TENSIONAL
IDEA IRRACIONAL 3	Coefficiente t asociada. Probabilidad.	+ 0.11 0.49 N.S	+ 0.31 1.37 N.S	+ 0.30 0.94 N.S
IDEA IRRACIONAL 4	Coefficiente t asociada Probabilidad	+ 0.12 0.54 N.S	- 0.22 0.97 N.S	+ 0.56 2.04 N.S
IDEA IRRACIONAL 5	Coefficiente t asociada Probabilidad	+ 0.29 1.31 N.S	+ 0.02 0.08 N.S	+ 0.44 1.49 N.S
IDEA IRRACIONAL 6	Coefficiente t asociada Probabilidad	+ 0.65 3.65 $P < 0.01$	+ 0.35 1.54 N.S	+ 0.40 1.34 N.S
IDEA IRRACIONAL 7	Coefficiente t asociada Probabilidad	+ 0.02 0.08 N.S	+ 0.12 0.53 N.S	+ 0.69 2.92 $P < 0.02$
IDEA IRRACIONAL 8	Coefficiente t asociada Probabilidad	+ 0.05 0.21 N.S	+ 0.01 0.07 N.S	+ 0.12 0.37 N.S
IDEA IRRACIONAL 9	Coefficiente t asociada Probabilidad	+ 0.36 1.67 N.S	+ 0.50 2.38 $P < 0.05$	+ 0.08 0.24 N.S
IDEA IRRACIONAL 10	Coefficiente t asociada Probabilidad	+ 0.43 2.06 $P < 0.05$	- 0.15 0.62 N.S	+ 0.02 0.08 N.S

TABLE VI. (Continuación). Resultados de los análisis de -  
correlación entre los índices de depresión y las  
ideas irracionales en cada grupo de la cefalea.  
N.S= Probabilidad No Significativa.

### GRAFICA 1

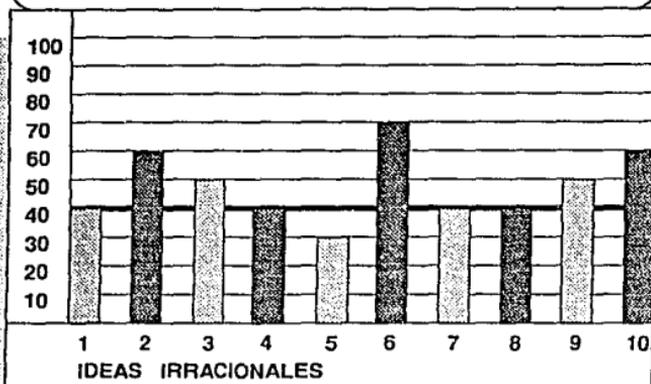


### GRAFICA 2



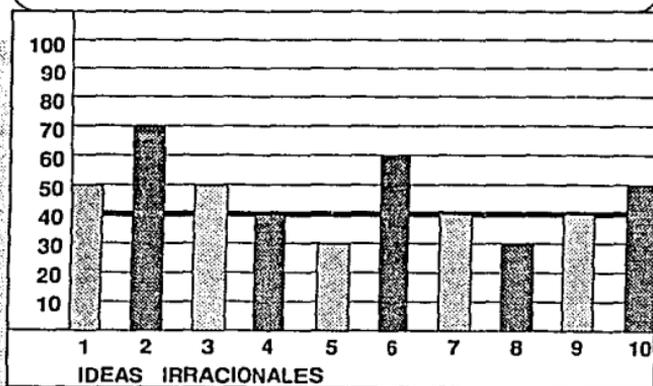
**GRAFICA 3**

**Medianas de los puntajes de Ideas Irracionales en el grupo de cefalea tensional**



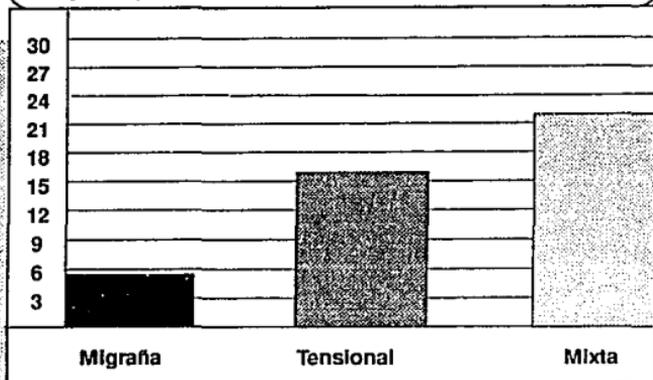
**GRAFICA 4**

**Medianas de los puntajes de Ideas Irracionales en el grupo de cefalea mixta**



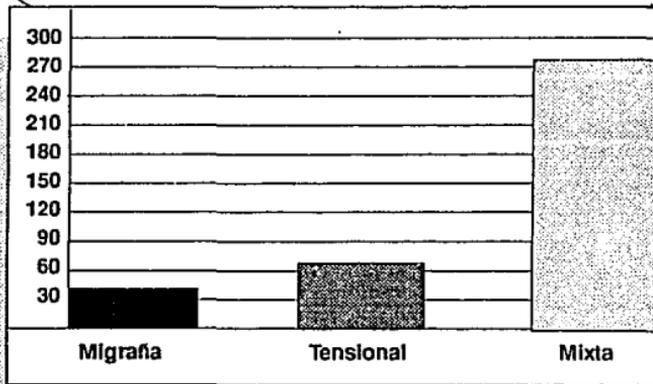
**GRAFICA 5**

**Medianas de la frecuencia de la cefalea  
por espacio de tres semanas ( número de episodios )**

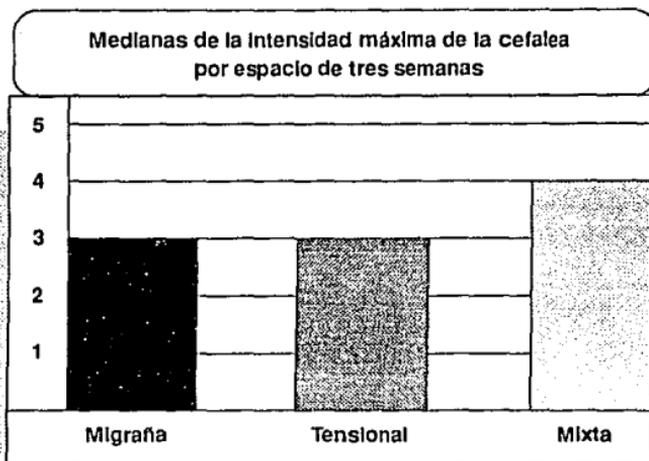


**GRAFICA 6**

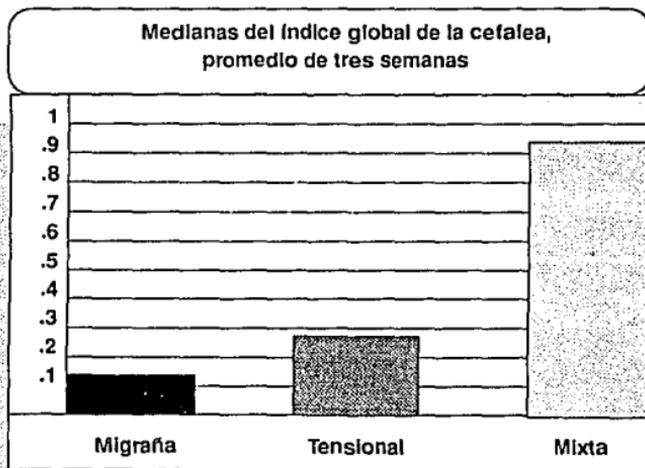
**Medianas de la duración de la cefalea  
por espacio de tres semanas ( número de horas )**



**GRAFICA 7**



**GRAFICA 8**



## DISCUSION Y CONCLUSIONES

### 1. NIVEL DE DEPRESION Y GRUPO DIAGNOSTICO.

En el presente estudio no se encontraron diferencias estadísticas - significativas en los índices de depresión de los tres grupos diagnósticos de la cefalea, resultado que no es compatible con las investigaciones de Blanchard y Andrasik (1990) que señalan que los sujetos con migraña muestran menos trastornos psicológicos que los sujetos con cefalea mixta, los cuales a su vez presentan menos deterioro que los sujetos con cefalea tensional. De hecho, en las investigaciones que realizan estos - autores la aplicación del Inventario de Depresión de Beck (IDB) no ha - sido capaz de detectar estas diferencias entre los grupos, y ha sido mediante la escala 2 del MMPI como se han detectado. Por lo tanto, no es - de sorprender que en la presente investigación no se hayan encontrado - estas diferencias.

El nivel de severidad de la depresión del grupo de migraña (depresión leve) es consistente con las investigaciones de Palacios et al (1992) Ramos (1989) y Rojas et al (1990) que reportan un nivel de depresión leve detectado también a través del IDB para pacientes con dolor de cabeza - crónico. No obstante, para los otros dos grupos diagnósticos la severidad de la depresión es mayor, ya que para los sujetos con cefalea mixta la - depresión es moderada, y para los sujetos con cefalea tensional la severidad de la depresión se ubica entre leve y moderada.

La comparación del nivel de depresión según el tipo cefalea padecido

(cefalea migrañosa, tensional o mixta), no se ha hecho de forma consistente, ya que es más común medir la depresión de los cefalícos tomándolos como un grupo global y contrastándolos con un grupo control. No obstante, existen estudios que reportan que los sujetos con cefalea tensional muestran niveles de depresión significativamente mayores que los obtenidos por sujetos con migraña, en una población de pacientes que acuden a una clínica para la cefalea (Philips y Jahanshahi, 1985). Por su parte Philips y Hunter (1982) en población psiquiátrica reportan a los pacientes con migraña más deteriorados que los pacientes con cefalea tensional en lo referente a depresión. Es posible que esta heterogeneidad de resultados se deba a toda la serie de problemas metodológicos que existen en esta área (Thomas y Matas, 1984), ya que aunque en las investigaciones citadas se usó en ambas la escala de depresión de Wakefield, las poblaciones empleadas son diferentes y posiblemente constituyen subgrupos distintos de pacientes dolorosos.

Por otro lado, el análisis de porcentajes y frecuencias de cada uno de los reactivos del IDB (ver tabla IV en resultados) reveló que cuando menos la mitad de los sujetos con migraña señalan los reactivos de preocupación somática (70 %), autoacusaciones (60 %), falta de satisfacción (50 %), perturbaciones del sueño (50 %) y fatigabilidad (50 %) que orientan la existencia de un posible cuadro de depresión enmascarada por la existencia de una sintomatología depresiva centrada en los aspectos somáticos y matizada de una insatisfacción y autoacusaciones.

En los otros dos grupos diagnósticos también destacan los reactivos mencionados, pero se agregan otros que hacen pensar además en la -

existencia conjunta o solapada de una depresión reactiva acompañando a la depresión enmascarada. En el grupo de cefalea tensional resaltan los reactivos de irritabilidad (81 %), brotes de llanto (72 %), aislamiento social (63 %), sentimiento de fracaso (63 %) y estado de ánimo triste (63 %). En el grupo de cefalea mixta resaltan los mismos reactivos que en el grupo de migraña, pero también los correspondientes a inhibición del trabajo (78 %), irritabilidad (68 %) e indecisión (63 %), y son - estos últimos dos reactivos los que señalan cierta responsividad a los problemas y situaciones conflictivas que pudieran ocurrir en su ambiente.

Así las cosas, es probable que en los grupos de cefalea tensional y mixta los índices de depresión son mayores por cuestiones de reactividad al medio ambiente, es decir, que probablemente viven situaciones - conflictivas y estresantes de diversa índole que los llevan a desarrollar una depresión reactiva. De esta forma, se observa que la depresión no es la misma para todos los grupos de cefalea, sino que en cada uno - de ellos la sintomatología depresiva es diferente, es decir, afecta diversas modalidades o esferas del funcionamiento psicológico de la persona. Lo que sí parecen ser constantes son los elementos o síntomas somáticos de la depresión: preocupación somática, perturbaciones del sueño y fatigabilidad, ya que como se puede ver en la tabla IV de resultados son - estos reactivos los que más resaltan en los tres grupos diagnósticos - de la cefalea. También sobresalen en los tres grupos los reactivos de falta de satisfacción y autoacusaciones, que son los que de alguna forma pueden orientar el diagnóstico hacia un cuadro depresivo. En este - sentido, Marmorstein (1983) señala que aún cuando un paciente no tenga

conciencia de tristeza, utiliza otros términos para indicar grados variables de malestar psicológico como pueden ser: aburrimiento, pérdida de entusiasmo, pesimismo, insatisfacción, desilusión, inutilidad y desesperación. Se sugiere ver en la parte de Anexos del presente trabajo el Inventario de Depresión de Beck, en especial los reactivos de falta de satisfacción y autoacusaciones, ya que en ellos se encuentran contenidos algunos términos de los mencionados por Marmorstein (1983).

## 2. RELACION ENTRE LA DEPRESION Y LOS PARAMETROS DEL DOLOR.

La aplicación de los análisis estadísticos de correlación a las variables de depresión y parámetros del dolor produjo resultados significativos sólo para el grupo diagnóstico de migraña, y son los siguientes:

1) Correlación positiva entre la depresión y la frecuencia de la cefalea en el grupo de migraña, que indica que conforme los episodios de dolor son más frecuentes, el nivel de depresión tiende a aumentar, o bien, el nivel de depresión tiende a disminuir si el dolor es menos frecuente.

La interpretación anterior parece sugerir que la depresión es causada por la cefalea, ya que si el dolor es más frecuente aumenta el índice de depresión. Sin embargo, la correlación también puede interpretarse diciendo que conforme los índices de depresión son mayores, los episodios de dolor son más frecuentes, o bien, el dolor es menos frecuente si el índice de depresión disminuye.

Parece ser entonces que la interpretación más adecuada es decir - que la depresión y la frecuencia de la cefalea son directamente proporcionales, es decir, que ambas variables se comportan de forma paralela, en la que si una aumenta de valor, la otra también lo hace, o bien, si una disminuye de valor, la otra también lo hace.

2) Correlación positiva entre la depresión y la duración de la cefalea en el grupo de migraña, que señala que ambas variables son directamente proporcionales.

3) Correlación positiva entre la depresión y el índice global de la cefalea en el grupo de migraña, que señala que ambas variables son directamente proporcionales.

Cabe comentar que de los análisis estadísticos de correlación no puede inferirse una relación causal, ya que su función es medir el grado de asociación entre constructos teóricos (Levin, 1979), y en todo caso lo que se pone en evidencia es el hecho de que el malestar físico (dolor) y el psicológico (depresión) están asociados. En este sentido, es conveniente que en toda queja o problema de dolor crónico se descubra el malestar psicológico que está detrás de ella.

Las correlaciones encontradas en el presente estudio son consistentes con los resultados reportados por Philips y Jahanshahi (1985), ya que encuentran que los individuos que reportan cefaleas más frecuentes son significativamente más deprimidos independientemente del grupo diagnóstico de la cefalea; aunque cabe mencionar que el 80 % de su muestra de 360 cefaléicos crónicos fueron diagnosticados sufridores de migraña, y sólo el 20 % restante con cefalea tensional.

Por su parte, Philips y Hunter (1982) reportan la presencia de - correlaciones significativas entre la frecuencia y severidad de la cefalea y los puntajes de depresión en pacientes psiquiátricos con dolor de cabeza crónico (75.2 % cefalea tensional y 24.8 % migraña).

Las investigaciones mencionadas (Philips y Jahanshahi, 1985 y Philips y Hunter, 1982) no son comparables porque están hechas en poblaciones diferentes, clínica la primera, y psiquiátrica la segunda, sin embargo en ambas se relacionan las variables de depresión y dolor.

Llama la atención que en la presente investigación las correlaciones significativas entre la depresión y los parámetros del dolor sólo se dieron en el grupo de migraña, que es aquel que muestra los valores más bajos en estas variables (ver tablas II y III en resultados). Para interpretar esto es conveniente recordar que del análisis de porcentajes y frecuencias de cada uno de los reactivos del IDB se planteó la - posibilidad de que en los grupos de cefalea tensional y mixta los índices de depresión se inflan o son mayores por cuestiones de reactividad al medio, cosa que no sucede en el grupo de migraña, ya que en este - grupo la depresión parece centrarse en los síntomas somáticos, ya que son los reactivos de este tipo los más puntuados, por lo que no es de extrañar que en el grupo de migraña sí se haga evidente una relación - entre la depresión y los parámetros de la cefalea.

Cox y Thomas (1981) en una muestra de 14 cefaléicos crónicos (1 - con migraña, 9 con cefalea tensional y 4 con mixta) aplican análisis de correlación a las variables de depresión y dolor, y no encuentran resultados significativos. Por su parte Ramos (1989) también hace estos aná-

lisis en una muestra de 20 sujetos con dolor de cabeza crónico (6 con migraña y 14 con cefalea tensional) y no encuentra correlaciones significativas entre la depresión y el dolor. Es posible que en estas investigaciones la ausencia de correlaciones se deba a que se trata a los cefaléicos como a un sólo grupo, y no se dividen en grupos diagnósticos para hacer los análisis estadísticos.

Por otro lado, no hay que perder de vista que dentro de esta área de investigación existen diversos problemas metodológicos que dificultan esclarecer la relación entre la depresión y la cefalea crónica (Ramos, 1989; Romano y Turner, 1985). Debido a esto es fundamental establecer una adecuada metodología encaminada a la evaluación de la depresión y del dolor crónico por medio de inventarios estandarizados que permitan detectar la severidad y cronicidad de ambos trastornos de manera válida y confiable. Es conveniente que el inventario escogido aborde las diversas áreas del funcionamiento psicológico que pueden verse afectadas por la depresión: cognitivas, conductuales, afectivas, somáticas, etc. Así mismo, es recomendable describir con detalle las características relevantes de la muestra empleada, y si es posible, usar grupos control de comparación.

Para estudios posteriores se recomienda comparar la depresión de los diferentes grupos diagnósticos de la cefalea no sólo a nivel cuantitativo, sino también cualitativamente, a través de análisis de conglomerados (cluster analysis), o en su defecto, análisis como el que se realizó con el IDE (tabla IV de resultados), ya que los hallazgos ahí encontrados arrojan información muy interesante que aportan elemen

tos clínicos para el estudio de la depresión del paciente con cefalea, y además abren un panorama amplio a nuevas interrogantes y propuestas de investigación como las siguientes:

- La aplicación de inventarios de eventos vitales o de contrariedades diarias a los diversos grupos de la cefalea para confirmar si esa posible reactividad a los eventos medio ambientales que inflan los puntajes de depresión en los grupos de cefalea mixta o tensional, se deba a situaciones conflictivas de diversa índole en la vida de los pacientes

- Determinar y contrastar el nivel de reconocimiento de problemática psicológica y el grado de defensividad en los grupos de cefalea - por medio de las escalas F y K del MMPI respectivamente. Esto se sugiere con el fin de ahondar en lo que es la depresión enmascarada, y en este sentido también es deseable comprobar si los grupos muestran diferencias en lo que respecta al nivel de sintomatología o quejas somáticas a través de la contrastación de los puntajes obtenidos en la escala 1 - (hipocondriasis) del MMPI. Es posible obtener en el grupo de cefalea - tensional, puntajes mayores en la escala F y menores en la K debido a que en el IDB destacan una serie de reactivos que parece tienen que ver con una depresión de tipo reactivo. Si esto se confirma, el cuadro clínico en sí mismo constituye un indicio de buena disposición para la psicoterapia, ya que el malestar emocional es evidente.

- Con el fin de comprobar si los sujetos con cefalea migrañosa tensional o mixta constituyen grupos diferentes, es recomendable determinar

si existen diferencias significativas en los parámetros de la cefalea por grupo diagnóstico ya que las gráficas 5-8 parecen sugerirlo. Es de esperarse en el grupo de cefalea mixta una elevación pronunciada en la escala 1 del MMPI (hipocondriasis) por la severidad tan marcada del dolor.

- Cabe la posibilidad de que la ausencia de correlaciones significativas entre la depresión y los parámetros del dolor en los grupos de cefalea tensional y mixta, se deba a que la relación entre estas variables no se ajusta al modelo lineal que subyace a la prueba de correlación por rangos de Spearman aplicada en la presente investigación. Por tanto, se sugiere en posteriores estudios aplicar pruebas y modelos estadísticos más elaborados y explicativos como los análisis de regresión en sus diversas variantes: lineal, exponencial, logarítmica.

Por los resultados obtenidos en la presente investigación, parece acertado diferenciar a los distintos grupos diagnósticos de la cefalea crónica a través de la propuesta de clasificación del Comité Ad Hoc - (1962), o de modelos clasificatorios más recientes como el elaborado por la International Headache Society (Olesen, 1990). En esta nueva clasificación se especifica cuántos diagnósticos de dolor de cabeza pueden distinguirse a través de la aplicación de criterios operacionales centrados en los síntomas, en su duración y en su intensidad. Dentro de las cefaleas no asociadas a lesión estructural u orgánica, destacan la migraña y la cefalea tensional; la cefalea mixta como criterio diagnóstico desaparece.

### 3. RELACION ENTRE LA DEPRESION Y LAS IDEAS IRRACIONALES.

Los resultados de los análisis estadísticos aplicados revelaron - las siguientes correlaciones significativas:

#### A. CORRELACION POSITIVA ENTRE LA DEPRESION Y LA IDEA IRRACIONAL - SOBRE APROBACION (idea 1) EN SUJETOS CON MIGRAÑA.

Este hallazgo se puede interpretar como la demanda que hace el sujeto de apoyo, afecto y aprobación hacia las personas significativas de su vida, y conforme la idea se acentúa más, el grado de depresión - varía en dirección ascendente. O bien, el nivel de depresión tiende a ser menor conforme el sujeto se adhiere con menor intensidad a la idea.

La persona que sostenga con vehemencia esta creencia se condena a la frustración, ya que no es posible tener control total sobre los afectos y sentimientos de la demás gente, ya sea porque son volubles o porque tienen sus propios prejuicios sobre la conducta de los demás. Además, una persona que se ha preocupado excesivamente por ser estimada, - comenzará a preguntarse en qué medida y por cuánto tiempo, con lo cual la inseguridad y el malestar no disminuirán (Ellis, 1962).

#### B. CORRELACION POSITIVA ENTRE LA DEPRESION Y LA IDEA IRRACIONAL - SOBRE PERFECCIONISMO (idea 2) EN SUJETOS CON MIGRAÑA.

Esto puede interpretarse como la importancia que concede la persona a los aspectos de autoexigencia y logro para sentirse un ser valio-

so. Conforme la idea se hace más marcada, el nivel de depresión tiende a aumentar, o bien, la depresión tiende a disminuir conforme la idea es sostenida con menor intensidad.

La idea se relaciona con la depresión porque un alto nivel de competitividad autoimpuesto generalmente produce un enorme miedo a cometer un error, a fracasar en cierta tarea o actividad que no se domine bien. La idea es provocadora de ansiedad cuando las fallas son anticipadas, y generadora de depresión cuando el fracaso es vivido (Walen, - Di Giuseppe y Wessler, 1980).

Independientemente de los sujetos con migraña, esta idea irracional es una de las que más destacan en elevación en los distintos grupos de la cefalea (ver gráficas 2,3 y 4 en resultados), y se considera que este hallazgo de alguna forma tiene relación con la alta frecuencia - con la que se puntea el reactivo de autoacusaciones del IDB en todos - los grupos (ver tabla IV de resultados). Estas autoacusaciones contenidas en el IDB, tienen que ver con sentimientos de culpabilidad o de crítica por todo lo que sale mal, por los errores propios y los defectos.

La presencia de este énfasis en los aspectos de eficiencia, logro y perfeccionismo que muestran los pacientes cefaléicos, se corrobora - en diversas investigaciones (Passchier et al, 1984; Forman, Tosi, 1987).

#### C. CORRELACION POSITIVA ENTRE LA DEPRESION Y LA IDEA IRRACIONAL - SOBRE PREOCUPACION (idea 6) EN SUJETOS CON MIGRAÑA.

La idea hace mención a un pensamiento saturado de miedo y preocupación por situaciones peligrosas o inesperadas que pudieran acontecer

en el futuro. La correlación positiva indica que conforme la idea se -  
acentúa más en la persona, el nivel de depresión tiende a elevarse, po  
siblemente porque el sujeto cae en un estado de indefensión (Miller y  
Seligman, 1975) en el que considera que no tiene control alguno sobre  
los eventos de su medio, lo que lo lleva a desarrollar un estado depre  
sivo. También es válido interpretar que la depresión tiende a disminuir  
conforme el sujeto sostiene esta idea con menor firmeza.

Ellis y Harper (1961) comentan que una preocupación constante a -  
menudo contribuye a la aparición del evento indeseado, y con frecuencia  
impide a la persona afrontarlo con eficacia cuando realmente ocurre.

#### D. CORRELACION POSITIVA ENTRE LA DEPRESION Y LA IDEA IRRACIONAL - DE SOLUCIONES IDEALES (idea 10) PARA SUJETOS CON MIGRAÑA.

La correlación para este caso señala que la depresión tiende a au  
mentar conforme el sujeto sostiene con mayor intensidad la creencia de  
que existen soluciones correctas para los problemas del vivir, y que si  
no se encuentran, las cosas siempre estarán mal. La correlación también  
puede interpretarse en sentido inverso, es decir, que la depresión es -  
menor conforme el sujeto se aferra menos a esta idea.

La búsqueda de soluciones ideales conduce al malestar emocional -  
porque para lograr esto se hace necesario tener un control absoluto so  
bre los eventos y situaciones de la vida, lo cual es imposible, ya que  
se vive en un mundo de probabilidad y no de certeza. Además, al sostener  
esta idea, un individuo se llevará constantes decepciones, ya que pone  
su seguridad en fuerzas externas que no puede controlar (Ellis, 1962).

E. CORRELACION POSITIVA ENTRE LA DEPRESION Y LA IDEA IRRACIONAL -  
SOBRE DETERMINISMO DEL PASADO (idea 9) PARA SUJETOS CON CEFALEA MIXTA.

Este hallazgo puede interpretarse como la creencia de que la historia personal es un determinante decisivo en el comportamiento presente, y entre más se adhiera el sujeto a esta idea, tiende a ser mayor su nivel de depresión. Esto es así porque la utilización del pasado constituye una excusa para no resolver los problemas en el presente, y contribuye a que la persona considere que no es posible un cambio favorable en su conducta (Ellis y Harper, 1961). Ahora bien, la correlación positiva indica también que conforme el sujeto sostiene con menor integridad esta idea, el nivel de depresión es menor.

Es posible que el contenido de esta idea explique que los sujetos de este grupo diagnóstico hallan puntuado frecuentemente los reactivos del IDB correspondientes a indecisión (63%) y falta de satisfacción (68.4%) (ver tabla IV de resultados), y es que detrás de esta idea se encierra un absolutismo que paraliza a la persona en la búsqueda de nuevos modos de comportarse y de relacionarse que los que aprendió durante los años de formación.

En el capítulo sobre depresión del marco teórico del presente trabajo, se decía que la depresión del paciente con dolor de cabeza crónico es de tipo enmascarado y crónica, es decir que su malestar emocional viene ya de años, y esto posiblemente explica la existencia de una correlación positiva significativa entre el nivel de depresión y la idea 9 sobre determinismo del pasado.

F. CORRELACION POSITIVA ENTRE LA DEPRESION Y LA IDEA IRRACIONAL SOBRE EVITACION DE RESPONSABILIDADES (idea 7) EN SUJETOS CON CEFALEA TENSIONAL.

Esta correlación indica que la depresión tiende a aumentar conforme la persona sostiene con mayor intensidad la creencia de que es más fácil evitar que afrontar, las responsabilidades y tareas de la vida.- O bien, en sentido contrario, es decir, la depresión es menor conforme la persona se adhiere con menor firmeza a esta idea irracional.

Ellis (1962) afirma que los seres humanos no conocen ciertos tipos de satisfacción muy importantes cuando se centran en evitar aspectos de la vida difíciles. Además, para una persona sin objetivos a largo plazo y sin realizaciones, la existencia es muy insegura e inestable, ya que la confianza en uno y la capacidad de realización nace de hacer las cosas, y no de evitarlas.

Es posible que para algunos sujetos de este grupo, el contenido de esta idea explique que un gran porcentaje de estos pacientes marcaran los reactivos del IDB correspondientes a falta de satisfacción (63.6 %) y sentimiento de fracaso (63.6 %) (ver tabla IV de resultados). Aferrarse a esta idea impide al sujeto involucrarse en actividades que le puedan resultar reforzantes, con lo cual limita su experiencia y alimenta la depresión.

#### 4. CONSIDERACIONES FINALES.

La investigación presente demuestra la existencia de correlaciones significativas entre la depresión y los parámetros del dolor solamente en el grupo de migraña debido quizá a las características particulares de su depresión. En los otros grupos la depresión difiere en sus características sintomatológicas posiblemente por cuestiones de reactividad al medio ambiente; de esta forma no se está en condiciones de afirmar que el dolor crónico genera depresión o viceversa, ya que existen más factores involucrados en esta relación. Podría decirse que uno de estos factores es la irracionalidad, entendida como un patrón de conducta cognitiva, ya que en los tres grupos diagnósticos de la cefalea se encontraron correlaciones significativas entre algunas de las ideas irracionales y los índices de depresión.

Se considera así que el pensamiento irracional, caracterizado por ideas o afirmaciones absolutas, rígidas y que no tiene evidencia empírica que las sustente, continuamente genera y mantiene la depresión del paciente con cefalea crónica. De ninguna manera se niega que el dolor crónico sea en sí mismo un estresor que sea capaz de producir depresión (Philips y Hunter, 1982), pero parece que los factores de tipo cognitivo, y no sólo el dolor, también se relacionan con esta depresión. En este sentido Lefebvre reporta en 1981, una correlación positiva estadísticamente significativa entre la distorsión cognitiva y el nivel de depresión en pacientes con dolor de espalda crónico.

Por otro lado, las ideas irracionales que correlacionaron con la depresión, son diferentes en cada grupo diagnóstico, es decir, que para el grupo de migraña las ideas que correlacionaron con la depresión son

la idea de aprobación (1), perfeccionismo (2), preocupación (6) y soluciones ideales (10); para el grupo de cefalea tensional correlacionó - la idea de evitación de responsabilidades (7), y para el grupo de cefalea mixta la idea de determinismo del pasado (9). Este hallazgo deja abierta la posibilidad de que cada uno de los grupos diagnósticos se caracterice también por una estructura cognitiva diferente o particular, por lo que se sugiere para estudios posteriores comprobar si existen diferencias significativas en los puntajes de cada una de las ideas irracionales por grupo o tipo de cefalea.

Dentro del campo del dolor de cabeza crónico Bakal (1982) desarrolla un modelo que toma en cuenta las cogniciones que son producto de la cefalea, es decir, toma en cuenta la evaluación que hace el propio cefaléico de su estado o sintomatología. En contraste, la presente investigación tiene que ver con la forma en que el sujeto con cefalea crónica se vale de patrones cognitivos tal vez distorsionados (irracionales), para evaluar sus experiencias, sus vivencias en general y no sólo en relación al problema del dolor. Además, los resultados ofrecen aplicaciones clínicas directas, ya que como parte de un tratamiento integral hacia el paciente con cefalea crónica es deseable incluir sesiones de Terapia Racional Emotiva (Ellis y Abraham, 1980), ya que sus técnicas y procedimientos cuestionan y modifican el pensamiento irracional de la persona y combaten así la depresión.

El presente trabajo muestra o tiene una serie de limitaciones que tienen que ver sobre todo con cuestiones de metodología, ya que la muestra tomada en conjunto está constituida por 50 sujetos, pero como se -

dividió en grupos diagnósticos: cefalea tensional (n=11), migraña (n=20) y cefalea mixta (n=19), cada uno de estos grupos fué reducido en el número de pacientes que lo conformaron. El conjunto de cefalea tensional resultó ser el más pequeño, y por eso las comparaciones entre grupos no son muy precisas, ya que lo deseable era igualar los grupos en el número de casos que los constituyen.

Otra cosa de importancia es que la muestra es muy homogénea, ya que todos los participantes son de un mismo nivel socio-económico (clase media baja) y por tanto no es representativa de la población de sujetos con cefalea crónica; además, la integran únicamente mujeres.

Otra limitación consiste en las desventajas inherentes al diseño empleado (ex post-facto), ya que se carece de un control o manipulación sobre las variables debido a que sus manifestaciones ya acontecieron; por otro lado la selección de los sujetos no es aleatoria.

Pese a las limitantes, al trabajo pone de manifiesto que detrás de toda queja o problema de dolor crónico existe cierto malestar emocional en grados sumamente variables que el médico no tiene porque soslayar. Es el psicólogo de la salud el profesionalista que está preparado para atender este malestar y para ofrecer un tratamiento adecuado e integral, partiendo de antemano de una buena evaluación no tan sólo de la depresión y demás aspectos psicológicos, sino también del dolor.

Ya no es posible el estudio de un fenómeno como la cefalea crónica desde una sola perspectiva o enfoque, sino que es recomendable evaluar al paciente en diferentes aspectos: médicos, psicológicos y sociales para detectar toda la riqueza de factores que interactúan en un momento

dado y que pueden explicar el sufrimiento del paciente. En este sentido, cobra relevancia el trabajo conjunto y en equipo que pueden realizar - médicos y psicólogos, aportando cada quien lo suyo para un objetivo - común: el bienestar de la persona. Por eso se hace latente la necesidad de crear más plazas y puestos de trabajo para el psicólogo en clínicas y hospitales, no sólo para tratar a pacientes con desórdenes emocionales o de conducta, sino también a pacientes con enfermedades o trastornos de tipo físico, entre los que se encuentran los cefaléicos, los hipertensos, los que padecen enfermedades cardíacas, vasculares, etc.

El trabajo también deja ver que el psicólogo es un profesional capacitado para hacer investigación y aportar las herramientas conceptuales y metodológicas adecuadas para el estudio de un fenómeno, dentro de un enfoque multivariado.

Se considera que la investigación es una actividad fundamental para el avance del conocimiento, e indispensable en el área de la salud, que en México se encuentra con muchas limitaciones y carencias. Esto es visible tan sólo en el número de revistas y publicaciones científicas de este tipo que se editan en el país, o bien, en el número tan reducido de profesionistas que se dedican al tema de la cefalea crónica o de las enfermedades psicosomáticas, desde un enfoque multifactorial, en relación con la gente que se dedica a esto en los Estados Unidos.

Debido a lo anterior, se requiere que en los planes y programas de estudio de la carrera de Lic. en Psicología, se ofrezca al estudiante - una sólida y amplia formación en metodología de la investigación, estadística, psicopatología y problemas de salud para contribuir así al avance de la investigación en México en el área de salud, que debe ser una - de las prioritarias.

En la E.N.E.P. Zaragoza, grupos como el de Psicología de la Salud, del cual formó parte el autor de este trabajo, ofrecen la ventaja de aprender a hacer investigación y de adquirir una formación en el terreno clínico, por el contacto tan estrecho con los pacientes con dolor de cabeza crónico; ahí se conjuga la teoría y la práctica. Lamentablemente la matrícula es reducida, por lo que muchos compañeros se quedan sin conocer esta área de trabajo.

El trabajo en sí constituye un estudio exploratorio que rescata el papel que juega el pensamiento irracional en la depresión que muestran luego los pacientes con cefalea crónica. Las conclusiones por supuesto no son definitivas, pero sí alentadoras, ya que ofrecen un panorama amplio para posteriores líneas de investigación que en su momento se mencionaron, y que permitirán aclarar y conocer la variedad de factores que interactúan en el padecimiento de la cefalea.

#### REFERENCIAS

- Abramsom, L.Y., Seligman, M.E.P., y Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and Reformulation. Journal of Abnormal Psychology, 84, 718-721.
- Ad Hoc Committee on the Classification of Headache. (1962). Headache Journal of American Medical Association, 179, 717-718.
- Anderson, C.D. y Franks, R.D. (1981). Migraine and tension headache: Is there a physiological difference?. Headache, 21, 63-71.
- Andrasik, F., Blanchard, E.B., Arena, J.G., Teders, S.J. (1982). Psychological Functioning in headache sufferers. Psychosomatic Medicine, 44, 171-182.
- Andrasik, F., Holroyd, K.A., y Abell, T. (1979). Prevalence of headache withing a college student population: A Preliminary Analysis. Headache, 20, 384-387..
- Andrasik, F., Kabela, E., Quinn, S., Attanasio, V., Balnchard, E.B., y Rosenblum, E.L. (1988). Psychological functioning of children who have recurrent migraine. Pain, 34, 43-52.
- Alonso-Fernández, F. (1978). Compendio de Psiquiatría. Madrid: Oteo.
- Arena, J.G., Blanchard, E.B., Andrasik, F., y Dudek, B.C. (1982). The headache symptom questionnaire: discriminant classificatory ability and headache syndromes suggested by a factor analysis. Journal of Behavioral Assessment, 4, 55-69.
- Arieti, S., y Bemporad, J. (1990). Psicoterapia de la Depresión. Buenos Aires: Paidós.
- Ayuso, J.L., y Saiz, J. (1981). Las depresiones: nuevas perspectivas clínicas, etiopatogénicas y terapéuticas. México: Interamericana.
- Bakal, D.A. (1982). The Psychobiology of chronic headache. New York: Springer.
- Bar Din, A. (1989). La madre deprimida y el niño. México: Siglo XXI.
- Barolin, G.S. (1986). Headache and (Concomitant) Depression. Psychopathology, 19, 165-171.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4, 53-63.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979). Cognitive Therapy of Depression. New York: The Guilford Press.

Benitez, C. (1992). Comparación del perfil psicológico de pacientes con dolor de cabeza crónico con diferentes periodos de evolución. Informe del servicio social. E.N.E.P. Zaragoza, U.N.A.M. Mexico D.F.

Blanchard, E.B., Andrasik, F. (1990). Tratamiento del dolor de cabeza crónico: Un enfoque psicológico. Barcelona: Martínez Roca.

Blanchard, E.B., Andrsik, F., Ahles, T.A., Teders, S.J., y O'Keefe, D.M. (1980). Migraine and tension headache: A meta analytic review. Behavior Therapy, 11, 613 631.

Blanchard, E.B., Appelbaum, K.A., Radnitz, C.L. (1989). The refractory headache patient I. Chronic, daily, high intensity headache. Behavior Research and Therapy, 27, 403 410.

Blanchard, E.B., Appelbaum, K.A., Radnitz, C.L., Morrill, B., Evans, D.D., Jaccard, J. (1990). A controlled evaluation of thermal biofeedback and thermal biofeedback combined with cognitive therapy in the treatment of vascular headache. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, 216 224.

Blanchard, E.B., Radnitz, C.L., Evans, D.D., Schwarz, S.P., Neff, D.F., y Gerardi, M.A. (1986). Psychological comparisons of irritable bowel syndrome to chronic tension and migraine headache and nonpatient controls. Biofeedback and Self Regulation, 41, 221 230.

Blaszczynsky, A.P. (1984). Personality factors in classical migraine and tension headache. Headache, 24, 238-244.

Blumer, D., y Heilbronn, M. (1982). Chronic Pain as a Variant of Depressive Disease: The Pain-prone Disorder. 170, 381-406. Journal of Nervous and Mental Disease.

Brandt, J., Celentano, D., Steward, W., y Linet, M. (1990). Personality and emotional disorders in a community sample of migraine headache sufferers. American Journal of Psychiatry, 147, 303-308.

Budzynski, T.H., Stoyva, J.M., Adler, Ch.S., y Mullaney, D.J. (1973). EMG biofeedback and tension headache: A controlled outcome study. Psychosomatic Medicine, 35, 484 496.

Bustos, C.L. y Thomain, J. (1987). Análisis racional emotivo de un fragmento (20 capítulos) de dos telenovelas mexicanas. Tesis de Licenciatura. E.N.E.P. Zaragoza.

Calderón, G. (1984). Depresión: Causas, manifestaciones y tratamiento. México, D.F.: Trillas.

Chapman, R., Sola, A., y Bonica, J.J. (1979) Illness behavior and depression compared in pain center and private practice patients. Pain, 6, 1-7.

Campuzano, D. (1987). El dolor, una reacción de defensa. Gaceta U.N.A.M., Julio 27.

Cook, M.L., y Peterson, Ch. (1986). Depressive irrationality. Cognitive Therapy and Research. 10, 293-298.

Cox, D., Thomas, D. (1981). Relationship between headache and depression. Headache. 21, 261-263.

Dahlstrom, W. y Welsh, G. (1960). An MMPI handbook. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Dallessio, D.J. (1984). Cefaleas de Wolff. México: Manual Moderno.

Davidoff, L. (1984). Introducción a la Psicología México, D.F.: Mc Graw Hill.

De la Fuente, J.R., Pucheu, C. y Medina, M.E. (1985). La investigación en psiquiatría y salud mental: Un ejercicio preliminar en prospectiva. En: A. Velázquez Arellano. (Comp.) La salud en México y la investigación clínica. Desafíos y oportunidades para el año 2000. México D.F., U.N.A.M.

Delaplaine, R., Ifabumuji, D.I., Merskey, H., y Zarfes, D. (1978) Significance of pain in psychiatric hospital patients. Pain, 4, 361-366.

Diamond, S. (1983). Depression and headache. Headache. 23, 122-126.

Dupuy, J.D. (1977). Citado en: Blanchard y Andrasik. (1990). Tratamiento del Dolor de Cabeza Crónico. Un enfoque psicologico. Barcelona: Martinez Roca.

Ellis, A. (1962). Reason and Emotion in Psychotherapy. New York: Lyle Stuart.

Ellis, A., y Abrahms, E. (1980). Terapia Racional Emotiva. Mex: Pax.

Ellis, A., y Grieger, R. (1977). Handbook of Rational Emotive Therapy. New York: Springer.

Ellis, A., y Harper, R.A. (1961). Psicoterapia Racional Emotiva. Mexico: Herrero Hermanos.

Ellis, A., y Whiteley, S. (1979). Theoretical and Empirical Foundations of Rational Emotive Therapy. Monterey, Calif: Brooks Cole

Ellis, A. (1987). A Sadly Neglected Cognitive Element in Depression. Cognitive Therapy and Research. 11, 121-146.

Ellis, A. (1979). En: Eysenck, H.J. Experimentos en Terapia de la Conducta. Tomo II. Barcelona: Orbis.

Forman, M.A., Tosi, D.J., y Rudy, D.R. (1987). Common irrational beliefs associated with the psychophysiological conditions of low back pain, peptic ulcers and migraine headache: A multivariate study. Journal of Rational Emotive Therapy. 5, 255-265.

Garvey, M.J., Tollefson, G.D., Schaffer, Ch. (1984). Migraine headaches and depression. American Journal of Psychiatry. 141, 986-988.

Goldfried, M.R., y Sobocinski, D. (1975). The effect of irrational beliefs on emotional arousal. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 43, 504-510.

Goodkin, K., Gullion, Ch. (1989). Antidepressants for the relief of chronic pain: Do they work ?. Annals of Behavioral Medicine. 11, 83-101.

Grazzi, L., Frediani, F., Zappacosta, B., Boiardi, A., Bussone, G. (1988). Psychological assessment in tension headache before and after biofeedback treatment. Headache. 28, 337-338.

Hammen, C.L., y Glass, D.R. (1975). Depression, activity and evaluation of reinforcement. Journal of Abnormal Psychology, 84, 718-721.

Harrell, T.H., Chambless, D.L., y Calhoun, J.F. (1981). Correlational relationships between self-statements and affective states. Cognitive Therapy and Research. 5, 159-173.

Heman, C. (1987). Contenido del pensamiento y analisis semantico de pacientes con intento de suicidio. Tesis de maestria en Psicologia Clinica. Facultad de Psicologia, U.N.A.M.

Henryk-Gutt, R., y Rees, W.L. (1973). Psychological aspects of migraine. Journal of Psychosomatic Research, 17, 141-153.

Himle, D.P., Thyer, B.A., y Papsdorf, J.D. (1982). Relationships between rational beliefs and anxiety. Cognitive Therapy and Research. 6, 219-223.

Holroyd, K.A., y Andrasik, F. (1982). Do the effects of cognitive therapy endure? A two years follow-up of tension headache sufferers treated with cognitive therapy or biofeedback. Cognitive Therapy and Research. 6, 325-334.

Holroyd, K.A., Andrasik, F., y Westbrook, T. (1977) Cognitive control of tension headache. Cognitive Therapy and Research, 1, 121-133.

Holroyd, K.A., Holm, J.E., 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, 56, 218-223.

Hollon, S.D., y Beck, A.T. (1979). Cognitive Therapy of Depression. En: Kendall, P.C., y Hollon, S.D. (Eds). Cognitive Behavioral Interventions. Theory, Research and Procedures. N.Y.: Academic Press.

Jarman, S., Fernandez, A., Davies, J., y Glover, D. (1990). High incidence of endogenous depression in migraine. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. 53, 573-575.

Jones, R.G. (1968). A factored measure of Ellis' irrational beliefs system with personality and adjustment correlates. Doctoral Dissertation. Texas Technical College.

Jones, M.A. y Page, D. (1986). Locus of control, assertiveness and anxiety as personality variables in stress-related headaches. Headache. 26, 369-374.

Kerlinger, P. (1975). Investigacion del comportamiento. Mexico: Interamericana.

La Pointe, K. (1980). Relationship of irrational beliefs to self-reported depression. Cognitive Therapy and Research, 4, 247-250.

Large, R.C. (1980). The Psychiatrist and the chronic pain patient. Pain, 9, 253-263.

Lefebvre, M. (1981). Cognitive distortion and cognitive errors in depressed psychiatric and low back pain patients. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49, 517-525.

Levin, J. (1979). Fundamentos de estadística en la investigación social. Mexico: Harla.

Lewinsohn, P.M., Larson, D.W., Munoz, R.F. (1982). The measurement of expectancies and other cognitions in depressed individuals. Cognitive Therapy and Research, 6, 437-446.

Libet, J.M., y Lewinsohn, P.M., (1973). Concept of social skills with special reference to the behavior of depressed persons. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 40, 304-302.

Lindsay, P., y Wyckoff, M. (1981). The depression-pain syndrome and its response to antidepressants. Psychosomatics, 22, 571-577.

Lohr, J.M., y Bonge, D. (1982). The factorial validity of the irrational beliefs test: A Psychometric Investigation. Cognitive Therapy and Research, 6, 225-230.

Lohr, J.M., y Bonge, D. (1982). Relationships between assertiveness and factorially validated measures of irrational beliefs. Cognitive Therapy and Research, 6, 353-356.

Lopez-Ibor, J.J. (1972). Masked depression. British Journal of Psychiatry, 120, 245-258.

Mac Kinnon, A. y Michels, R. (1973). Psiquiatria clinica aplicada. México: Interamericana.

Markush, R.E. (1975). Epidemiologic study of migraine symptoms in young women. Neurology, 25, 430-435.

Marchesi, C., De Ferri, A., Petrolini, N., Govi, A., Manzoni, G.C., Coiro, V., y De Risio, C. (1989). Prevalence of migraine and muscle

tension headache in depressive disorders. Journal of Affective Disorders. 16, 33-36.

Marmorstein, J. (1983). Melancolía psicometabólica. México: Concepto.

Massana, J. (1983). Psicosomática y depresión. En: Valdes, M., Flores, T., Tobena, A., Massana, J. Medicina psicosomática: Bases psicológicas y fisiológicas. México: Trillas.

Mathew, R., Weinman, M., y Mirabi, M. (1981). Physical symptoms of depression. British Journal of Psychiatry. 139, 293-296.

May, J. y Johnson, H. (1973). Physiological activity to internally elicited arousal and inhibitory thoughts. Journal of Abnormal Psychology. 82, 239-245.

Mendels, J. (1970). La depresión. México: Herder.

Merikangas, K.R., Angst, J., Isler, H. (1990). Migraine and Psychopathology: Results of the Zurich cohort study of young adults. Archives of General Psychiatry. 47, 849-853.

Merskey, H.A. (1982). Comments on Chronic pain as a variant of depressive disease: The pain-prone disorder. Journal of Nervous and Mental Disease. 170, 409-411.

Miller, W.R., y Seligman, M.E.P. (1975). Depression and learned helplessness in man. Journal of Abnormal Psychology. 84, 228-238.

Mindell, J.A., y Andrasik, F. (1987). Headache classification and factor analysis with a pediatric population. Headache. 27, 96-101.

Murphy, A.I., Lehrer, P.M., y Jurish, S. (1990). Cognitive Coping Skills Training and Relaxation Training as Treatments for Tension Headache. Behavior Therapy, 21, 89-98.

Nelson, R.E. (1977). Irrational beliefs in depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 45, 1190-1191.

Olesen, J. (1990). The classification and diagnosis of headache disorders. Neurologic Clinics. 8, 793-798.

Palacios, P. (1992). El perfil multimodal del paciente cefaléico. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. U.N.A.M. (En prensa).

Palacios, P., y Rojas, M.E. (1986). Evaluación Integral y Tratamiento No Farmacológico del Dolor de Cabeza Crónico. Proyecto de Investigación. E.N.E.P. Zaragoza. México, D.F.

Palacios, P., Rojas, M.E., Figueroa, C. (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.

Palacios, P., Rojas, M.E., Figueroa, C. (1992). Comparación psicológica entre una muestra de sujetos con dolor de cabeza crónico

- y otra sin dolor. Programa de Psicología de la Salud. E.N.E.P. Zaragoza, U.N.A.M. México, D.F. (en prensa).
- Passchier, J., Helm Hylkema, H., y Orleke, J.F. (1984). Personality and headache type, a controlled study. *Headache*, 24, 140-146.
- Pehn, L.P. (1976). Assessment of Depression. En: Hersen, M. y Bellack, A.S. *Behavioral Assessment: A Practical Handbook*. N.Y. : Pergamon Press.
- Philips, C. (1977). Headache in general practice. *Headache*, 16, 322-329.
- Philips, H.C., y Jahanshahi, M. (1985). The effects of persistent pain: The chronic headache sufferer. *Pain*, 21, 163-176.
- Philips, C., y Hunter, M. Headache in a Psychiatric Population. (1982). *Journal of Nervous and Mental Disease*. 170, 34-40.
- Pilowsky, I., y Spence, N.D. (1976). Illness behavior syndromes associated with intractable pain. *Pain*, 2, 61-71.
- Pilowsky, I., Chapman, C.R., y Bonica, J.J. (1977). Pain, depression and illness behavior in a pain clinic population. *Pain*, 4, 183-192.
- Polaino-Lorente, A. (1985). *La Depresión*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Ramos, B. (1989). *Comparación de los índices de depresión en dos poblaciones: Una con dolor de cabeza crónico y otra sin dolor*. Tesis de Licenciatura. E.N.E.P. Zaragoza. México, D.F.
- Rehm, L.P. (1977). A self control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804.
- Rivera, O. (1987). *Interpretación Clínica y Psicodinámica del M.M.P.I.* México D.F.: Diana.
- Rojas, E. (1981). *Psicopatología de la depresión*. Barcelona, Salvat.
- Rojas, M.E., Beltran, L., Vargas, P., Ramos, B., y Figueroa, C. (1990). *Relación depresión-dolor de cabeza crónico: Comparación de tres grupos con estatus clínico diferente*. Trabajo presentado en el Primer Congreso Internacional de Psicología y Salud. México, D.F.
- Romano, J.M., y Turner, J.A. (1985). Chronic pain and depression: Does the evidence support a relationship?. *Psychological Bulletin*, 97, 18-34.
- Rosenbaum, J.F. (1982). Comments on chronic pain as a variant of depressive disease: The pain-prone disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 170, 412-414.
- Saper, J.R. (1990). Daily Chronic Headache. *Neurology Clinics*. 8, 891-901.

Schrader, S.L., Craighead, W.E. (1978). Reinforcement patterns in depression. Behavior Therapy. 9-14.

Schwartz, R., y Gottman, J. (1976). Toward a task analysis of assertive behavior. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44, 910-920.

Siegel, S. (1970). Estadística no paramétrica. México: Trillas.

Sternbach, R.A. Ed. (1978). The Psychology of Pain. New York: Raven Press.

Sutton-Simon, K. (1981). Assessing beliefs systems: Concepts and strategies. En Kendall, P.C., y Hollon, S.D. (Eds.) Assessment Strategies for Cognitive-Behavioral Interventions. New York: Academic Press.

Sutton-Simon, K., y Goldfried, M. (1979). Faulty thinking in two types of anxiety. Cognitive Therapy and Research, 3, 193-203.

Takeshima, T., y Takahashi, K. (1988). The relationship between muscle contraction headache and migraine: A multivariate analysis study. Headache. 28, 272-277.

Thomas, M., Matas, M. (1984). Chronic Pain and Depression: A Review. Comprehensive Psychiatry. 25, 96-105.

Thorpe, G.L., Barnes, C.S., Hunter, J.E., Hines, D. (1983). Thoughts and feelings: Correlations in two clinical and two nonclinical samples. Cognitive Therapy and Research. 7, 565-574.

Vestre, N.D. (1984). Irrational beliefs and self-reported depressed mood. Journal of Abnormal Psychology. 93, 239-241.

Von Knorring, L., Ferris, C., Eisemann, M., Eriksson, U., y Ferris, H. (1983). Pain as a symptom in depressive disorders: I. Relationship to diagnostic subgroup and depressive symptomatology. Pain. 15, 19-26.

Wallen, S.R., Di Giuseppe, R., y Wessler, R.L. (1980). A Practitioner's Guide to Rational Emotive Therapy. New York: Oxford University Press.

Ward, N.G., Bloom, V.L., y Friedel, R. (1979). The Effectiveness of tricyclic antidepressants in the treatment of coexisting pain and depression. Pain. 7, 331-341.

Watkins, J.T., y Rush, A.J. (1983). Cognitive Response Test. Cognitive Therapy and Research. 7, 425-436.

Watson, D. (1982). Neurotic tendencies among chronic pain patients: An MMPI Item Analysis. Pain, 14, 365-385.

Wernick, R.L. (1987). Terapia Cognitiva en pacientes con quemaduras. En: Meichenbaum, D. y Jaremko, M.E. (Comps.). Prevención y Reducción del Estrés. Bilbao: Desclee de Brouwer.

TABLA I

INDICES DE DEPRESION, IDEAS IRRACIONALES Y PARAMETROS DEL DOLOR  
EN CEFALEA MIGRAÑOSA

ss	IDB	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	fr	dur	i	índice	
1	31	1	7	3	4	2	8	3	6	5	4	19	71	05	0.51	
2	04	2	5	6	5	3	7	4	3	2	4	03	30	05	0.11	
3	11	5	6	4	5	2	8	3	2	6	6	19	293	05	2.0	
4	20	6	6	5	7	4	5	6	3	4	5	04	36	03	0.10	
5	08	1	6	2	5	4	7	5	4	2	7	02	28	04	0.22	
6	08	4	4	9	6	1	7	4	2	4	4	10	50	03	0.20	
7	02	2	7	3	6	1	4	6	3	2	3	02	14	03	0.05	
8	10	8	6	6	5	4	8	6	3	5	6	01	06	03	0.03	
9	26	5	7	1	6	3	7	3	5	2	6	11	154	03	0.33	
10	15	5	6	4	3	5	9	4	4	3	5	14	34	05	0.15	
11	22	6	6	6	3	4	9	5	5	6	5	05	66	05	0.22	
12	03	5	1	4	4	2	3	4	6	2	4	04	21	03	0.08	
13	11	3	1	4	4	4	6	2	2	3	7	05	49	03	0.27	
14	08	4	4	5	4	2	6	4	6	5	7	05	42	03	0.13	
15	13	8	7	6	5	4	5	3	5	5	7	14	44	03	0.14	
16	03	2	3	5	3	2	2	2	2	3	4	06	66	04	0.38	
17	06	2	2	2	3	2	2	2	4	3	5	07	11	01	0.02	
18	01	3	4	1	5	4	3	4	5	2	3	06	18	01	0.03	
19	02	1	4	4	4	4	6	3	6	5	5	02	13	05	0.09	
20	14	5	3	2	5	3	9	2	4	1	6	06	72	05	0.28	
<u>Md</u>	09	4	5	4	5	3	6	5	4	4	3	5	5	39	03	0.14

•ss= sujetos

•IDB= Inventario de Depresión de Beck.

•1-10= Cada una de las diez ideas irracionales.

•fr= frecuencia de la cefalea en 3 semanas.

•dur= duración de la cefalea en 3 semanas

•i= intensidad máxima de la cefalea en 3 semanas.

•índice= índice de la cefalea, promedio de 3 semanas.

•Md= Mediana

TABLE II

INDICES DE DEPRESION, IDEAS IRRACIONALES Y PARAMETROS DEL DOLOR

EN CEFALEA MIXTA

ss	IDB	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	fr	dur	i	indice
1	12	5	2	3	4	4	7	3	2	5	6	36	139	4	1.05
2	08	6	7	4	6	2	5	5	3	5	6	22	354	4	1.96
3	16	5	8	4	3	3	4	2	3	4	3	21	374	4	2.0
4	20	6	7	4	3	2	8	4	3	6	6	21	346	4	2.1
5	12	4	3	5	5	3	5	4	5	2	4	22	309	4	1.79
6	22	3	8	4	4	1	9	5	3	4	6	17	153	4	0.77
7	12	3	8	7	4	2	7	4	4	3	7	22	332	4	1.37
8	32	4	8	6	3	5	6	4	3	5	2	29	323	5	0.63
9	07	2	2	2	4	2	2	6	3	4	3	14	93	2	0.32
10	17	3	6	5	5	1	6	5	3	6	5	42	362	5	2.23
11	06	7	6	2	5	4	7	4	4	2	7	25	100	3	0.59
12	13	2	4	3	4	5	2	2	1	2	8	21	279	3	0.93
13	22	6	7	6	5	2	5	5	5	6	7	16	113	5	0.46
14	19	5	7	6	7	2	7	5	3	8	4	27	245	4	0.77
15	04	5	8	5	5	3	5	4	2	4	5	23	65	3	0.22
16	18	5	7	5	8	3	6	3	7	4	3	17	105	3	0.45
17	29	6	4	2	3	4	7	4	0	4	5	25	163	5	0.81
18	22	3	6	5	6	1	6	5	5	5	5	21	365	5	1.93
19	25	2	5	5	3	5	6	4	2	6	4	28	330	4	1.30
<u>Md</u>	17	5	7	5	4	3	6	4	3	4	5	22	279	4	0.93

TABLA III

INDICES DE DEPRESION, IDEAS IRRACIONALES Y PARAMETROS DEL DOLOR EN CEFALEA TENSIONAL

ss	IDB	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	fr	dur	1	indice
1	25	5	5	6	4	3	6	5	4	5	6	08	11	4	0.19
2	13	4	4	3	4	4	6	3	6	2	7	16	44	2	0.50
3	11	2	9	6	4	1	10	4	1	7	6	16	51	3	0.28
4	20	2	7	5	4	4	8	5	2	5	4	22	330	5	1.61
5	09	10	7	6	5	8	7	3	6	6	5	08	68	4	0.24
6	11	3	5	5	5	2	6	1	4	6	3	15	76	1	0.17
7	30	6	7	7	8	5	9	7	4	5	4	35	280	4	0.97
8	20	6	6	5	7	2	7	4	3	6	6	43	251	3	0.62
9	19	4	8	3	7	4	9	5	1	2	7	42	53	2	0.10
10	06	1	3	3	1	1	5	4	2	2	6	27	231	5	0.77
11	10	4	6	4	2	2	3	4	4	2	6	05	15	3	0.07
<u>Md</u>	13	4	6	5	4	3	7	4	4	5	6	16	68	3	0.28



## REGISTRO INDIVIDUAL DE DATOS SEMANALES

(ANEXO 2)

SEMANA	FREC	DURAC	I.M.	INDICE
1 DEL AL				
2 DEL AL				
3 DEL AL				
4 DEL AL				
5 DEL AL				
6 DEL AL				
7 DEL AL				
8 DEL AL				

FREC= Frecuencia de la cefalea.

DURAC= Duración de la cefalea.

I.M.= Intensidad máxima de la cefalea.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ ANEXO 3 ha: \_\_\_\_\_  
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. SENTIEMIENTO 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. BROTOS 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 me 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

- 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. Tengo 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.	APECTO		
B. Pesimismo.	COGNICION		
C. Sentimiento de fracaso.	COGNICION		
D. Falta de satisfacci3n.	APECTO		
E. Sentimiento de culpa.	COGNICION		
F. Sentimiento de castigo.	COGNICION		
G. Odio a s3 mismo.	APECTO		
H. Autoacusaciones	COGNICION		
I. Deseos autopunitivos.	COGNICION		
J. Brotes de llanto.	CONDUCTA		
K. Irritabilidad	APECTO		
L. Aislamiento social.	RELAC. INTER.		
M. Indecisi3n	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. _____	

ANEXO 4

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. Marcue su contestación rápidamente y siga hacia la siguiente afirmación. Asegúrese de marcar como REALMENTE SIENTA acerca de la afirmación y no como Ud. cree que DEBERIA SENTIR. Trate de evitar las respuestas con -- número 2, o neutrales, lo más que le sea posible.

- |  |           |
|--|-----------|
| 1. Es importante para mí que otros me aprueben   | 1 2 3 4 5 |
| 2. Ocho 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 circunstancia                                | 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 maceta, 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 inesperado                    | 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>o</u> nes importantes                                | 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 competir en actividades donde otros son me <u>jores</u> que yo                                       | 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 animo  | 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 gente 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</u> que tenga que seguir haciéndolo en el futuro | 1 2 3 4 5 |
| 30. Rara vez hay una soluci3n f3cil a las dificultades de la vida  | 1 2 3 4 5 |
| 31. Puedo estar en paz conmigo 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 inmoralidad 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 s3 mismas  | 1 2 3 4 5 |
| 36. Si no puedo impedir que algo suceda no me preocup3 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 deperdo mucho   | 1 2 3 4 5 |
| 39. La gente sobrevalora la influencia del pasado  | 1 2 3 4 5 |
| 40. Siempre tendremos algunos problemas  | 1 2 3 4 5 |
| 41. Si le caigo mal a alguien, el problema es suyo no m3o  | 1 2 3 4 5 |
| 42. Es importante para m3 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 as3                | 1 2 3 4 5 |

- |  |           |
|--|-----------|
| 46. No puedo tolerar el probar fortuna   | 1 2 3 4 5 |
| 47. La vida es demasiado corta para gastarla en tareas poco placenteras                      | 1 2 3 4 5 |
| 48. Me gusta sostenerme en mis propios pies  | 1 2 3 4 5 |
| 49. Si hubiera 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 importarme 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 me molestan 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. Me 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. Somos esclavos 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 aprueba o desaprueba la gente                      | 1 2 3 4 5 |
| 72. Me molesta muchísimo cometer errores   | 1 2 3 4 5 |
| 73. Es injusto que " paguen 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 doy 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. Me 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 |